



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM
SAÚDE COLETIVA**



ISABELLE RAYANNE ALVES PIMENTEL DA NÓBREGA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE**

**RECIFE
2014**

ISABELLE RAYANNE ALVES PIMENTEL DA NÓBREGA

**PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Carréra Campos Leal

RECIFE
2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

N754p Nóbrega, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da.
Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos
institucionalizados no Município de Recife / Isabelle Rayanne Alves
Pimentel da Nóbrega. – Recife: O autor, 2014.
92 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idoso. 2. Depressão. 3. Instituição de longa permanência para
idosos. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-080)



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRANDO(A)

ISABELLE RAYANNE ALVES PIMENTEL DA NÓBREGA

No dia 13 de março de 2014, às 09h, no Auditório do NUSP – Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Márcia Carrara Campos Leal (Doutor (a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a) Membro Interno, Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Doutor(a) do Departamento de Enfermagem - UFPE) Membro Externo e Ana Paula de Oliveira Marques (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social - UFPE) Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a), ISABELLE RAYANNE ALVES PIMENTEL DA NÓBREGA sobre a sua Dissertação intitulada: "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PE". Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora a respeito do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profa. Dra. Márcia Carrara Campos Leal _____

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti _____

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques _____

Profa. Dra. Márcia Carrara Campos Leal

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Profa. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

Aos meus pais, Rinaldo e Elisabeth, por todo o amor, apoio
confiança e por toda uma vida de esforços e renúncias
dedicados a minha educação e à realização dos meus
sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu criador e minha fortaleza, por ter ao longo desses dois anos transformado pedras em flores, renovando minha fé a cada novo obstáculo, e por ter iluminado meus caminhos e me dado forças para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, verdadeiros exemplos de fé, por terem me fornecido toda a base do que sou hoje. Obrigada por toda a preocupação, pelas palavras de incentivo e pelas orações nos momentos difíceis.

A minha tia Bernadete Alves, minha segunda mãe, por sempre acreditar e investir em meu crescimento profissional e por ter me acolhido em sua casa e me dado todo o carinho, conforto e suporte necessários para que eu cursasse o Mestrado.

Ao meu esposo Bruno Nóbrega, meu amor, meu amigo, minha vida, pelo apoio e incentivo de sempre, pela compreensão e paciência frente aos vários dias em que estive ausente e àqueles em que, mesmo estando presente, não pude dar-lhe a atenção merecida.

A Elvis, meu companheiro de todas as horas, pelas longas madrugadas em que estive ao meu lado, enquanto eu produzia este trabalho.

À Professora Dr^a Márcia Carréra Campos Leal, minha orientadora, exemplo de profissional, pela confiança em mim depositada e por todos os ensinamentos para além da formação acadêmica.

À Professora Dr^a Ana Paula de Oliveira Marques, pelos momentos de aprendizagem no campo da Gerontologia e pela participação em minhas bancas examinadoras.

Ao Professor Natal, pela assessoria estatística e pelas importantes contribuições dadas a este trabalho.

Às minhas colegas do grupo de pesquisa em Saúde do Idoso e aos alunos de iniciação científica por terem colaborado na coleta e na elaboração do banco de dados desta pesquisa.

A todos os idosos que participaram desta pesquisa e que, ao cederem alguns minutos de sua atenção, forneceram também as mais valiosas peças para que eu alcançasse este tão sonhado objetivo.

“O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer ao penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua juventude (...) o ser humano morre quando, de alguma forma, deixa de se sentir importante.”

(Augusto Cury, em O Vendedor de Sonhos)

RESUMO

Dentre os agravos que mais acometem as pessoas idosas, os transtornos depressivos merecem atenção especial por acarretarem importantes consequências para as funções biológicas e sociais dos indivíduos. As pessoas que moram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) geralmente vivem um contexto de perdas e separação familiar que aumentam sua vulnerabilidade a quadros depressivos. Investigar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido em nove ILPI públicas e filantrópicas devidamente cadastradas na prefeitura de Recife, que contou com a participação de 136 idosos que atenderam aos critérios de inclusão. Para coleta dos dados utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, com perguntas referentes ao perfil sociodemográfico, condições de saúde e relações familiares dos entrevistados. A presença de sintomas depressivos foi investigada por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens. Realizou-se estatística descritiva e Regressão de Poisson nas análises uni e multivariada para testar a associação entre a variável resposta e as covariáveis. A prevalência de quadro depressivo na amostra foi de 53,7%. As variáveis que, no modelo multivariado final apresentaram-se como fatores associados ao risco de depressão foram o sexo (prevalência maior nas mulheres), o estado civil (prevalência maior para os separados ou divorciados), a saúde autopercebida (prevalência maior para os que tiveram pior percepção da sua saúde) e funcionalidade (prevalência maior para os que apresentaram dependência para as atividades da vida diária). A alta prevalência de sintomas depressivos na população institucionalizada alerta para a necessidade de maior engajamento dos gestores e profissionais da saúde não só na prevenção, como na investigação e valorização dos sinais indicativos de depressão, a fim de que esta possa ser precocemente diagnosticada e tratada da maneira mais eficaz para o idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Depressão. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

ABSTRACT

Among the injuries that most affect the elderly, depressive disorders require special attention for entailing important consequences for biological and social roles of individuals. People who live in homes for the aged generally live a context of losses and family separation that increase their vulnerability to depressive disorders. To investigate the prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly in the city of Recife, Pernambuco. This was a descriptive and cross-sectional research conducted in nine public and philanthropic homes for the aged duly registered in the prefecture of Recife, which consisted of the participation of 136 elderly patients who fulfilled the criteria of inclusion. For data collection it was used a semi-structured interview script with questions regarding sociodemographic, health and family relationships of those interviewed. The presence of depressive symptoms was assessed through the Geriatric Depression Scale of 15 items. A descriptive statistic and a Poisson regression was held in univariate and multivariate analyzes to test the association between the response variable and the covariates. The prevalence of depressive disorders in the sample was 53.7%. The variables in the final multivariate model were presented as associated with depression risk factors were gender (higher prevalence in women), marital status (higher prevalence for separated or divorced), the self-perceived health (higher prevalence for those who had worse perception of their health) and functionality (higher prevalence in those who presented dependence in activities of daily living). The high prevalence of depressive symptoms in the institutionalized population suggest the need for greater engagement of managers and health professionals not only in the prevention, as in research and exploitation of signals indicative of depression, so that it can be diagnosed early and treated in the most effective way for the elderly.

KEY WORDS: Aged. Depressive disorders. Homes for the aged.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Instituições de Longa Permanência para Idosos regulamentadas pela Prefeitura da Cidade do Recife, Pernambuco, 2012.	29
Tabela 1	Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, Recife, Pernambuco, 2013.	36
Tabela 2	Caracterização da amostra segundo as condições de saúde, Recife, Pernambuco, 2013.	37
Tabela 3	Caracterização da amostra segundo as relações familiares, Recife, Pernambuco, 2013.	39
Tabela 4	Associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada - Recife, Pernambuco, 2013.	39
Tabela 5	Associação entre sintomatologia depressiva e as condições de saúde - Análise univariada - Recife, Pernambuco, 2013.	40
Tabela 6	Associação entre sintomatologia depressiva e as relações familiares - Análise univariada - Recife, Pernambuco, 2013.	41
Tabela 7	Análise ajustada do risco de sintomatologia depressiva na amostra, mediante o ajuste de um modelo de regressão múltipla de Poisson, utilizando como variáveis explanatórias aquelas com valor $p < 0,20$ na análise univariada - Recife, Pernambuco, 2013.	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.a. – ao ano

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVD – Atividade de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças (10ª edição)

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DSM-IV – Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição)

GDS-15 – Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens)

IASC – Instituto de Assistência Social e Cidadania

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RP – Razão de Prevalência

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SESC – Serviço Social do Comércio

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MARCO TEÓRICO	16
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS	16
2.2	INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: UMA PROPOSTA DE CUIDADOS	19
2.3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS	23
3	OBJETIVOS	28
3.1	OBJETIVO GERAL	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4	MÉTODO	29
4.1	TIPO DE ESTUDO	29
4.2	LOCAL DO ESTUDO	29
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	30
4.3.1	Critérios de inclusão	30
4.3.2	Critérios de exclusão	30
4.4	VARIÁVEIS	30
4.4.1	Variável dependente	30
4.4.2	Variáveis independentes	31
4.5	COLETA DOS DADOS	32
4.6	INSTRUMENTOS	32
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	33
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	34
5	RESULTADOS	35
6	DISCUSSÃO	44

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

60

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXOS

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, considerado um dos principais trunfos da humanidade, é também um dos maiores desafios da atualidade, por acarretar crescentes demandas sociais e econômicas a nível mundial (DIAS, E. 2013).

Esta alteração demográfica, decorrente do declínio das taxas de fertilidade associado à crescente longevidade, vem afetando de maneira distinta as diferentes nações. Enquanto nos países desenvolvidos este processo resultou de melhorias nas condições gerais de vida da população, nos países em desenvolvimento, o incremento na proporção de idosos vem ocorrendo de forma mais acelerada, sem o acompanhamento de adequada reorganização social e da saúde (SAMPAIO et al., 2009).

Um importante indicador que reflete as características deste processo é o índice de envelhecimento, medido pela razão entre o número de pessoas de 60 anos ou mais de idade para cada 100 pessoas de menos de 15 anos de idade. No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2012 revelou que o índice de envelhecimento no país se elevou de 31,7 em 2001 para 51,8 em 2011, o que significa que atualmente há aproximadamente uma pessoa idosa para cada duas pessoas menores de 15 anos (BRASIL, 2012).

Estimativas apontam que anualmente sejam adicionados cerca de 650 mil idosos à população brasileira e que grande parte destes apresenta doenças crônicas e algumas limitações funcionais que podem dificultar sua independência e autonomia, além de aumentar os gastos com a saúde no país (RIBEIRO et al., 2009; VERAS, 2009).

A atual configuração etária brasileira, associada à dinâmica da vida contemporânea, a qual é marcada pela redução do tamanho das famílias, pela falta de recursos, de tempo disponível e de espaço nos lares, tem aumentado a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

A Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que define as normas de funcionamento para as ILPIs determina que estas, além de oferecer ambiência acolhedora, devem promover

condições de lazer e de desenvolvimento de atividades que estimulem a autonomia e o bem-estar dos idosos (BRASIL, 2005).

No entanto, pesquisadores em diferentes investigações, igualmente constataam situações que confirmam e denunciam muitos aspectos negativos, fragilidades e deficiências nestas instituições (ANGELO; BARBOSA E SILVA; LIMA, M., 2011; FURKIM et al., 2010; SANTELLE; LEFEVRE; CERVATO, 2007).

Somado às possíveis deficiências que as ILPIs podem oferecer, o próprio processo de institucionalização pode significar para o idoso uma espécie de confinamento, uma vez que este, muitas vezes se vê privado de suas atividades familiares e corriqueiras, sendo obrigado a viver uma situação limitada e prejudicada, comprometendo sua mobilidade social (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Ademais, a pobreza, a viuvez, a solidão e as mudanças nos papéis sociais, tais como a aposentadoria, frequentemente ocasionam diminuição da autoestima, do ritmo das atividades e do interesse pelo dia-a-dia, sendo estes importantes fatores de risco para o desencadeamento de sintomatologia depressiva no idoso (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

A depressão é caracterizada como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social, apresentando sintomas como humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA et al., 2011). Frequentemente associada às doenças crônicas, exerce forte impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo doente, além de aumentar o risco para o suicídio (DUARTE, M.; REGO, 2007).

Apontada como a enfermidade mental de maior prevalência a nível mundial e o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e atividades da vida cotidiana, a depressão é responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano, com projeções que afirmam que esta será a segunda causa global de incapacidade em 2020 (GIAVONI et al., 2008; GONZÁLEZ et al., 2010).

Dado as características e alterações fisiológicas peculiares ao processo de envelhecimento humano, é necessário que os sinais e sintomas de depressão sejam minuciosamente investigados nesta população, avaliando o contexto social e clínico no qual o idoso está inserido (GALHARDO; MARIOSIA; TAKATA, 2010).

Considerando a relevância desta temática, justifica-se a necessidade de investigar a prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados e seus possíveis fatores associados, no intuito de produzir resultados que auxiliem na elucidação dos processos desencadeantes da depressão no ambiente institucional.

Desse modo, a presente pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. Acredita-se que os resultados encontrados possam colaborar para o desenvolvimento de políticas públicas e de práticas de saúde que minimizem a prevalência dessa patologia nas ILPIs, garantindo, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida ao idoso institucionalizado.

2 MARCO TEÓRICO

Esta seção apresenta a fundamentação teórica que norteou a pesquisa.

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

A manutenção de baixas taxas de fecundidade associada ao constante aumento da expectativa de vida da população tem modificado a dinâmica demográfica da grande maioria dos países desde o último século, resultando em um fenômeno conhecido como envelhecimento populacional (PRATA et al., 2011).

Esse processo de transição demográfica inicia-se com o declínio da mortalidade, que está relacionado aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação e renda e ao controle de vetores causadores de doenças infecciosas. Posteriormente ocorre a redução da fecundidade, devido às mudanças nos padrões familiares, ao acesso a meios contraceptivos e a maior participação feminina no mercado de trabalho, o que resulta na diminuição progressiva da base da pirâmide populacional e torna os grupos etários mais velhos proporcionalmente maiores em relação a toda a população (BLOOM, 2011).

Estes dois fatores responsáveis pela longevidade, apesar de serem desejados pela sociedade e de terem resultado de políticas e incentivos promovidos por ela e pelo Estado, ajudados pelo progresso tecnológico, têm acarretado consequências preocupantes por demandar uma reestruturação nos seus diversos setores (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2013).

De maneira esquemática, o processo de transição demográfica, divide os países em três grupos: os de iniciação precoce da transição, representados pelos países da Europa Ocidental; os de iniciação tardia, a exemplo dos países da América Latina e Caribe e aqueles que ainda não iniciaram a transição, como é o caso dos países africanos (LEBRÃO, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso o habitante de país em desenvolvimento com 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido a partir dos 65 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1984).

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2011 revelam que a participação de pessoas com sessenta anos ou mais passou de 8% da população mundial em 1950 para 11% em 2010 com estimativas de que este percentual atinja 17% em 2030 e 22% em 2050. Analisando por região, a proporção de idosos em 2050 chegará a 34% da população na Europa (maior percentual entre as regiões) e a apenas 10% na África (menor percentual) (ONU, 2011).

Embora os países desenvolvidos tenham maior proporção de idosos, a velocidade do envelhecimento é maior para as nações em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos, a população idosa crescerá 1% ao ano (a.a.) antes de 2050 e 0,1% a.a. entre 2050 e 2100, saltando de 287 milhões de idosos em 2013 para 417 milhões em 2050 e 440 milhões em 2100, nas regiões menos desenvolvidas, este ritmo de crescimento será de 2,9% a.a antes de 2050 e de 0,9% a.a. a partir de 2050 até 2100, significando uma variação de 554 milhões de idosos em 2013 para 1,6 bilhões em 2050 e para 2,5 bilhões em 2100 (ONU, 2013).

No Brasil, um incremento importante na população de idosos vem sendo observado desde meados do século XX, onde a taxa de fecundidade total passou de 6,3 filhos por mulher em 1960 para 1,9 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%, com a expectativa de vida aumentando de 25 para 73,4 anos no mesmo período (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2012).

Estimativas do Banco Mundial (2011) apontam que, nos próximos 40 anos, a população idosa brasileira crescerá a uma taxa de 3,2% a.a. (sendo que a população total crescerá a uma taxa de 0,3% a.a.) e atingirá 64 milhões de habitantes em 2050, o que representará cerca de 30% da população. Além disso, o mesmo órgão prevê que, para este mesmo ano, a população de 65 anos ou mais seja 13% maior que a população até 19 anos.

A razão de dependência, calculada como o número de pessoas em idade potencialmente inativa (acima de 65 anos) em relação à população em idade ativa de 15 a 64 anos, é um importante indicador para averiguar as mudanças na relação de dependência econômica do ciclo de vida da população (CARNEIRO et al., 2013). Atualmente, o Brasil possui um idoso para cada dez pessoas em idade ativa e em 2050 essa relação será de um idoso dependente para cada três pessoas em idade ativa (ONU, 2011).

Outro aspecto relevante a ser considerado é a feminização do envelhecimento da população brasileira, justificada pela maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens (BANCO MUNDIAL, 2011). Esta realidade vem sendo atribuída não só a diferenças na composição biológica dos organismos e na exposição a fatores de risco e de mortalidade como também ao fato das mulheres demonstrarem maior preocupação e cuidado com a saúde, procurando mais frequente e precocemente serviços de saúde quando necessário (LOURENÇO; LINS, 2010).

A própria população idosa também está envelhecendo. O grupo de 80 anos ou mais, chamado de "mais idoso" passou a ter maior representatividade dentre os idosos, com um crescimento de cerca de 250% desde a década de 1980 (MENEZES; LOPES, 2012). O censo 2010 revelou que a população brasileira de mais de 65 anos representava 7,4% e a de 80 anos ou mais 1,5% da população total no Brasil naquele ano. Projeções do IBGE estimam que, em 2020, essas parcelas sejam de 9,2% e 1,9%; em 2030, 13,3% e 2,7% e; em 2040, 17,5% e 4,3%, respectivamente. Em 2050, quando a população total será menor do que a verificada em 2040, a proporção esperada de pessoas com 65 anos ou mais deverá ser de 22,7% e a de 80 anos ou mais de 6,4% (IBGE, 2012).

A transição demográfica tem sido, ao longo do tempo, acompanhada de alterações no padrão epidemiológico da população. Nos países desenvolvidos este processo caracterizou-se por uma progressiva melhora do padrão de vida das populações e um correspondente declínio das doenças infecciosas, iniciado várias décadas antes do aparecimento das sulfas e dos antibióticos, e se acentuou após esses progressos da medicina (ARAÚJO, J., 2012). Segundo o mesmo autor, com a consequente desaceleração no crescimento demográfico, é possível vislumbrar para esses países o surgimento de um estágio da transição epidemiológica chamado "A era do retardamento das doenças degenerativas", onde se acentuará o declínio da mortalidade nas idades mais avançadas em decorrência de um retardamento nas mortes causadas pelas doenças crônicas e degenerativas.

Em contrapartida, como nos países em desenvolvimento, a melhoria das condições de vida tem sido gradual e descontínua, o declínio das doenças infecciosas deu-se de forma mais lenta e só se acentuou após o advento da era dos antibióticos e de outros avanços da medicina moderna, de modo que persistem

ainda taxas comparativamente altas de morbidade e de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (ARAÚJO, J., 2012; DUARTE, E.; BARRETO, S., 2012).

No Brasil, essas transformações tornaram-se evidentes a partir de 1960 e se acentuaram progressivamente de modo que, atualmente considera-se que o país apresenta um perfil epidemiológico "polarizado", combinando elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas com altas incidências de doenças infecciosas e parasitárias, e a prolongada persistência de níveis diferenciados de transição entre grupos sociais distintos (DUARTE; BARRETO, 2012).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ainda são as principais causas de mortes no mundo e têm elevado o número de mortes prematuras, ocasionado perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e lazer além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza (BRASIL, 2011).

Com o aumento das taxas de sobrevivência e avanços nos tratamentos médicos, muitas variedades de câncer, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), os distúrbios psiconeurológicos (como depressão, esquizofrenia e demência) e os diversos tipos de deficiência têm incrementado o rol das doenças crônicas mais prevalentes, tradicionalmente formado pelas doenças cardiovasculares, o Diabetes, a Asma e as Doença Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) (VERAS, 2012).

Para a população idosa as DCNTs são ainda mais preocupantes, uma vez que no processo de envelhecimento o sistema fisiológico humano apresenta declínio em sua estrutura e funcionamento, o que está comumente associado a um contínuo decréscimo da prática de atividade física e a limitações ou incapacidades que podem maximizar os sintomas e dificultar o tratamento (SILVEIRA; PASQUALOTTI; COLUSSI, 2012). Estima-se que dois terços dos óbitos por DCNTs no país ocorram em pessoas com idade superior a 60 anos (BRASIL, 2011).

Esse novo perfil de morbimortalidade da população brasileira aponta para a necessidade de um melhor delineamento das políticas específicas para pessoas idosas, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário a fim de que, além do aumento de anos vividos, seja alcançado o envelhecimento saudável e com boa qualidade de vida (PAULA, 2009).

2.2 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: UMA PROPOSTA DE CUIDADOS

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão trazendo novas questões para os gestores de políticas públicas, entre as quais se destaca a crescente demanda por instituições especializadas no atendimento de longa duração ao idoso (CASTRO; DERHUN; CARREIRA, 2013).

Embora a legislação brasileira priorize que o cuidado dos membros dependentes seja designado às famílias, este se torna cada vez mais escasso em função da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade, da redução dos tamanhos das famílias e da crescente participação da mulher, tradicional cuidadora, no mercado de trabalho, requerendo que o Estado e o mercado privado dividam com a família as responsabilidades no cuidado com a população idosa (CAMARANO; KANSO, 2010).

Nesse contexto, as ILPIs surgem como alternativas viáveis e importantes aliadas para o equilíbrio social e intergeracional, observando-se, porém que, para atender a estes quesitos essa modalidade de atendimento deve preservar a qualidade de vida e a dignidade das pessoas por elas assistidas (LIMA, C., 2011).

Além de assegurar o direito à moradia digna em ILPIs públicas ou privadas aos idosos desprovidos de vínculo familiar ou de recursos financeiros próprios ou da família que assegurem sua subsistência, o Estatuto do Idoso determina que essas instituições mantenham padrões de habitação compatíveis com as necessidades da pessoa idosa e ofereçam alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias (BRASIL, 2003).

A ANVISA define as ILPIs como instituições governamentais ou não, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (BRASIL, 2005). Esta denominação, sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) vem substituir termos conhecidos como asilo, abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica, ancianato e similares (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2008).

No Brasil, a taxa de institucionalização do idoso é menor que 1%, percentual bastante inferior à média de 10% verificada para os países desenvolvidos. Deste

percentual, foram identificados na Região Norte 1.159 idosos em 49 ILPIs, representando 0,1% da população idosa total da região; no Nordeste 8.386 idosos vivendo em 301 ILPIs, também representando 0,1%; no Centro-Oeste, 5.529 idosos residentes em 249 ILPIs, representando 0,6%; no Sul, 15.422 idosos em 693 ILPIs, igualmente representando 0,6% e na região Sudeste, 48.963 idosos em 2.448 ILPIs, representando 0,6% (CAMARANO et al., 2009).

Possivelmente, os principais fatores que contribuem para a baixa institucionalização no país são motivados pela cultura brasileira de cuidar de seus próprios familiares idosos, pelo estereótipo negativo atribuído ao ato de institucionalizar um idoso, pelo baixo padrão de qualidade geralmente verificado nas ILPIs públicas e filantrópicas e pelo alto custo do cuidado institucional privado (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA, 2011).

Camarano e Kanso (2010) realizaram um levantamento censitário em todo o território nacional entre os anos de 2007 e 2009 a fim de traçar o perfil das ILPIs no Brasil. Dentre as 3.549 instituições identificadas, obteve-se uma taxa de resposta de 92,8% (3295 ILPIs), sendo 65,2% das instituições de natureza filantrópica e 6,6% de natureza pública, com predominância das municipais; com uma média de 30 idosos por ILPI, sendo a maioria do sexo feminino (57,3%). Em relação aos gastos com o idoso, observou-se uma média mensal de R\$717,91, com variação de R\$92,92 a R\$9.230,77 entre as instituições.

Os fatores de risco para institucionalização do idoso envolvem tanto aspectos relacionados à saúde, como problemas médicos, síndrome da imobilidade, demência, depressão, alta hospitalar recente e incontinência, quanto à fragilidade no apoio social e familiar verificada na viuvez, no fato de morar sozinho, na ausência de filhos, no isolamento social e na violência familiar, como também está relacionada a aspectos socioeconômicos como a falta de moradia e a pobreza (KANASHIRO, 2012).

Dentre essas possibilidades, a instabilidade econômica e a dependência física certamente são os fatores que mais aproximam o idoso de seus familiares, que, no entanto, nem sempre aceitam ou estão aptos a exercer a função de cuidadores e acabam recorrendo às ILPIs no intuito prover suporte adequado às necessidades do idoso (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010).

O órgão responsável pela política federal para as ILPIs é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) o qual define "atendimento

integral institucional" como aquele prestado em uma instituição asilar, que deve oferecer serviços nas áreas: social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas para esse segmento populacional (IPEA, 2010).

No entanto, de um modo geral, as ILPIs possuem uma estrutura, tanto física quanto dinâmica, que oferece pouco em termos de espaços de lazer e promoção de saúde para os residentes, entendendo-se como promoção de saúde uma proposta de cuidados que procure capacitar o idoso a viver com qualidade de vida e de forma autônoma, além de raramente possuírem uma equipe de cuidadores que não associem doença e velhice, resultando em práticas infantilizadoras e exacerbantes (FALEIROS; JUSTO, 2007).

Este despreparo quanto ao funcionamento das ILPIs, principalmente no que diz respeito aos recursos humanos, pode ser observado em todas as regiões do país, onde predominam o modelo caritativo e a assistência protecionista, frequentemente insensíveis às potencialidades do idoso e à sua liberdade de escolha, o que aumenta o quadro de dependência, o isolamento social e a falta de perspectivas para uma vida ativa e com qualidade (SOUZA, P. et al., 2011).

Dentro de um contexto de segregação familiar, mudança repentina de moradia e adequação a novos hábitos, somado ao frequente despreparo das ILPIs em atender de forma satisfatória as diversas necessidades do público envelhecido, observa-se uma tendência do indivíduo institucionalizado a desenvolver ou exacerbar sentimentos de solidão, desamparo e impotência (RISSARDO et al., 2012).

Essa vivência de perdas em vários aspectos da vida aumenta a vulnerabilidade a quadros depressivos, tendo em vista que fatores como isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e até mesmo a própria internação em serviços de longa permanência podem contribuir para uma desordem psiquiátrica, resultando em perda da autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes (CARREIRA, et al. 2011)

A pesquisa e escolha de uma ILPI que melhor atenda às suas expectativas, a conscientização das suas necessidades pessoais e a avaliação dos benefícios da institucionalização em relação à atual situação em que vive o idoso, são essenciais para um bom processo de preparo e adaptação à nova condição de institucionalizado (BESSA; SILVA, M., 2008).

Cabe aos profissionais responsáveis pelo cuidado dos idosos no ambiente institucional deter e se aprofundar em conhecimentos específicos do campo da Gerontologia, a fim de melhor lidar com os processos fisiológicos, patológicos e as limitações decorrentes do processo de envelhecimento e de prestar um atendimento mais efetivo e integral a este público (FREIRE; MENDONÇA; COSTA, 2012).

Frente a esta problemática, urge a necessidade de mobilização e modernização das ILPIs, principalmente no que diz respeito à adequação e reorganização dos serviços de saúde, com o propósito de responder às crescentes demandas da população que envelhece e desempenhar sua função como serviço alternativo ou complementar no conjunto dos cuidados gerontológicos (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009; CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2011).

2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS

Os transtornos mentais representam atualmente um importante problema de saúde pública, não só pelo seu impacto na economia dos países, considerando os dias de trabalho perdidos e a diminuição da capacidade de executar tarefas, mas também pelos diversos problemas que estes causam na vida das pessoas acometidas e das que as cercam (GONZÁLEZ et al., 2010).

Este tipo de distúrbio afeta cerca de 25% da população em alguma fase da vida, representando quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo, respondendo por 12% da carga global de doenças, com um crescimento previsto para 15% em 2020 (ROMBALDI et al., 2010).

Dentre estes eventos psíquicos, a depressão é um dos mais prevalentes a nível mundial e o mais comum entre as pessoas idosas, tendo acompanhado a humanidade há milhares de anos, de modo que antes mesmo da era Cristã já havia registros sobre pessoas que sofriam com este mal, conhecido na época como "melancolia" (CONTE; SOUZA, L., 2009).

Configura-se como um estado de alterações do humor que envolve irritabilidade, tristeza profunda, apatia, disforia, perda da capacidade de sentir prazer e ainda, alterações cognitivas, motoras e somáticas, diferindo de uma tristeza normal pela intensidade e duração prolongada dos sintomas que interferem no

funcionamento social do indivíduo, bem como em outras áreas significativas de sua vida como trabalho, relacionamentos amorosos ou amizades (GIAVONI et al., 2008).

Os critérios de diagnóstico para depressão provêm de dois principais sistemas atuais de classificação dos transtornos mentais, que são a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial da Saúde, atualmente em sua décima edição (CID-10) e o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana, atualmente na quarta edição (DSM-IV). Ambos envolvem critérios bastante semelhantes, onde os sintomas depressivos devem estar presentes na maioria dos dias, por pelo menos duas semanas consecutivas, causando prejuízo funcional significativo (CREPALDI, 2009).

Com frequência, a depressão está associada à elevação dos riscos de morbidade e mortalidade, ocasionando aumento na utilização dos serviços de saúde, negligência no autocuidado e adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

De um modo geral, os principais fatores associados ao maior risco de desenvolvimento de depressão incluem: gênero feminino, isolamento social, viuvez/divórcio, baixas condições socioeconômicas, comorbidades, dor não controlada, insônia, insuficiência funcional, disfunção cognitiva, alguns fármacos, tentativas anteriores de suicídio e história familiar de depressão (MEDEIROS, J. 2010).

Na população idosa esta é uma doença comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente ao nível dos cuidados primários de saúde (MEDEIROS, J. 2010). Acredita-se que esta maior vulnerabilidade da pessoa idosa à depressão esteja relacionada às alterações funcionais do sistema nervoso central, às perdas continuadas de entes queridos, ao isolamento social, ao surgimento de doenças incapacitantes e ao temor frente à proximidade da morte (ALVES et al., 2013).

Na velhice, o fenômeno depressivo em si pode representar a recorrência de episódios anteriores que se manifestaram em outras épocas da vida, pode ser a continuidade de uma depressão crônica anterior do tipo Distímia, pode ser uma depressão reativa, pode ainda surgir como consequência do prejuízo na qualidade de vida proporcionada por alguma outra doença orgânica concomitante ou, simplesmente, pode ser um episódio originado após os 60 anos (MARINHO, 2010).

A frequência de depressão varia em função das características da população estudada e do instrumento e do ponto de corte utilizados. No Brasil, a prevalência da depressão varia de 3% a 11% na população em geral com predominância nas mulheres (BRASIL, 2007; WHARTON, 2007). Epidemiologicamente estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentem sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações hospitalizadas (5 a 12%) e institucionalizadas (12 a 13%) (PÓVOA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009; SILVA, E. et al., 2012).

Pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida e cursando em redução ou perda da independência funcional (SANTOS, S. et al., 2012).

Um estudo realizado por Carvalho (2010) na cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de estimar a prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos em serviços públicos de saúde verificou associação significativa entre sintomas depressivos e baixo nível cognitivo e incapacidade funcional.

A grande frequência de queixas cognitivas em idosos depressivos levou à criação do termo "pseudodemência depressiva", caso em que os sintomas de depressão são acompanhados pelas dificuldades de concentração e atenção e pela falta de memória (BANHATO, 2011).

A depressão, o estresse e a ansiedade estão diretamente relacionados com modificações do apetite, o que condiciona as preferências alimentares e futuramente podem vir a refletir-se no estado nutricional dos indivíduos, podendo gerar desnutrição ou obesidade (GOMES et al., 2010). A depressão tem sido apontada como a maior causa de perda de peso na população idosa (VALENÇA; ANDRADE, 2011).

É também no indivíduo idoso que os estados depressivos têm pior prognóstico e maior incidência de suicídios, podendo, quando duradouros, interferir na sua capacidade funcional, de autocuidado e nas suas relações sociais (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, K., 2010).

Investigações a respeito da ideação suicida são problemáticas, uma vez que esse fenômeno é pouco perguntado por pesquisadores e também muito pouco relatado pelos idosos, e quando isso ocorre, pode ser confundido com processos depressivos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). A população institucionalizada tende a declarar com mais frequência a presença de pensamentos suicidas em relação a não institucionalizada (ALMEIDA; QUINTÃO, 2012).

Diagnóstico e tratamento de sintomas depressivos na população idosa são comumente negligenciados ou pouco valorizados por parte dos profissionais de saúde, o que além de prejudicar a qualidade de vida dos acometidos, aumenta a carga econômica aos serviços de saúde, por seus custos diretos e indiretos (SILVA, E. et al., 2012).

Estima-se que, se feito corretamente, o tratamento da doença pode perdurar por 8 a 12 meses e caso a terapêutica não seja bem sucedida, pode se estender até 15 meses (OLIVEIRA, M. et al., 2012). No entanto, cabe ressaltar que o tratamento farmacológico da depressão pode desencadear ou agravar outros sintomas prejudiciais ao curso da doença. O uso de medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, podem provocar reações adversas com desfechos clínicos críticos para idosos como quedas, fraturas de quadril, prejuízo na memória, confusão e isolamento social (GAUTÉRIO et al., 2012).

Outro aspecto importante a ser destacado é que os idosos são, especialmente, propensos à polifarmácia pelas múltiplas doenças que geralmente apresentam o que pode aumentar os efeitos colaterais e contribuir para a depressão, o que deve ser sempre considerado na avaliação geriátrica (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010).

Neste sentido, a presença de comorbidades e o uso de muitos medicamentos, comuns entre os idosos, fazem com que o diagnóstico e o tratamento da depressão tornem-se ainda mais complexos (RODRIGUES, R. et al., 2008).

Vivenciar a solidão pode indicar uma rede social insatisfatória e tem sido um dos fatores de risco para a depressão mais citados pelos diferentes investigadores, além de um dos principais motivos para a admissão em instituições (VAZ; GASPAR, 2011). Eventos estressores como o luto, situações em que há dificuldade de se estabelecer relações interpessoais e a falta de apoio social e familiar, também podem corroborar para a manifestação de sintomas depressivos (WHO, 2012).

Uma revisão bibliográfica da literatura com o objetivo de identificar a incidência de depressão geriátrica e fatores de risco associados em idosos residentes na comunidade encontrou três estudos que verificaram que o fato de ter pouco ou nenhum contato com amigos, vizinhos ou familiares estava associado com o maior risco de depressão (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Pode-se afirmar, portanto, que nesta fase da vida, a sintomatologia depressiva é permeada de elementos que dizem respeito não apenas à doença, mas às oscilações sentimentais próprias do envelhecimento e ao contexto social marcado pelo culto aos valores da juventude (HARTMANN JUNIOR; SILVA, Roseane.; BASTOS, 2009).

Em virtude dos fatos, o conhecimento dessa condição e dos fatores associados à sua incidência, bem como a identificação precoce dos sintomas na velhice podem auxiliar na prevenção e na eleição do melhor tipo de tratamento, diminuindo as internações, o uso de medicamentos, melhorando o estado funcional do idoso e reduzindo gastos sanitários (BATISTONI; NÉRI, A.; CUPERTINO, 2010).

As problemáticas sociais e a depressão são fatores que assolam e prejudicam a qualidade de vida de muitas pessoas idosas. Nesta etapa da vida, esses aspectos precisam ser ainda mais valorizados, sendo necessárias políticas eficazes que mantenham o idoso ativo e inserido na sociedade, com a implementação de programas de incentivo para que eles possam vivenciar a velhice de forma positiva, auxiliando na prevenção de patologias, como a depressão (MARCHI; SCHNEIDER; OLIVEIRA, 2010).

3 OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa subdividem-se em:

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife-PE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de sintomatologia depressiva na amostra estudada;
- Caracterizá-la segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde e relações familiares;
- Verificar a existência de associação entre a ocorrência de sintomas depressivos e as variáveis investigadas.

4 MÉTODO

A presente pesquisa possui o seguinte perfil metodológico:

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de corte transversal quantitativo, onde as informações são coletadas a partir da observação direta de determinada quantidade de indivíduos em uma única oportunidade, buscando conhecer de que maneira uma ou mais características, tanto individuais quanto coletivas, distribuem-se em uma determinada população (KLEIN; BLOCH, 2009). Possui, portanto, grande utilidade para a descrição de características da população, identificação de grupos de risco e para ações e planejamento em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se nas nove ILPIs de públicas e filantrópicas que se encontravam devidamente cadastradas e regulamentadas pela Prefeitura do Recife.

Quadro 1. Instituições de Longa Permanência para Idosos regulamentadas pela prefeitura da cidade do Recife, Pernambuco, 2012.

INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO	ADMINISTRAÇÃO
Abrigo Cristo Redentor	Av. Agamenon Magalhães, s/n – Jangadinha – Curado	Filantrópica
Abrigo Espírita Batista de Carvalho	Av. São Paulo, 373 – Jardim São Paulo – Recife-PE	Filantrópica
Abrigo Lar de Jesus	Rua Vitorino Palmares, s/n – Torre – Recife-PE	Filantrópica
Abrigo Lar de Maria – Centro Espírita Moacir	Rua Paula Batista, nº 205 – Casa Amarela – Recife-PE	Filantrópica
Associação Espírita Casa dos Humildes	Rua Henrique Machado, 110 – Casa Forte – Recife-PE	Filantrópica
Casa do Amor	Rua Ramiz Galvão, nº 218 – Arruda – Recife-PE	Filantrópica
Companhia de Caridade Instituto Padre Venâncio	Av. Afonso Olindense, 1764 – Várzea – Recife-PE	Filantrópica
Iêda Lucena	Rua Áureo Xavier, nº 95 Cordeiro – Recife-PE	Pública
Porto Seguro	Rua Odete Monteiro, s/n Torre – Recife-PE	Pública

Fonte: Instituto de Assistência Social e Cidadania - IASC, Recife-PE, 2012.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população total do estudo correspondeu a 392 idosos institucionalizados, de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, residentes nas ILPIs públicas e filantrópicas devidamente regulamentadas pela Prefeitura do Recife. No entanto, com base nos critérios de inclusão e exclusão fizeram parte da amostra 136 idosos.

4.3.1 Critérios de inclusão

Pessoas de ambos os sexos que possuíssem idade igual ou superior a 60 anos, condição que define a pessoa idosa no Brasil, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), que estivessem institucionalizadas nas nove ILPIs pesquisadas e que aceitassem participar do estudo de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram transtornos cognitivos, verificados de acordo com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e dificuldades de comunicação que prejudicaram a coleta de informações.

4.4 VARIÁVEIS

As variáveis dependentes e independentes foram investigadas mediante aplicação de um roteiro de entrevistas semi-estruturado (apêndice B).

4.4.1 Variável dependente

- Presença de quadro depressivo: categorizada em “sim” e “não” de acordo com pontuação obtida por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (GDS-15), abreviada de Yesavage.

4.4.2 Variáveis independentes

- Dados sociodemográficos:
 - Sexo: masculino e feminino;
 - Idade: considerada em anos completos a partir da data de nascimento até a data da coleta dos dados;
 - Faixa etária: categorizada em 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais;
 - Estado civil: casado(a) ou tem companheiro(a), solteiro(a), viúvo(a), separado(a) e divorciado(a);
 - Tem/teve filhos: sim e não;
 - Número de filhos: um e dois, três e quatro e cinco ou mais;
 - Frequentou a escola: sim e não;
 - Escolaridade: analfabeto, primário incompleto, primário completo, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto e 2º grau completo e superior;
 - Situação previdenciária: aposentado(a), pensionista, aposentado(a) e pensionista e não é aposentado(a)/pensionista;
 - Rendimento pessoal, em salários mínimos vigentes por ocasião da coleta de dados, classificado como: sem renda, até um salário mínimo (até R\$678,00) e mais de um salário mínimo (mais de R\$678,00);
 - Tempo de institucionalização: menos de um ano, de um ano a menos de três anos, de três a cinco anos e mais de cinco anos.

- Condições de saúde:
 - Presença de algum tipo de restrição (física, visual ou auditiva): sim e não;
 - Saúde auto-percebida: boa, regular e ruim;
 - Prática regular de atividade física: sim e não. Será definida como a participação em atividades físicas no tempo livre por três ou mais vezes por semana e por mais de 30 minutos nas últimas duas semanas (YUSUF et al., 1996);
 - Utiliza dispositivo de auxílio à marcha: sim e não;
 - Necessita de ajuda de alguém para caminhar: sim e não;

- Percepção subjetiva da visão: boa, regular, ruim;
 - Percepção subjetiva da audição: boa, regular, ruim;
 - Morbidades diagnosticadas no prontuário: sim e não;
 - Tipos de morbididades com diagnóstico registradas no prontuário: classificadas de acordo com a CID-10;
 - Quantidade de medicamentos utilizados: nenhum, um a dois, três a quatro, cinco a seis e mais de sete;
 - Funcionalidade, avaliada por meio do Índice de Katz: independente, parcialmente dependente e dependente;
- Relações familiares:
 - Convivência anterior à institucionalização: só, familiares e não familiares;
 - Recebe visitas na instituição: sim e não;
 - De quem recebe visitas: familiares, não familiares, familiares e não familiares.

4.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados nas ILPI no período de janeiro a maio de 2013, por meio de entrevistas individuais, face a face, seguindo um roteiro de entrevistas semi-estruturado, composto por questões fechadas e semiabertas, organizadas em blocos de acordo com seus conjuntos temáticos.

4.6 INSTRUMENTOS

A presença de sintomas depressivos foi verificada por meio da GDS-15, uma versão curta da escala original elaborada por Yesavage e colaboradores (1983) que contém quinze perguntas negativas/afirmativas, cujo resultado de cinco ou mais pontos indica a presença de quadro depressivo e o escore igual ou maior que onze caracteriza quadro depressivo grave. Almeida, O. e Almeida, S. (1999) demonstraram que a versão brasileira da GDS-15 oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV, bem como oferece medidas confiáveis de gravidade do quadro depressivo, evitando a esfera das queixas somáticas, com confiabilidade de 0,81.

A funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Katz que consta de seis itens ou atividades que medem o desempenho do indivíduo nas suas atividades de auto cuidado, os quais obedecem a uma hierarquia de complexidade que são: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (KATZ et al., 1963). Os indivíduos foram classificados como: independentes, quando apresentaram dependência para até duas funções; parcialmente dependentes quando apresentaram dependência para três ou quatro funções e dependentes, quando apresentaram dependência para cinco ou seis funções.

Conforme apresentado nos critérios de exclusão, não puderam participar do estudo os idosos com comprometimento cognitivo. Para avaliar tal condição, foi utilizado o MEEM, que é um teste de 30 pontos capaz de avaliar a orientação, a memória imediata e a de evocação, a concentração, o cálculo, a linguagem e o domínio espacial. Este instrumento foi aplicado segundo critérios de Bertolucci e colaboradores (1994) que estabelecem os seguintes pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade do entrevistado: analfabetos = 13 pontos (Sensibilidade = 82,4%; Especificidade = 97,5%); ensino fundamental = 18 pontos (Sensibilidade = 75,6%; Especificidade = 96,6%) e Ensino médio = 26 pontos (Sensibilidade = 80%; Especificidade = 95,6%).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas na pesquisa foram digitadas em dupla entrada em um banco de dados construído com o auxílio do software *Microsoft Office Excel*, versão 2007, e a presença de inconsistências foi checada por meio do programa *EpilInfo* 3.5.3.

O banco criado foi exportado para o programa *Stata 12.1 SE*, onde foram geradas as distribuições de frequências absoluta e relativa das variáveis qualitativas categóricas.

Para verificar a associação entre a variável resposta (presença de sintomatologia depressiva) e as covariáveis foram feitas análises uni e multivariada, utilizando-se regressão de Poisson, com a opção de variância robusta, e adotando-se como medida de efeito a Razão de Prevalência (RP). Todas as variáveis que apresentaram associação com a variável resposta na análise univariada, com $p <$

0,20 foram incluídas no modelo multivariado final, calculando-se razões de prevalência ajustadas, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. A apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto intitulado “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR”, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco sob o protocolo CAAE nº 02013112600005208 (anexo A). Foram entregues cópias do projeto e da sua folha de aprovação pelo CEP à coordenadora do IASC e foi concedida carta de anuência (anexo B) para a realização da pesquisa nas ILPIs registradas no órgão governamental em questão.

Todo o processo de investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, da beneficência e da não maleficência.

Os idosos que concordaram em participar da pesquisa receberam e assinaram um TCLE contendo informações referentes aos procedimentos da pesquisa e seus objetivos. Também foram informados de que o estudo não oferecia riscos, danos ou desconfortos para sua saúde e que sua identidade seria mantida em sigilo por ocasião da publicação dos resultados da pesquisa e de que podiam se recusar a participar e se retirar desta em qualquer momento sem nenhum prejuízo à sua assistência na instituição.

5 RESULTADOS

A pesquisa iniciou-se com o levantamento do quantitativo de idosos residentes nas nove ILPIs públicas e filantrópicas do município de Recife, que estavam devidamente cadastradas no IASC, o que revelou um total de 392 idosos, sendo 271 do sexo feminino e 103 do sexo masculino.

As duas ILPIs públicas, Ieda Lucena e Porto Seguro, concentravam 15% dos idosos institucionalizados, sendo ambas de natureza mista. Dentre as filantrópicas, apenas o Abrigo Cristo Redentor aceitava homens e mulheres.

Todos os idosos foram abordados individualmente no momento da entrevista e, após aplicação dos critérios de exclusão, a amostra resultante foi de 136 participantes, sendo 19 (14%) moradores das ILPIs públicas e 117 (86%) das filantrópicas.

A Tabela 1 apresenta as distribuições de frequências das variáveis sociodemográficas desta amostra. Observa-se que os idosos pesquisados encontravam-se quase que uniformemente distribuídos entre as três faixas etárias consideradas, apresentando idades que variaram de 60 a 104 anos (média de 75,1 anos e desvio padrão de 9,3 anos).

Considerando as demais características sociodemográficas da amostra, percebe-se uma maioria de pessoas idosas do sexo feminino (69,1%), solteiras (52,9%), que não tiveram filhos (46,3%) e que afirmaram ter frequentado a escola (70,6%). Os níveis de escolaridade mais prevalentes foram o primário incompleto (24,3%) e o primário completo (22,1%), com discreto predomínio de analfabetos (28,7%) em todo o grupo.

Mais de três quartos dos entrevistados encontravam-se aposentados (77,2%) e, dentre os que informaram renda, prevaleceu a categoria de rendimentos de até um salário mínimo (79,4%).

No que diz respeito ao tempo de institucionalização, cerca de 58% dos idosos estavam institucionalizados há menos de três anos, e destes, 27,2% estavam morando na ILPI há um período inferior a um ano.

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Recife, Pernambuco, 2013.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	42 (30,9)
Feminino	94 (69,1)
Total	136 (100)
Faixa etária	
60 a 69 anos	44 (32,4)
70 a 79 anos	48 (35,3)
80 anos ou mais	44 (32,4)
Total	136 (100)
Estado civil	
Casado ou tem companheiro(a)	12 (8,8)
Solteiro(a)	72 (52,9)
Viúvo(a)	33 (24,3)
Separado(a) ou divorciado(a)	19 (14)
Total	136 (100)
Nº de filhos	
Nenhum	63 (46,3)
1 a 2	35 (25,7)
3 a 4	23 (16,9)
5 ou mais	15 (11)
Total	136 (100)
Frequentou a escola	
Sim	96 (70,6)
Não	40 (29,4)
Total	136 (100)
Escolaridade	
Analfabeto	39 (28,7)
Primário incompleto	33 (24,3)
Primário completo	30 (22,1)
1º grau completo	15 (11)
2º grau e superior	19 (14)
Total	136 (100)
Situação previdenciária	
Aposentado(a)	105 (77,2)
Pensionista	11 (8,1)
Aposentado(a) e pensionista	3 (2,2)
Não é aposentado(a)/pensionista	17 (12,5)
Total	136 (100)
Renda pessoal	
Não possui rendimentos	17 (13)
Até um salário mínimo	104 (79,4)
Mais de um salário mínimo	10 (7,6)
Total	131 (100)
Tempo de institucionalização	
Menos de 1 ano	37 (27,2)
De 1 ano a menos de 3 anos	42 (30,9)
De 3 até 5 anos	19 (14)
Mais de 5 anos	38 (27,9)
Total	136 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Na investigação das condições de saúde dos idosos estudados, apresentada na Tabela 2, verifica-se que a maioria deles (78,7%) não apresentava nenhum tipo de restrição, fosse ela física, visual ou auditiva. Mais de 87% da amostra negou a

prática regular de atividade física; 21,1% relataram precisar da ajuda de alguém para caminhar e 32,6% afirmaram utilizar algum equipamento de auxílio à marcha.

No momento da entrevista 39% dos idosos avaliaram sua saúde como boa e 41,2% como regular. A maioria também avaliou visão e audição como boas (45,9% e 78,7%, respectivamente).

A consulta aos prontuários revelou que nem todos os idosos possuíam morbidades diagnosticadas registradas e dentre os que possuíam (76,5%), mais da metade apresentava dois tipos diferentes de patologia e mais de 70% utilizavam mais de três medicamentos diferentes. Para 13,2% dos idosos não havia prescrição de medicamentos nos prontuários da instituição.

No que concerne à funcionalidade, o Índice de Katz revelou que 12,5% da amostra apresentavam dependência importante para cinco ou seis Atividades da Vida Diária (AVDs), sendo estas consideradas as ações de tomar banho, de se vestir, de ir ao banheiro, de realizar transferências, de se alimentar e a continência urinária e fecal.

A avaliação feita por meio da EDG-15 apontou que 53,7% dos entrevistados apresentava sintomatologia depressiva, fosse ela leve (44,1%) ou severa (9,6%).

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as condições de saúde. Recife, Pernambuco, 2013 (cont.).

Variáveis	N (%)
Situação do idoso	
Sem restrições	107 (78,7)
Com restrições	29 (21,3)
Total	136 (100)
Saúde autopercebida	
Boa	53 (39)
Regular	56 (41,2)
Ruim	27 (19,9)
Total	136 (100)
Prática de atividade física	
Sim	17 (12,6)
Não	118 (87,4)
Total	135 (100)
Equipamento de auxílio à marcha	
Sim	42 (32,6)
Não	87 (67,4)
Total	129 (100)
Ajuda de alguém para caminhar	
Sim	27 (21,1)
Não	101 (78,9)
Total	128 (100)

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as condições de saúde. Recife, Pernambuco, 2013 (continuação).

Variáveis	N (%)
Percepção visual	
Boa	62 (45,9)
Regular	34 (25,2)
Ruim	39 (28,9)
Total	135 (100)
Percepção auditiva	
Boa	107 (78,7)
Regular	21 (15,4)
Ruim	8 (5,9)
Total	136 (100)
Morbidades no prontuário	
Sim	104 (76,5)
Não	32 (23,5)
Total	136 (100)
Tipos de doença	
Até um tipo	47 (34,6)
Dois tipos	75 (55,1)
Três ou mais tipos	14 (10,3)
Total	136 (100)
Quantidade de medicamentos	
Nenhum	18 (13,2)
1 a 2	17 (12,5)
3 a 4	30 (22,1)
5 a 6	37 (27,2)
Mais de 7	34 (25)
Total	136 (100)
Funcionalidade	
Independente	114 (83,8)
Parcialmente dependente	5 (3,7)
Dependente	17 (12,5)
Total	136 (100)
Sintomatologia depressiva	
Normal	63 (46,3)
Leve	60 (44,1)
Severa	13 (9,6)
Total	136 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Analisando as relações familiares, apresentadas na Tabela 3, verificamos que antes de ingressar na ILPI, 46,3% dos idosos moravam com familiares, 36,8% moravam sozinhos e 16,9% dividiam o lar com não familiares. Mais de 75% afirmaram receber visitas na ILPI, sendo que para 48,5% dos idosos os visitantes eram seus familiares, para 15,4% eram não familiares e 12,5% recebiam visitas de familiares e não familiares.

Tabela 3. Caracterização da amostra segundo as relações familiares. Recife, Pernambuco, 2013.

Variáveis	N (%)
Convivência anterior à institucionalização	
Só	50 (36,8)
Familiares	63 (46,3)
Não familiares	23 (16,9)
Total	136 (100)
Recebe visita	
Sim	104 (76,5)
Não	32 (23,5)
Total	136 (100)
Pessoas que lhe visitam na ILPI (Total = 105)	
Familiares	66 (63,4)
Não familiares	21 (20,2)
Familiares e não familiares	17 (16,4)
Total	104 (100)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

As Tabelas 4 a 6 apresentam uma análise univariada da distribuição da variável resposta (presença de sintomatologia depressiva) segundo as covariáveis investigadas, realizada por meio da Regressão de Poisson. São exibidos os totais e percentuais segundo cada cruzamento entre as variáveis, considerando-se a RP como medida de efeito com um Intervalo de Confiança (IC) de 95%. A análise dessas tabelas permite verificar que, considerando a classe de referência de cada característica, a presença de quadro depressivo foi mais prevalente nos idosos que eram do sexo feminino; nos separados ou divorciados; nos que apresentavam restrição; nos que tinham percepção ruim da própria saúde; nos que apresentavam dependência funcional para AVDs e nos que não recebiam visitas de familiares.

Tabela 4. Associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (cont.).

Variável	Sintomatologia depressiva (leve/severa)		RP (IC95%)	Valor p
	Amostra N	N (%)		
Sexo (N=136)				0,007
Masculino	42	14 (33,3)	1,0	
Feminino	94	59 (62,8)	1,9 (1,2 – 3,0)	
Faixa etária (N=136)				0,804
60 a 69 anos	44	25 (56,8)	1,0	
70 a 79 anos	48	24 (50,0)	0,9 (0,6 – 1,3)	
80 anos ou mais	44	24 (54,5)	1,0 (0,7 – 1,4)	
Estado civil (N=136)				0,020
Casado ou tem companheiro(a)	12	5 (41,7)	1,0	
Solteiro(a)	72	38 (52,8)	1,3 (0,6 – 2,6)	
Viúvo(a)	33	15 (45,5)	1,1 (0,5 – 2,4)	

Tabela 4. Associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas - Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (continuação).

Variável	Sintomatologia depressiva (leve/severa)		RP (IC95%)	Valor p
	Amostra N	N (%)		
Separado(a) ou divorciado(a)	19	15 (78,9)	1,9 (0,9 – 3,9)	0,221
Nº de filhos (N=136)				
Nenhum	63	34 (54,0)	1,0	
1 a 2	35	16 (45,7)	0,85 (0,55 - 1,30)	
3 a 4	23	12 (52,2)	0,97 (0,61 – 1,52)	
5 ou mais	15	11 (73,3)	1,36 (0,93 – 1,99)	0,163
Frequentou a escola (N=136)				
Sim	96	48 (50,0)	1,0	
Não	40	25 (62,5)	1,3 (0,9 – 1,7)	0,459
Escolaridade (N=136)				
Analfabeto	39	24 (61,5)	1,0	
Primário incompleto	33	20 (60,6)	1,0 (0,7 – 1,4)	
Primário completo	30	12 (40,0)	0,7 (0,4 – 1,1)	
1º grau completo	15	7 (46,7)	0,8 (0,4 – 1,4)	
2º grau e superior	19	10 (52,6)	0,9 (0,5 – 1,4)	0,224
Situação previdenciária (N=136)				
Aposentado(a)	105	58 (55,2)	1,0	
Pensionista	11	8 (72,7)	1,3 (0,9 – 2,0)	
Aposentado(a) e pensionista	3	1 (33,3)	0,6 (0,1 – 3,0)	
Não é aposentado(a)/pensionista	17	6 (35,3)	0,6 (0,3 – 1,2)	0,411
Renda pessoal (N=131)				
Não possui rendimentos	17	6 (35,3)	1,0	
Até um salário mínimo	104	56 (53,8)	1,5 (0,8 – 3,0)	
Mais de um salário mínimo	10	6 (60,0)	1,7 (0,7 – 3,9)	0,539
Tempo de instituição (N=136)				
Menos de um ano	37	20 (54,1)	1,0	
De 1 ano a menos de 3 anos	42	25 (59,5)	1,1 (0,7 – 1,6)	
De 3 a 5 anos	19	7 (36,8)	0,7 (0,4 – 1,3)	
Mais de 5 anos	38	21 (55,3)	1,0 (0,7 – 1,5)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

* Uma análise de resíduos ajustados revela que nessa categoria foi registrado um número maior de idosos com sintomas depressivos do que seria esperado sob a hipótese de independência entre o número de filhos e sintomas depressivos.

Tabela 5. Associação entre sintomatologia depressiva e as condições de saúde - Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (cont.).

Variável	Sintomatologia depressiva (leve/severa)		RP (IC95%)	Valor p
	Amostra N	N (%)		
Situação do idoso (N=136)				0,037
Sem restrição	107	53 (49,5)	1,0	
Com restrição	29	20 (69,0)	1,4 (1,0 – 1,9)	0,009
Saúde autopercebida (N=136)				
Boa	53	21 (39,6)	1,0	
Regular	56	32 (57,1)	1,4 (1,0 – 2,2)	
Ruim	27	20 (74,1)	1,9 (1,3 – 2,8)	0,175
Prática atividade física (N=135)				
Sim	17	6 (35,3)	1,0	
Não	118	66 (55,9)	1,6 (0,8 – 3,1)	

Tabela 5. Associação entre sintomatologia depressiva e as condições de saúde - Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (continuação).

Variável	Sintomatologia depressiva (leve/severa)		RP (IC95%)	Valor p
	Amostra N	N (%)		
Equipamento para marcha (N=129)				0,557
Sim	42	24 (57,1)	1,0	
Não	87	45 (51,7)	0,9 (0,6 – 1,3)	
Ajuda para caminhar (N=128)				0,453
Sim	27	16 (59,3)	1,0	
Não	101	52 (51,5)	0,9 (0,6 – 1,3)	
Percepção visual (N=135)				0,133
Boa	62	31 (50,0)	1,0	
Regular	34	16 (47,1)	0,9 (0,6 – 1,5)	
Ruim	39	26 (66,7)	1,3 (1,0 – 1,9)	
Percepção auditiva (N=136)				0,554
Boa	107	55 (51,4)	1,0	
Regular	21	13 (61,9)	1,2 (0,8 – 1,8)	
Ruim	8	5 (62,5)	1,2 (0,7 – 2,1)	
Morbidades no prontuário (N=136)				0,644
Sim	104	57 (54,8)	1,0	
Não	32	16 (50,0)	0,9 (0,6 – 1,3)	
Quantidade de medicamentos (N=136)				0,534
Nenhum	18	7 (38,9)	1,0	
1 a 2	17	9 (52,9)	1,4 (0,7 – 2,8)	
3 a 4	30	14 (46,7)	1,2 (0,6 – 2,4)	
5 a 6	37	22 (59,5)	1,5 (0,8 – 2,9)	
Mais de 7 medicamentos	34	21 (61,8)	1,6 (0,8 – 3,0)	
Tipos de doença (N=136)				0,961
Até um tipo	47	35 (53,2)	1,0	
Dois tipos	75	40 (53,3)	1,0 (0,7 – 1,4)	
Três ou mais tipos	14	8 (57,1)	1,0 (0,6 – 1,8)	
Funcionalidade (N=136)				< 0,001
Independente	114	56 (49,1)	1,0	
Parcialmente dependente	5	2 (40,0)	0,8 (0,3 – 2,4)	
Dependente	17	15 (88,2)	1,8 (1,4 – 2,3)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Tabela 6. Associação entre sintomatologia depressiva e as relações familiares - Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (cont.).

Variável	Sintomatologia depressiva (leve/severa)		RP (IC95%)	Valor p
	Amostra N	N (%)		
Convivência anterior à institucionalização (N=136)				0,094
Só Familiares	50	22 (44,0)	1,0	
Não familiares	63	35 (55,6)	1,3 (0,9 – 1,9)	
Recebe visita (N=136)				0,943
Sim	104	56 (53,8)	1,0	
Não	32	17 (53,1)	1,0 (0,7 – 1,4)	

Tabela 6. Associação entre sintomatologia depressiva e as relações familiares - Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (continuação).

Variável	Sintomatologia depressiva (leve/severa)		RP (IC95%)	Valor p
	Amostra N	N (%)		
Pessoas que lhe visitam na ILPI (N=136)				0,047
Familiares	66	31 (47,0)	1,0	
Não familiares	21	16 (76,2)	1,6 (1,1 – 2,3)	
Familiares e não familiares	17	9 (52,9)	1,1 (0,7 – 1,9)	
Não recebe visitas	32	17 (53,1)	1,1 (0,7 – 1,7)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Visando eliminar o possível efeito do confundimento na frequência do desfecho, oriundo do interrelacionamento entre as variáveis explanatórias, foi realizada uma análise multivariada ajustando-se um modelo de regressão múltipla de Poisson, considerando como variáveis explanatórias aquelas que apresentaram um p-valor <0,20 nas análises univariadas. No modelo multivariado final (Tabela 7) verifica-se que permaneceram como fatores associados ao risco de depressão, o sexo (prevalência maior nas mulheres), o estado civil (prevalência maior para os separados ou divorciados), saúde autopercebida (prevalência maior naqueles que tinham percepção ruim da própria saúde) e funcionalidade (prevalência maior nos que apresentavam dependência para AVDs).

Tabela 7. Análise ajustada do risco de sintomatologia depressiva na amostra, mediante o ajuste de um modelo de regressão múltipla de Poisson, utilizando como variáveis explanatórias aquelas com valor p < 0,20 na análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (cont.).

	Sintomatologia Depressiva N (%)	RP bruto (IC95%)	Valor p	RP ajustado (IC95%)	Valor p
Sexo			0,007		0,001
Masculino	14 (33,3)	1,0		1,0	
Feminino	59 (62,8)	1,9 (1,2 – 3,0)		1,9 (1,3 – 2,9)	
Estado civil			0,020		0,003
Casado ou tem companheiro(a)	5 (41,7)	1,0		1,0	
Solteiro(a)	38 (52,8)	1,3 (0,6 – 2,6)		1,4 (0,8 – 2,4)	
Viúvo(a)	15 (45,5)	1,1 (0,5 – 2,4)		1,2 (0,6 – 2,4)	
Separado(a) ou divorciado(a)	15 (78,9)	1,9 (0,9 – 3,9)		2,2 (1,2 – 3,9)	
Saúde autopercebida			0,023		0,009
Boa	21 (39,6)	1,0		1,0	
Regular	32 (57,1)	1,4 (1,0 – 2,2)		1,3 (0,9 – 1,9)	
Ruim	20 (74,1)	1,9 (1,3 – 2,8)		1,7 (1,2 – 1,5)	

Tabela 7. Análise ajustada do risco de sintomatologia depressiva na amostra, mediante o ajuste de um modelo de regressão múltipla de Poisson, utilizando como variáveis explanatórias aquelas com valor $p < 0,20$ na análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013 (continuação).

	Sintomatologia Depressiva N (%)	RP bruto (IC95%)	Valor p	RP ajustado (IC95%)	Valor p
Funcionalidade			< 0,001		0,001
Independente	56 (49,1)	1,0		1,0	
Parcialmente dependente	2 (40,0)	0,8 (0,3 – 2,4)		0,6 (0,23 – 1,93)	
Dependente	15(88.2)	1,8 (1,4 – 2,3)		1,7 (1,29 – 2,41)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo desenvolveu-se em nove ILPIs cadastradas no IASC do município de Recife, sendo que destas, sete eram de natureza filantrópica. O baixo percentual de instituições públicas verificadas na região é uma tendência encontrada em todo o território nacional e reflete a própria origem das ILPIs no Brasil, as quais eram inicialmente destinadas à população carente que necessitava de abrigo, sendo fundadas e mantidas pela caridade cristã frente a um cenário onde eram ausentes as políticas públicas destinadas aos idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

A pesquisa envolveu 136, dos 392 idosos residentes nestas instituições na época do estudo. A perda de participantes após aplicação dos critérios de exclusão deveu-se, sobretudo à grande quantidade de idosos que apresentaram baixas pontuações no MEEM revelando comprometimento cognitivo que poderia prejudicar a coleta de dados. Sabe-se que, apesar desses idosos terem sido excluídos do estudo por questões metodológicas, provavelmente eles incrementariam as taxas de prevalência de quadro depressivo, uma vez que demência e depressão estão frequentemente associadas e, até mesmo, uma pode simular a ocorrência da outra, ocasionando grandes dificuldades no diagnóstico (VALCARENGHI et al., 2011).

O perfil sociodemográfico encontrado na amostra espelha muitas das características verificadas na população idosa brasileira em geral, tais como o predomínio do sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, o grande número de aposentados e a renda em torno de um salário mínimo (BRASIL, 2012).

A tendência à feminização tem acompanhado o próprio processo de envelhecimento populacional no país, onde é estimado que em meados deste século haja quase duas mulheres para cada homem entre os mais idosos (CARVALHO; WONG, 2008).

As mulheres frequentam mais os centros de saúde, estão menos expostas a acidentes de trabalho e de trânsito e aderem menos, comparativamente aos homens, a vícios como alcoolismo, drogas e tabagismo, o que contribui para o aumento da sua expectativa de vida, justificando o fato de que, em geral, quanto mais velho é o contingente populacional estudado, maior é a proporção de mulheres encontrada (LIMA, L.; BUENO, 2009). Pavan, Meneghel e Junges (2008), acrescentam ainda que as mulheres, devido a sua maior esperança média de vida,

acabam por ter uma probabilidade maior de ficarem viúvas e, por consequência viverem sós, aumentando o risco de institucionalização.

Analisando-se a escolaridade dos idosos participantes da pesquisa percebe-se que, embora mais de 70% tenham frequentado a escola, poucos conseguiram concluir o segundo grau ou ensino superior. Uma pesquisa elaborada em 2007 pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) em 204 municípios pequenos, médios e grandes de todas as regiões do país revelou que o analfabetismo funcional em idosos chega a 49% e que 23% dessa população não sabem ler nem escrever o próprio nome (NÉRI, 2007).

A alta taxa de analfabetismo verificada entre os idosos atualmente é consequência das dificuldades no acesso à educação no passado e ao seu caráter excludente, onde o ensino era privilégio da raça branca e das classes sociais mais favorecidas (PERES, 2011).

As condições financeiras e previdenciárias da amostra são coerentes com as verificadas no Brasil, onde, de acordo com a PNAD de 2012, cerca de 67% dos idosos são aposentados e 49% possuem renda total de até um salário mínimo (BRASIL, 2012). A alta prevalência de idosos com baixa renda era esperada, uma vez que famílias mais carentes, frente à possibilidade de institucionalização de um ente idoso, tendem a procurar ILPIs públicas e filantrópicas, em vista dos altos custos das instituições de caráter privado.

Mais da metade da amostra estudada era formada por pessoas solteiras e 46,3% não tiveram filhos. Em todas as fases da vida o núcleo familiar exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações interpessoais. O aumento do número de arranjos familiares em que a mulher mora só, é mãe solteira ou de casais sem filhos ou com filhos que emigraram, reduz a perspectiva de um envelhecimento com suporte familiar, aumentando as chances de institucionalização (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Com relação ao tempo de em que moravam na instituição, 58% dos idosos declararam residir na ILPI há menos de três anos. Os primeiros anos do idoso que é institucionalizado são essenciais para a adaptação a esta nova forma de vida, a qual geralmente terá que encarar até sua morte.

O processo de adaptação no ser humano tende a diminuir com a idade, e no idoso institucionalizado, a insatisfação com o ambiente institucional e os desajustes de rotina e convivência podem reduzir seu tempo de permanência no local, levando

à peregrinação por várias ILPIs, em busca daquela que satisfaça suas necessidades e expectativas (CARVALHO; DIAS, M., 2011).

Na avaliação das condições de saúde dos entrevistados verificou-se uma tríade frequentemente associada ao envelhecimento: alto índice de inatividade física, de morbidades diagnosticadas e de uso de medicamentos.

O aumento da longevidade e as alterações fisiológicas típicas do envelhecimento favorecem o aumento da prevalência de várias patologias entre os mais velhos, sobretudo as crônicas. Estas, geralmente incuráveis e de origem não contagiosa, são causadas por uma combinação de fatores sociais, culturais, ambientais e comportamentais e caracterizam-se por um longo período de latência e curso prolongado, favorecendo um desfecho de incapacitação (SILVEIRA; PASQUALOTTI; COLUSSI, 2012).

Mais de 65% da amostra em questão apresentou pelo menos dois tipos de doenças, de acordo com a classificação da CID-10. A classificação por tipos e não por quantidade de patologias teve o intuito de demonstrar o caráter sistêmico dos efeitos da idade avançada, uma vez que o envelhecimento dos órgãos não só aumenta a vulnerabilidade às doenças, mas também afeta os mecanismos de defesa e o funcionamento do organismo como um todo.

Vários estudos têm identificado uma alta prevalência de doenças crônicas em idosos institucionalizados, com destaque para as doenças reumáticas, hipertensão arterial, Diabetes e incontinência urinária (MENEZES, R. et al., 2011; ALENCAR et al., 2012; FERREIRA et al., 2012; BORGES et al., 2013). Estas doenças, dentre outras tantas comuns em idosos, também encontradas, porém não discriminadas nesta pesquisa, podem surgir precocemente ou serem agravadas de acordo com o estilo de vida adotado.

A prática regular de atividade física, por exemplo, é um dos hábitos que pode contribuir significativamente para retardar o surgimento dessas doenças e melhorar a qualidade de vida, já que o sedentarismo reduz, ao longo dos anos, as capacidades físicas e cognitivas dos indivíduos (SILVA, Rodrigo et al., 2010).

Dentre os entrevistados foi encontrado um percentual próximo de 90% de idosos que não praticavam atividade física. Por se tratar de uma atividade que requer habitualidade, provavelmente muitos desses idosos não tenha este hábito atualmente por não terem desenvolvido este costume ao longo da vida ou, principalmente por nunca terem sido estimulados ou alertados para sua importância.

Logo, um ambiente institucional desprovido de profissionais capacitados para incentivar e, sobretudo para acompanhar os idosos na prática segura de exercícios físicos adequados às suas limitações e necessidades, pode ser um potencializador do sedentarismo. Peri et al. (2008) considera que um programa de exercícios bem elaborado pode, em curto prazo, acarretar melhorias ao estado de saúde de idosos institucionalizados, aumentando, principalmente, a independência nas atividades da vida diária.

A elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis faz dos idosos grandes consumidores de medicamentos, o que para esta população pode significar riscos maiores que para os jovens devido ao fato de pessoas idosas apresentarem diferentes respostas aos medicamentos (GAUTÉRIO et al., 2012).

Neste estudo verificou-se que mais da metade dos idosos consome pelo menos cinco medicamentos diferentes, o que está de acordo com outros autores que também encontraram um sobreconsumo de medicamentos para grupos de pessoas idosas (CARVALHO et al., 2012; LUCHETTI et al., 2010; SMANIOTO; HADDAD, 2012). Secoli (2010) aponta que a frequência de eventos adversos relacionados aos medicamentos também é maior neste grupo populacional, aumentando expressivamente de acordo com a quantidade de medicamentos utilizada. Dado preocupante é que, um quarto dos idosos investigados faz uso de mais de sete medicamentos diferentes diariamente, o que, de acordo com este mesmo autor, pode aumentar em 80% a chance de ocorrer reações adversas.

Torna-se necessário, portanto, bastante prudência na hora de prescrever medicamentos para pessoas idosas, principalmente para aquelas que estão institucionalizadas, pois fatores como a demência, o número de diagnósticos e o próprio tempo de institucionalização, encontram-se intimamente associados à polifarmácia (LUCCHETTI et al., 2010).

O conjunto das alterações fisiológicas e patológicas vivenciadas ao longo do envelhecimento pode levar à dependência, que consiste em um processo crescente e dinâmico, cuja evolução pode ser modificada, prevenida ou reduzida em meio a um ambiente e a uma assistência adequados (VERAS, 2009). Constatamos na amostra investigada que 12,5% dos idosos eram considerados dependentes segundo o Índice de Katz, apresentando dificuldades para executar cinco ou seis AVDs. Este resultado condiz com o encontrado em outros estudos realizados em populações institucionalizadas, os quais também verificaram taxas relevantes de

dependência, com a perda das habilidades ocorrendo das atividades mais complexas para as mais simples, sendo preservadas por mais tempo aquelas funções que têm maior impacto na sobrevivência do indivíduo (ARAÚJO, M.; CEOLIM, 2007; DEL DUCA et al., 2010; PONTES-BARROS et al., 2010; SMANIOTO; HADDAD, 2011).

O alto índice de dependência verificado na pesquisa pode ser resultado da concepção, ainda tida por grande parcela da sociedade, de que o idoso é um ser desprovido de autonomia e de independência em virtude das alterações decorrentes do envelhecimento e das frequentes doenças associadas que possui (SMANIOTO; HADDAD, 2011). Frente a este julgamento, é possível que o perfil organizacional que muitas instituições adotam colabore para o surgimento e agravamento do quadro de dependência dos seus abrigados, uma vez que estas geralmente não permitem que os idosos mais independentes participem das atividades diárias da ILPI, como varrer um cômodo, regar uma planta ou lavar uma louça.

Essas atividades simples do dia-a-dia podem torná-los mais ativos e minimizar os efeitos negativos da ociosidade sobre o corpo e a mente. Ademais, a falta de oportunidades e de iniciativa das instituições em criar espaços para que os idosos possam assumir pequenas tarefas acabam por mantê-los mais inativos, potencializando as chances de se tornarem cada vez mais dependentes (DEL DUCA et al., 2010).

Constatou-se na amostra estudada que 21,3% dos idosos apresentaram algum tipo de restrição, fosse ela física, visual ou auditiva, aspecto que pode ser tratado tanto sob o ponto de vista de causa para a institucionalização como de consequência deste processo. Neste caso, por se tratar de um estudo transversal, onde a causalidade não pode ser estabelecida, cabe a hipótese, também apontada por outros autores, de que o comprometimento de algumas funções que levam à incapacidade ou o agravamento de doenças que geram algum tipo de restrição aumentam as chances de institucionalização da pessoa idosa (CARVALHO; DIAS, M., 2011; MENEZES, R. et al., 2011; DEL DUCA et al., 2012; MEDEIROS, P., 2012).

Nesta perspectiva, é essencial que as ILPIs se encontrem fisicamente bem estruturadas e adaptadas para receber idosos que apresentam algum tipo de restrição, bem como, que seus profissionais sejam capacitados e em número adequado para atender satisfatoriamente as demandas, sobretudo daqueles com maior grau de restrição. Estudos têm concordado neste sentido, ao comprovarem

que as ILPIs que têm seu quadro de profissionais de saúde defasado também apresentam os piores padrões de qualidade dos cuidados prestados aos idosos (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2008; FURKIM et al., 2010; ANGELO; BARBOSA E SILVA; LIMA, M., 2011).

Cerca de 20% dos idosos entrevistados autoavaliaram sua saúde como ruim. Uma revisão sistemática da literatura identificou que a prevalência de autoavaliação negativa de saúde na população idosa brasileira variou de 12,6 a 51,9% entre os estudos e que as variáveis predominantemente associadas a esta condição foram: presença de doenças, número de medicamentos em uso, renda familiar/domiciliar mensal, internações, consultas médicas, dificuldade/incapacidade para atividades de vida diária, presença de sintomas depressivos e ansiosos e queixa de insônia (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013).

Na amostra inquirida verificamos que mais da metade dos participantes (53,7%) apresentaram quadro clinicamente significativo de sintomas depressivos de acordo com a GDS-15, sendo que 44,1% apresentaram sintomatologia leve e 9,6% sintomatologia severa.

Sabe-se que a prevalência de quadro depressivo varia de acordo com o instrumento utilizado e as condições da população e do local onde se dá a pesquisa. No Brasil, estudos epidemiológicos realizados em populações institucionalizadas, utilizando métodos semelhantes de investigação por meio das várias versões da Escala de Depressão Geriátrica também encontraram taxas elevadas de prevalência de sintomas de depressão: Silva et al. (2012) – Distrito Federal (49%); Siqueira et al. (2009) – Recife-PE (51%); Carreira et al. (2011) – Maringá-PR (61,6%); Galhardo; Mariosa; Takata (2010) – Pouso Alegre-MG (65%); Rossetto et al. (2012) – Santa Maria-RS (75%); Póvoa et al. (2009) – Brasília-DF (77,8%).

Em contrapartida, pesquisas realizadas em países desenvolvidos, seguindo os mesmos padrões metodológicos, revelaram taxas menores do que a verificada neste estudo: Vaz (2009) – Portugal (46,7%); Damián; Pastor-Barriuso; Valderrama-Gama (2010) – Espanha (46,1%); Smoliner et al. (2009) – Alemanha (34,7%); Drageset; Espehaug; Kirkevold (2012) – Noruega (18%). Supõe-se, portanto, que o nível de desenvolvimento de um país, por ser um forte determinante das condições sociais, econômicas e de saúde da sua população, exerce, conseqüentemente, influência sobre o modo como esta envelhece e encara os aspectos negativos do

envelhecimento, o que está diretamente relacionado ao surgimento dos sintomas de depressão.

Avaliando a associação entre a presença de sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas, constatamos na amostra uma diferença estatisticamente significativa quanto à prevalência de quadro depressivo segundo sexo, com a RP para o sexo feminino sendo 1,9 vezes maior que para o masculino ($p=0,007$), corroborando com outros autores que apontam uma tendência relativamente maior das mulheres idosas institucionalizadas para desenvolver quadro depressivo (PÓVOA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009; CARREIRA et al., 2011; ROSSETTO et al., 2012; SILVA et al., 2012).

Esta maior propensão das mulheres à depressão pode ser justificada pelo fato delas serem mais sensíveis e vulneráveis não só aos problemas de saúde, mas também psicologicamente, de modo que, na velhice, o isolamento social e os transtornos emocionais decorrentes da aposentadoria, da viuvez, das alterações fisiológicas, dentre outros, podem impulsionar o surgimento de sintomas depressivos (LIMA, L.; BUENO, 2009). Em contrapartida, as mulheres geralmente enfrentam melhor estas intempéries do que os homens, e têm maior facilidade de relatar sintomas e queixar-se da saúde precocemente, o que facilita a busca por tratamento.

No caso dos homens, o que se observa na maioria das vezes é que eles foram educados para trabalhar e sustentar a família e, à medida que envelhecem, se aposentam e perdem ou têm este papel reduzido, começam a desenvolver sentimentos de inutilidade e de não aceitação da própria condição em que vivem, o que pode levar ao isolamento e à depressão (SIQUEIRA et al., 2009). Um estudo realizado por Minayo e Cavalcante (2010) demonstrou que a depressão severa é a principal causa de suicídio entre homens idosos e que embora as mulheres idosas também apresentem ideação suicida, são os homens quem conseguem finalizar tal ato.

Na amostra de idosos estudada não foi observada diferença significativa na prevalência de quadro depressivo segundo a faixa etária, tendo as RP por categoria da variável praticamente assumido o mesmo valor. Este resultado está em desacordo com a literatura, que aponta um aumento na prevalência de quadro depressivo com a avançar da idade (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007; LIMA, M.; SILVA, Rebeca; RAMOS, 2009; SOUZA; PAULUCCI, 2011).

Embora seja esperado que pessoas mais idosas apresentem mais doenças associadas e mais incapacidades, e que isso possa influenciar no surgimento do desfecho em questão, é necessário levar em consideração que, muitas vezes um episódio depressivo que se manifesta na velhice nada mais é do que o ressurgimento de síndromes depressivas desenvolvidas no passado (MARINHO, 2010). Portanto, torna-se fundamental investigar e tratar a depressão o mais precocemente possível, para que se possa intervir adequadamente bem como prevenir os fatores de risco em todas as idades.

O estado civil apresentou associação estatisticamente significativa com a presença de sintomatologia depressiva ($P=0,020$), de modo que maiores valores da RP foram verificados naqueles idosos que eram solteiros ($RP=1,3$) e que estavam separados ou divorciados ($RP=1,9$).

Este resultado já era previsto, pois eventos estressantes, como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos podem predispor o surgimento de estados depressivos. Além disso, a presença de um companheiro já foi identificada como fator protetor ao surgimento de depressão (OLIVEIRA, M. et al., 2012).

Separações que ocorrem no estágio tardio da vida costumam exercer um impacto maior tanto para o casal quanto para seus familiares, pois muitas vezes, trata-se de uma geração que cresceu e foi educada numa época em que a separação ou o divórcio eram menos aceitos na sociedade.

Barreto (2013) confirma esta teoria, ao afirmar que o risco de isolamento para essas pessoas aumenta na medida em que percebem que suas redes sociais geralmente eram compostas por outros casais, fazendo com que o indivíduo divorciado se sinta deslocado ou constrangido na companhia dos antigos amigos. Além disso, a mesma autora também considera que o fato de ter sido deixado pelo outro pode despertar sentimentos de vergonha e humilhação, que diminuem o interesse em estabelecer novos relacionamentos.

Embora a associação de sintomas depressivos com as demais variáveis sociodemográficas não tenha apresentado significância estatística, foi constatado um aumento de 1,6 vezes na RP do desfecho para os idosos que tiveram cinco ou mais filhos. Não foram encontrados estudos que verificassem a associação entre o número de filhos e a prevalência de depressão.

Entretanto, frente aos resultados encontrados na pesquisa, cabe a hipótese de quanto maior o número de filhos, menor é a expectativa de vir a institucionalizar-se, uma vez que supostamente há mais pessoas disponíveis para cuidar dos pais envelhecidos. Quando esta expectativa não é alcançada, espera-se maior probabilidade de desenvolver sentimentos de rejeição e abandono entre aqueles que são levados a viver em uma ILPI.

O aumento de 1,3 vezes na RP de quadro depressivo para idosos que relataram não ter frequentado a escola e os menores valores de RP encontrados para maiores níveis de escolaridade concordam com vários autores que verificaram que quanto maior o nível de escolaridade, menor a prevalência de depressão (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009; BATISTONI; NÉRI, A.; CUPERTINO, 2010; CUNHA; BASTOS; DEL DUCA, 2012; MINGHELLI et al., 2013).

Todavia, cabe esclarecer que um melhor nível de escolaridade pode vir acompanhado de outras condições que podem ser consideradas intervenientes nesta relação com sintomas depressivos, como por exemplo, uma melhor condição econômica, hábitos de vida mais saudáveis, melhor cuidado com a saúde, dentre outras situações que podem reduzir o risco de depressão (SOARES; COELHO; CARVALHO, S., 2012).

No tocante a prevalência de sintomas depressivos segundo a renda, o presente estudo revelou um aumento de 1,7 vezes na RP do desfecho para aqueles idosos com renda superior a um salário mínimo, o que destoa da literatura pertinente, a qual identifica menores valores de renda como fator precipitador da depressão (BLAY et al., 2011; BANDEIRA, 2008; PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE, 2009; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, K., 2010). Seguindo o mesmo princípio da escolaridade, indivíduos com renda mais elevada têm mais facilidade de acesso à educação, saúde, lazer e cultura que podem influenciar em um envelhecimento mais bem sucedido com melhores estratégias de enfrentamento das dificuldades advindas desse processo.

Outrossim, muitos dos idosos que se aposentam ou vivem de pensões tendem a ter seu nível econômico reduzido, comparativamente ao que possuíam enquanto estavam trabalhando, o que, nesta etapa da vida, onde os custos, principalmente com a saúde tendem a se elevar, as dificuldades vivenciadas e as lembranças de um passado com melhores condições econômicas podem despertar transtornos depressivos (CONTE; SOUZA, 2009).

Quanto ao tempo de institucionalização, não foram encontrados na literatura argumentos que justificassem o aumento na prevalência de sintomas depressivos em idosos que viviam na ILPI há um período de tempo entre três e cinco anos. Sabe-se que o processo de institucionalização provoca no idoso uma série de perdas que contribui para alguns dos sintomas depressivos como a falta de vontade de realizar tarefas de seu interesse, a dificuldade em começar novas atividades e a preferência por não sair da instituição (NETO; CORTE-REAL, 2012). Ademais, a autonomia e os desejos da pessoa idosa que é institucionalizada são subitamente tolhidos, limitando o seu poder de decisão e de influência na instituição, o que pode condicionar o surgimento da depressão.

Na avaliação das condições de saúde, verificou-se que a situação do idoso quanto à presença de algum tipo de restrição ($p=0,037$), sua autoavaliação de saúde ($p=0,009$) e sua funcionalidade ($p<0,001$) apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de sintomatologia depressiva.

Essas três situações parecem se inter-relacionar de maneira lógica, considerando que o surgimento ou a presença de restrições físicas, visuais, auditivas, dentre outras pode, ao longo do tempo, comprometer a funcionalidade do indivíduo, levando a um conseqüente rebaixamento do seu nível de satisfação com a saúde.

Estudos têm identificado vários fatores que podem desencadear restrições no idoso, desde quedas, dor crônica, desnutrição e doenças como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Diabetes os quais se encontram intimamente relacionados com o surgimento de sintomas depressivos (DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VADERRAMA-GAMA, 2008; REZENDE et al., 2009; SMOLINER et al., 2009; HOOVER et al., 2010; SANTOS, A. et al., 2011). Este ciclo doença-restrição-depressão pode comprometer várias esferas da vida do idoso, sobretudo daquele que se encontra institucionalizado em um ambiente limitado sob o ponto de vista da assistência à saúde.

A OMS define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez” (OMS, 1948). Neste sentido, a concepção de saúde e de ser saudável é algo bastante particular, que varia de pessoa para pessoa, de acordo com a visão que ela tem sobre seus próprios aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos.

A autoavaliação da saúde é, portanto, uma variável complexa que capta múltiplas dimensões da relação entre saúde física e outras características pessoais e sociais (DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VADERRAMA-GAMA, 2008). No idoso, ela é influenciada pelas condições de suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições crônicas de saúde, estilo de vida, dentre outros (HARTMANN, 2008).

A RP de sintomas depressivos para os idosos que tiveram autopercepção de saúde ruim foi quase o dobro da encontrada naqueles que avaliaram sua saúde como boa. Um estudo transversal que descreveu o perfil social e funcional de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em Dourados-MS, comprovou que a autoavaliação ruim de saúde associou-se de forma significativa à presença de sintomas depressivos (ALVARENGA et al., 2011), concordando com os achados na amostra em estudo.

Carreira et al. (2011) consideram que o próprio processo de institucionalização pode aumentar a vulnerabilidade a quadros depressivos, contribuindo para uma pior percepção do estado de saúde. Esta hipótese, adequada aos achados para amostra de idosos institucionalizados em Recife, também serve de suporte para os resultados encontrados em uma pesquisa realizada com idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal, que constatou que os participantes institucionalizados se autoavaliaram de maneira pior em relação aos não institucionalizados (ALMEIDA; QUINTÃO, 2012). Além do que, também foi verificada associação entre autopercepção de saúde ruim e transtornos depressivos, achado semelhante ao verificado neste estudo.

Uma revisão da literatura sobre a incidência de depressão geriátrica e os fatores de risco associados em idosos residentes na comunidade encontrou dois estudos onde o surgimento de depressão foi observado nos pacientes que tinham apresentado condição de saúde mais grave ou naqueles que se consideravam com pior condição de saúde (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009), compatibilizando com os achados para a amostra estudada.

Esta mesma revisão também mostrou que limitações na realização de atividades de vida diária foram associadas ao surgimento de depressão na maioria dos estudos, confirmando os achados desta pesquisa que averiguaram que a funcionalidade é um dos fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados, com a RP do desfecho 1,8 vezes maior para idosos dependentes

em relação aos independentes. Este achado assemelha-se aos resultados de outros estudos envolvendo populações institucionalizadas, que verificaram correlação entre capacidade funcional e sintomas depressivos em Marília-SP (SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012) e associação significativa de quadro depressivo com a existência de algum tipo de limitação ou dependência no Distrito Federal (SILVA, E. et al., 2012).

Estima-se que cerca de 5 a 15% dos idosos sofrem de depressão associada à alteração funcional, o que gera uso excessivo dos recursos de saúde e aumento da mortalidade, traduzido pelo aumento das taxas de suicídio e de complicações das doenças cardíacas (SNOWDEN; STEINMAN; FREDERICK, 2008). Considera-se também que a depressão acentua as limitações e incapacidades geradas pelas doenças, prejudicando a aderência a tratamentos e conseqüentemente a recuperação dos pacientes (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, K., 2010).

A redução ou abolição da autonomia funcional pode levar à baixa autoestima e ao desenvolvimento de sentimentos de inutilidade para a sociedade, o que muitas vezes culmina com o surgimento ou agravamento de transtornos depressivos (HARTMANN JUNIOR; SILVA, Roseane; BASTOS, 2009).

A capacidade funcional assume, portanto um papel essencial na avaliação no âmbito da Gerontologia, pois permite uma visão mais precisa quanto à severidade das doenças e seu possível impacto no bem estar físico e mental dos indivíduos (VALCARENGHI et al., 2011).

A falta de atividade física regular aumentou em 1,6 vezes a RP do desfecho em comparação ao grupo que praticava alguma atividade. A redução dos níveis de atividade física na velhice é um dos aspectos que contribuem ou predisõem o surgimento de sintomatologia depressiva (QUADROS JUNIOR; LAMONATO; et al., 2011; LANUEZ et al., 2011; MINGHELLI et al., 2013), sendo esta associação mediada pelo maior risco de incapacidade ao qual os idosos que diminuem suas atividades habituais estão expostos (DOMINGUES; NERI, 2009).

Contra-pondo-se aos efeitos negativos de uma vida sedentária, a prática segura e regular de atividade física é considerada uma alternativa não farmacológica para o tratamento de transtornos depressivos, apresentando, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não gerar efeitos colaterais indesejáveis, além de provocar sensação de bem estar físico e mental e demandar maior

comprometimento ativo por parte do idoso, resultando na melhoria da sua autoestima (ROSSETTO et al., 2012).

O envelhecimento deixa suas marcas em todos os órgãos do corpo humano, inclusive nos órgãos dos sentidos, cujo declínio das funções pode interferir diretamente na segurança, no desempenho das atividades diárias e no bem-estar geral dos idosos. Os resultados da pesquisa mostraram que a avaliação da visão como ruim e da audição como regular ou ruim aumentaram, embora não significativamente, a RP de sintomas depressivos (RP=1,3; RP=1,2 e RP=1,2, respectivamente).

Marques (2012) considera que a perda de visão tem um impacto negativo na habilidade funcional e na qualidade de vida, de modo que pessoas que apresentam dificuldades visuais têm mais chances de quedas, fraturas, hipertensão, doenças cardíacas e AVE, condições estas potencialmente geradoras de isolamento social, depressão e ansiedade.

A hipótese de associação entre sintomas depressivos e autopercepção visual testada na presente pesquisa, embora não tenha apresentado relevância estatística, está em consonância com os achados de um estudo realizado com uma população idosa do sertão de Pernambuco, o qual demonstrou que indivíduos sem déficit visual possuíam escore de saúde mental maior, sugerindo que o déficit visual pode estar associado a um maior risco de depressão (BRAVO FILHO et al., 2012).

Analogamente, a diminuição da audição também pode causar problemas para o reconhecimento de sinais de alerta ou defesa (ROSIS, et al. 2009). Além disso, o idoso com perda auditiva pode se tornar confuso, desorientado, distraído, não comunicativo, não colaborador, ansioso ou frustrado por não compreender aquilo que escuta, gerando impactos na sua qualidade de vida e aumentando das chances de surgir sintomas de depressão, angústia e isolamento (SANTOS, S. et al., 2012).

Em idosos institucionalizados, o caráter lento e progressivo da deficiência auditiva, que só passa a ser notada quando atinge altos graus de comprometimento, soma-se à dificuldade de integração social e ao desinteresse em manter as relações interpessoais, intensificando as barreiras, as alterações funcionais decorrentes da idade, os declínios cognitivos e os sintomas depressivos (BARUZZI et al., 2009).

A quantidade de medicamentos utilizada pelo idoso apresentou RP aumentada para todas as categorias da variável em relação ao não uso de medicamento, com maior valor para o uso de sete ou mais medicamentos (RP=1,6).

A discussão acerca do contexto que envolve a polifarmácia em indivíduos idosos geralmente recai sobre dois fatos antagônicos: a necessidade legítima do uso de muitos medicamentos em virtude das várias morbidades associadas e o uso de medicamentos, por vezes, desnecessários à sua terapêutica ou que possuem importantes contraindicações ou envolvem reações iatrogênicas, entre elas a depressão, como “bengala química” para enfrentar situações que geram perdas e ansiedade (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, K., 2010).

Apesar deste estudo não ter abordado a associação de transtornos depressivos de acordo com classificação dos medicamentos, e sim com a quantidade de medicamentos diferentes em uso, cabe ressaltar que, além das causas endógenas ou psicossomáticas, alguns tipos de medicamentos podem causar ou simular depressão, como é o caso dos anti-hipertensivos, corticosteroides, antipsicóticos, analgésicos, antiparkinsonianos, hormônios, dentre outros (LIMA, M.; SILVA, Rebeca; RAMOS, 2009).

Os idosos internados em ILPIs merecem atenção especial quanto ao consumo de medicamentos, principalmente os psicofármacos, visto seu uso corriqueiro, onde muitas vezes são prescritos por médicos não psiquiatras em decorrência da necessidade de controle comportamental e do sono (LUCCHETTI et al., 2010).

A família ainda se constitui como o maior ponto de apoio ao idoso, entretanto, o coabitar e o cuidar de um familiar idoso dependente gera um fator desencadeante de mudanças no sistema familiar, que pode levá-lo ao desequilíbrio (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Percebe-se que muitas vezes o idoso, principalmente diante de uma situação de divórcio ou viuvez, opta por morar sozinho em virtude de conflitos que ameaçam a boa convivência com seus familiares ou por acharem que estarão incomodando ou tirando a privacidade de quem os recebe. Outras vezes, é mantido no seio familiar por fornecer suporte financeiro a filhos, netos e bisnetos. No entanto, quando surge uma situação em que nenhuma destas alternativas é conveniente, viável ou possível, a institucionalização passa a ser a única solução para os idosos.

A análise das relações familiares nesta pesquisa apontou que a amostra é predominantemente constituída por pessoas que antes de ir para a ILPI moravam com seus familiares (46,3%) e que afirmaram receber visitas na instituição (76,5%). Estes dados corroboram com os apresentados por um estudo que abordou algumas

características relacionadas com o apoio social recebido por idosos institucionalizados em 39 centros proteção social na cidade de Medellín, na Colômbia. Os resultados do referido estudo mostraram uma prevalência de 46,5% de pessoas idosas do sexo masculino que antes de se institucionalizar moravam com familiares e de 45,7% para pessoas idosas do sexo feminino (CARDONA-ARANGO et al., 2010). Dentre os entrevistados também foi verificado que 67% dos homens e 78% das mulheres recebiam visitas na ILPI.

Barroso e Tapadinhas (2006), no intuito de comparar a prevalência de sintomas de depressão e de sentimentos de solidão entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, verificaram que os idosos que viviam em ILPIs apresentavam mais sentimentos de solidão comparativamente aos que viviam na comunidade.

Outro achado importante foi que aqueles idosos que afirmaram sentir menos preocupação por parte da família e amigos para com eles e os que receberam menos visitas de amigos na ILPI apresentaram significativamente mais sintomas de depressão e sentimentos de solidão. Partindo da suposição de que sentir-se esquecido ou abandonado pelos familiares e amigos aumenta as chances de desenvolver transtornos depressivos, esse último dado concorda com os achados para a amostra investigada, onde foi constatada uma associação estatisticamente significativa entre o desfecho e a variável “pessoas que lhe visitam na ILPI”, cuja RP mostrou-se aumentada para aqueles que afirmaram receber visitas apenas de não familiares (RP=1,6) e para os idosos que antes de se institucionalizar moravam com não familiares (RP=1,6).

Rodrigues, V. e Madeira (2009) consideram que o suporte familiar é de suma importância para evitar o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na população idosa, sendo um amortecedor das consequências de acontecimentos traumáticos na vida dos sujeitos. Sendo assim, o aumento na RP de sintomas de depressão para aqueles idosos que moravam com não familiares reflete a fragilidade das relações familiares, desde a pré-institucionalização, ou uma possível situação de extrema pobreza, onde, na impossibilidade de manter sua subsistência o idoso busca ajuda para morar com amigos ou até mesmo com desconhecidos.

Não obstante, um suporte social e familiar efetivos, além de ter efeito direto no quadro depressivo, tem a capacidade de modelar os efeitos das perdas materiais e interpessoais (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, K., 2010).

Por conseguinte, as chances de desenvolver depressão em idosos institucionalizados dependerão também do acolhimento oferecido pela instituição e do convívio com pessoas próximas (familiares ou amigos), de forma a evitar o estado de solidão ou isolamento que muitos vivenciam ao se institucionalizar (CARVALHO; DIAS, M., 2011).

A análise do modelo ajustado demonstrou que as variáveis que mais influenciaram a prevalência do desfecho foram o sexo, o estado civil, a saúde autopercebida e a funcionalidade.

Ressalta-se, portanto a importância de um olhar mais crítico e aguçado por parte dos profissionais que atuam no campo da Gerontologia, a fim de que estas questões possam ser devidamente valorizadas e de que se possa desenvolver métodos e técnicas de promoção de um envelhecimento ativo e saudável para esses grupos que apresentam maiores chances de desenvolver transtornos depressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual panorama demográfico e epidemiológico vivenciado pelo Brasil demanda uma maior atenção e preocupação por parte dos vários setores da sociedade quanto ao avanço do processo de envelhecimento populacional e suas consequências.

Torna-se cada vez mais necessário investigar que aspectos podem pôr em risco o desenvolvimento de um envelhecimento ativo e saudável, tão preconizado pela OMS e desejado pelos indivíduos que envelhecem.

O aumento na incidência de patologias crônicas e degenerativas, esperado com o incremento de idosos na população, pode desencadear uma série de alterações físicas, psíquicas e comportamentais que acabam por desestabilizar não só o doente como toda sua estrutura e contexto social e familiar, gerando gastos excessivos para o setor da saúde.

Dentre os agravos crônicos que mais acometem os idosos, a depressão merece destaque por sua ampla prevalência, sintomatologia diversificada e consequências que podem pôr em risco não só o bem estar dos indivíduos, mas também a sua própria vida.

Os idosos que se encontram em situação de institucionalização, vivenciam situações que aumentam sua vulnerabilidade aos transtornos depressivos, tais como a mudança brusca e repentina no estilo de vida, o confinamento, o isolamento, a separação do seio familiar, além destes indivíduos frequentemente apresentarem mais patologias associadas e déficits de funcionalidade que podem potencializar o surgimento ou agravar sintomas de depressão.

De um modo geral, os resultados da presente pesquisa corroboram com muitas outras que envolveram investigações sobre a presença e características do quadro clínico de depressão em idosos. A alta prevalência de sintomatologia depressiva, associada principalmente às pessoas idosas do sexo feminino, separadas ou divorciadas, com autopercepção ruim de saúde e dependentes para as AVDs sintetizam os achados estatisticamente mais significativos deste estudo.

No entanto, há de se considerar que outras variáveis abordadas, apesar de não terem apresentado relevância estatística para esta amostra, não devem ser desconsideradas como possíveis geradores ou exacerbadores de sintomatologia depressiva entre os idosos. Aconselha-se, portanto que a investigação da

depressão no idoso se dê de forma individuada, considerando o contexto clínico, psíquico, familiar e social no qual este se encontra.

Por se tratar de um estudo transversal, não foi possível estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis investigadas e o desfecho. Justifica-se, portanto, a recomendação de que sejam realizados mais estudos epidemiológicos, com outros tipos de desenho, a fim de se identificar possíveis relações causais entre as variáveis ora investigadas e tantas outras relevantes à temática, a fim de que as ações de prevenção e as formas de intervenção possam ser melhor planejadas e executadas.

Dadas as limitações da pesquisa, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, em virtude das respostas dadas às hipóteses levantadas e do confronto teórico gerado com a literatura pertinente. Como retorno ao campo de estudo, serão fornecidas aos gestores das ILPI que fizeram parte da pesquisa, bem como aos órgãos direta e indiretamente responsáveis e ligados à Saúde do Idoso do município de Recife, cópias de um relatório final a ser elaborado com base nos resultados apresentados nesta dissertação, a fim de fornecer subsídios para o aprimoramento dos cuidados ao idoso, principalmente para aqueles com potencial para depressão.

Para tanto, ressalta-se que é essencial investir na qualificação dos profissionais que atuam no âmbito das ILPI, a fim de que eles estejam preparados não só para identificar sintomas indicadores de depressão entre os institucionalizados, como também para atuar de maneira eficiente na prevenção, controle e tratamento desta patologia.

Neste mesmo intuito, faz-se também necessário uma maior participação dos gestores das instituições no papel de conscientização dos familiares a respeito da importância de se manter e fortalecer o vínculo com os seus entes idosos institucionalizados, para que o cuidado possa ser compartilhado e a ILPI possa ser vista como uma extensão da convivência familiar.

Acredita-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para uma discussão mais ampla entre gestores, profissionais, acadêmicos e a sociedade em geral sobre as questões que envolvem o envelhecimento e a depressão, com foco nos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492-9, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8239/6996>>. Acesso em: 08 jul. 2012.
- ALENCAR, M.A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], v. 15, n. 4, p. 185-96, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/17.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2013.
- ALMEIDA, L., QUINTÃO, S. Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v.25, n. 6, p. 350-8, 2012.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2-B, p. 421-26, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2012.
- ALVARENGA, M.R.M. et al. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 478-85, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20944-88051-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/20944-88051-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 out. 2013.
- ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>>. Acesso em: 12 jul 2013.
- ALVES, M.R. et al. Rede de suporte social a pessoas idosas com sintomas depressivos em um município do Nordeste brasileiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [online], v. 5, n. 2, p. 3667-76, 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2286/pdf_752>. Acesso em: 05 nov. 2013.
- ANGELO, B.H.B.; SILVA, BARBOSA E SILVA, D.I.; LIMA, M.A.S. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 663-73, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2012.
- ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 out. 2014.

ARAÚJO, M.O.P.H; CEOLIM, M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/06.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington DC: Banco Mundial, 2011.

BANDEIRA, C.B. Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.4, n. 15, 2008. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/171/124>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

BANHATO, E. F. C. Validade de critério de uma forma abreviada da escala Wais-III em uma amostra de idosos brasileiros. 2011. 211 p. Tese (Doutorado em Saúde Brasileira). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

BARRETO, F. Análise psicológica do divórcio: uma perspectiva masculina. 2013. 87 p. Monografia (Licenciatura em Psicologia Clínica). Universidade Jean Piaget, Cabo Verde, 2013.

BARROSO, V.; TAPADINHAS, A. Órfãos Geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade – Estudo comparativo entre Idosos institucionalizados e não institucionalizados, 2006. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

BARUZZI, M.B. et al. Self-perceived hearing handicap and hearing sensitivity in nursing home elderlies. **Einstein**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 176-81, 2009.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em Epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-32, 2007.

BATISTONI, S.S.T.; NÉRI, A.L.; CUPERTINO, A.P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 13-22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 set. 2013.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2012.

BESSA, M.E.P.; SILVA, M.J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 258-65, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200006>. Acesso em: 19 jul. 2013

BLAY, S.L. et al. Increased health burden associated with comorbid depression in older Brazilian diabetes. **Journal of Affective Disorders**, London, v. 134, p. 77-84, 2011.

BORGES, C.L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 318-22, 2013. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=26&ano=2013&numero=4&item=4>>. Acesso em: 18 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1ª ed. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011, 148 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_esp_anhol.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012**. Rio de Janeiro, 2012, 287 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Disponível em: <http://www.suvisa.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_suvisa/arquivos/gerados/resol_rdc_283_set_2005.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2012.

_____. Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF, 2003, 68 p.

BLOOM, D. 7 Billion and counting. **Science**, v. 333, p. 562-569, 2011.

BRAVO FILHO, V.T.F. et al. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do Sistema Único de Saúde vivendo no sertão de Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 75, n. 3, p. 161-5, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v75n3/02.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

CAMARANO A.A., et al. Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos – região Sul. Brasília: IPEA; Presidência da República; 2009.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 233-5, 2010.

CAMARANO, A.A; KANSO, S; FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. IPEA - Mercado de trabalho, 2013.

CARDONA-ARANGO, D. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado, Medellín, 2008. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 414-24, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300007>. Acesso em: 12 jun. 2012.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-73, 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

CARVALHO, J.M.A. Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde. 2010. 64 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

CARVALHO, J.A.M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 24, p. 597-605, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jul. 2013.

CARVALHO, M.F.C. et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-27, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n4/13.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

CARVALHO, M.; DIAS, M. Adaptação dos idosos institucionalizados. **Millenium**, Lisboa, n.40, p. 161-84, 2011.

CASTRO, V.C.; DERHUN, F.M.; CARREIRA, L. Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar. **Journal of Research of Fundamental Care On Line**, v. 5, n. 4, p. 493-502, 2013.

Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2282/pdf_1008>. Acesso em: 23 nov. 2013.

CONTE, L.B.D.; SOUZA, L.N.A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 214-9, 2009.

Disponível em:

<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2009/03_jul-set/V27_n3_2009_p214-219.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2012.

CREPALDI, A.L. Depressão e sintomas depressivos em idosos de baixa renda em São Paulo: prevalência, fatores associados e uso de serviços de saúde. 2009. 168 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:

<<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp110240.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L.H.T.; SOBOTTKA, E.A. Instituição de Longa Permanência para Idosos: a imagem que permanece. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 273-9, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/08.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

CUNHA, R.V.; BASTOS, G.A.N.; DEL DUCA, G.F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, v.15, n. 2, p. 346-54, 2012.

Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S1415-790X2012000200012?locale=en>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

DAMIÁN, J.; PASTOR-BARRIUSO, R.P.; VALDERRAMA-GAMA, E. Factors associated with self-rated health in older people living in Institutions. **BMC Geriatrics**, London, v. 8, n. 5, p. 1-6, 2008.

DEL DUCA, G.F. et al. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 2, 2011.

DEL DUCA, G.F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista de Saúde Pública [online]**, v.46, n. 1, p. 147-53, 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100018>. Acesso em: 14 nov. 2013.

DIAS, E.F. O envelhecimento populacional e o direito à saúde da pessoa idosa. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, v. 1, n. 1, 2013.

DOMINGUES, P.C.; NERI, A.L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 164-73, 2009. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/_artigos/279.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

DRAGESET, J.; ESPEHAUG, B.; KIRKEVOLD, M. The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment – a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 7-8, p. 965-74, 2012.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 out. 2014.

DUARTE, M.B.; REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

FALEIROS, N.P.; JUSTO, J.S. O idoso asilado: a subjetividade intramuros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 327-37, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2012.

FERNANDES, M.G.M.; NASCIMENTO, N.F.S.; COSTA, K.N.F.M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/343/pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2012.

FERREIRA, L.L. et al. Perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 373-386, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/27641/25389>>. Acesso em: 30 set. 2013.

FREIRE, F.S.; MENDONÇA, L.H.; COSTA, A.J.B. Sustentabilidade econômica das Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 533-43, 2012.

FURKIM, M. et al. A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 954-63, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v12n6/06.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

GALHARDO, V.A.C.; MARIOSIA, M.A.S.; TAKATA, J.P.I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo.

Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, 2010.

Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/195.pdf>.

Acesso em: 28 jul. 2012.

GAUTÉRIO, D.P. et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1394-9, 2012.

GIAVONI, A. et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-82, 2008. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/04.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

GOMES, A. et al. Hábitos alimentares, actividade física e estado nutricional em doentes com depressão. In LOPES, V. et al. (Coord.), Promoção da Saúde e

Actividade Física: Contributos para o Desenvolvimento Humano, Vila Real: UTAD, p. 248-256, 2010.

GONZÁLEZ, L.A.M. et al. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p.

32-9, 2010. Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/166.pdf>.

Acesso em: 28 jul. 2012.

HARTMANN JUNIOR, A.P., SILVA, R.A., BASTOS, O. Idosos institucionalizados: relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. **Neurobiologia**, Recife, v. 72, n. 3, p. 19-30, 2009. Disponível em:

<[http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia-72(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2012.

HARTMANN, A.C.V.C. Fatores associados à autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre. 2008. 73 p. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

HOOVER, D.R. et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the U.S.A. **International Psychogeriatrics**, Cambridge, v. 22, n. 7, p. 1161-71, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contas Nacionais - Conta-Satélite de Saúde 2007-2009**. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Características das instituições de longa permanência para idosos: região Sudeste**. Brasília, (DF); Presidência da República, 2010.

_____. Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. **Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Brasília, (DF); 2011.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 19-27, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a08.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

KANASHIRO, M.M. Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa. Dissertação. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of the American Medical Association**, v. 185, p. 914-19, 1963.

KLEIN, C.H., BLOCH, K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO RA. Epidemiologia. 2ª ed. RJ: Atheneu, 2009.

LANUEZ, F.V. et al. Estudo comparativo dos efeitos de dois programas de exercícios físicos na flexibilidade e no equilíbrio em idosos saudáveis com e sem depressão maior. **Einstein**, São Paulo, v. 9, n.3, p. 307-12, 2011.

LEBRÃO, M.L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-40, 2007. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

LIMA, C.R.V. Políticas públicas para idosos: a realidade das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal. 2011. 120 p. Monografia (Especialização em Legislativo e Políticas Públicas) - Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/CEFOP, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6005/politica_idosos_lima.pdf?sequence=5>. Acesso em: 12 jul. 2012.

LIMA, L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-80, 2009.

LIMA, M.T.R.; SILVA, R.S.; RAMOS, L.R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n1/a01v58n1.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

LISBOA, C.R.; CHIANCA, T.C.M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 482-7, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a13.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

LOURENÇO, R.A.; LINS, R.G. Saúde do homem: aspectos demográficos e epidemiológicos do envelhecimento masculino. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, a. 9, p. 12-19, 2010. Disponível em: <http://www.lampada.uerj.br/revistahupe/images/revista/Ano9_Suplemento2010/artigo_1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

LUCCHETTI, G et al. Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-8, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2013.

MARCHI; A.C.W.; SCHNEIDER, C.M.; OLIVEIRA, L.A. Implicações sociais na velhice e a depressão. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 149-58, 2010.

MARINHO, L.M. et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 104-10, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/25714/24514>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

MARQUES, G. Alterações da função visual e da qualidade de vida relacionada com a saúde em indivíduos idosos. 2012. 104 p. **Dissertação** (Mestrado em Saúde e Envelhecimento). Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, 2012.

MEDEIROS, J.M.L. Depressão no idoso. 2010. 31 p. **Dissertação** (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

MEDEIROS, P. Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. **Polémica**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 439-53, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/3734/2616>>. Acesso em: 11 out. 2013.

MENEZES, R.L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 485-96, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2013.

MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v. 14, n. 2, p. 240-7, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a03.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4. P. 750-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000400020&script=sci_arttext>. Acesso em 08 jul. 2013.

MINGHELLI, B. et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Revista de Psiquiatria Clínica** [online], v.40, n. 2, p. 71-6, 2013. Disponível em <<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0101-60832013000200004?locale=en>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

NÉRI, A.L. Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 1ª ed, 2007. 288 p.

NETO, M.J.; CORTE-REAL, J. A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. In: 26ª Reunião do GEECD, Tomar, 2012. Disponível em: <<http://www.spgg.com.pt/UserFiles/File/A%20pessoa%20idoso%20institucionalizada.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2012.

OLIVEIRA, M.F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], v.17, n. 8, p. 2191-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800029&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 08 out. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **World Population Prospects: The 2010 revision. Highlights and Advance Tables**. Nova York, 2011. 163 p. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_Highlights.pdf>. Acesso em: 10 de julho de 2012.

_____. World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables. New York: Unites Nations, 2013.

PAGOTTO, V.; BACHION, M.M.; SILVEIRA, E.A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington , v. 33, n. 4, p. 302-10, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a10v33n4.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

PAULA, F.L. **Perfil dos idosos internados em hospitais do SUS de Niterói por quedas**. 2009. 73 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2443/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Paula_Fatima_de_Lima.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2012.

PAVAN, F.; MENEGHEL, J.R.; JUNGES, J.R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2187-90, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/25.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

PERES, M.A.C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 631-62, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922011000300011>. Acesso em: 12 nov. 2013.

PERI, K. et al. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). **Age and Ageing**, Oxford, v. 37, n. 1, p. 57-63, 2008.

PESTANA, L.C.; ESPÍRITO SANTO, F.H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 268-75, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

PINHO, M.X.; CUSTÓDIO, O. MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 123-40, 2009. Disponível em: <http://www.crde-Unati.uerj.br/img_tse/v12n1/pdf/art_10.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2012.

PONTES-BARROS, J.F. et al. Avaliação da capacidade funcional de Idosos institucionalizados na cidade de Maceió – AL. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 168-74, 2010. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2011/2307>>. Acesso em: 02 jul. 2013.

PÓVOA, T.R. et al. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do Instituto de Gerontologia de Brasília. **Brasília Médica**, Brasília, v. 46, n. 3, p. 241-46, 2009.

PRATA, H.L. et al. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. **Fisioterapia e Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 437-43, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/08.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2013.

QUADROS JUNIOR, A.C.; LAMONATO, A.C.C.; GOBBI, S. Nível de escolaridade não influencia nível de atividade física em idosos. **Motriz: revista de Educação Física [online]**, v. 17, n. 1, p. 202-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v17n1/a22v17n1.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

REZENDE, C.H.A. et al. Dependence of the Geriatric Depression scores on age, nutritional status, and haematologic variables in elderly institutionalized patients. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, London, v. 13, n. 7, p. 617-21, 2009.

RIBEIRO, R.C.H.M., et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, Especial-Nefrologia, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 505-8, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe1/10.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

RISSARDO, L. K. et al. Sentimentos de residir em uma Instituição de Longa Permanência: percepção de idosos asilados. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 380-5, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2128/2887>>. Acesso em: 12 ago 2013.

RODRIGUES, R.A. et al. Morbidity and interference in seniors' functional ability. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.4, p. 643-8, 2008.

RODRIGUES, V.; MADEIRA, M. Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**, Porto, v. 6, p. 390-99, 2009. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1293/2/390-399_FCS_06_6.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

ROMBALDI, A.J. et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 620-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/07.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

ROSIS, A.C.A. et al. Questionário Hearing Handicap Inventory for the Ederly – Screening version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 339-345, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342009000300009>. Acesso em: 11 set. 2013.

ROSSETTO, M. et al. Depressão em idosos de uma Instituição de Longa Permanência. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 347-52, 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4599/3759>>. Acesso em: 12 set. 2013.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14579/8485>>. Acesso em: 15 out. 2013.

SAMPAIO, L.S. et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-74, 2009. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_9.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2012.

SANTANA, A.J.; BARBOZA FILHO, J.C. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 134-46, 2007.

SANTELE, O.S; LEFEVRE, A.M.C.; CERVATO, A.M. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3061-65, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/28.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

SANTOS, A.R. et al. Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica, institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista da Graduação**, Porto Alegre, v. 4 n. 2, p. 1-18, 2011.

SANTOS, S.B. et al. Dificuldades auditivas percebidas por moradores longevos e não longevos de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 125-43, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/18172/23192>>. Acesso em: 18 set. 2013.

SECOLI, S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010 jan-fev; 63(1): 136-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000100023&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 dez. 2013.

SILVA, E.R. et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1387-93, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

SILVA, R. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a17v15n1.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

SILVEIRA, M.M.; PASQUALOTTI, A.; COLUSSI, E.L. Prevalência de doenças crônicas e prática de atividade física em adultos e idosos. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 209-14, 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2232/2456>>. Acesso em: 12 out. 2013.

SIQUEIRA, G.R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-9, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a31v14n1.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

SMANIOTO, F.N.; HADDAD, M.C.F.L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a03v12n1.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2013.

SMOLINER, C. et al. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 102, n. 11, p. 1663-7, 2009.

SNOWDEN, M., STEINMAN, L., FREDERICK, J. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 5, n. 1, 2008.

SOARES, E.; COELHO, M.O; CARVALHO, S.M.R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p.117-139. 2012.

SOUZA, M.C.M.R.; PAULUCC, T.D. Análise da sintomatologia depressiva entre idosas institucionalizadas. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 1, n. 1, p. 40-6, 2011.

SOUZA, P.D. et al. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a02.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

VALCARENCHI, R.V. et al. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 828-33, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600017&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 dez. 2013.

VALENÇA, J.M.; ANDRADE, K.L. Desnutrição associada à depressão em idosos hospitalizados. **Geriatria & Gerontologia**, Fortaleza, v.5, n.1, p. 14-8, 2011.

VAZ, S.F.A. A depressão no idoso institucionalizado – Estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. 2009. 181 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, 2009.

VAZ, S.F.A., GASPARGAS, N.M.S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Reference Revista de Educação e Formação em Enfermagem**, v.3, n.4, p. 49-58, 2011.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 jul. 2012.

VERAS, R.P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-8, 2012.

WHARTON, R.N. Transtornos afetivos. In. ROWLAND, L.P., PEDLEY, T.A. (organizadores). Tratado de neurologia, 11^a ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The uses of Epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging.** Geneva, 1984. 83 p. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_706.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

_____. **Conquering Depression.** 2012. Disponível em: <<http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, Londres, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983. Disponível em: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/at%20least%20read/development%20and%20validation%20of%20a%20geriatric%20depression%20screening%20scale_a%20preliminary%20report.pdf>. Acesso em 05 jul. 2012.

YUSUF, H.R. et al. Leisure-time physical activity among older adults. **Archives of Internal Medicine**, Washington, v. 156, n. 12, p. 1321-6, 1996.

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE

Autora: Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega

Endereço para contato: Av. Conde da Boa Vista, nº 1482, apto 208, Boa Vista – Recife-PE. CEP: 50060-001.

E-mail: isabelle_rayanne@hotmail.com

Telefone: (81) 3221-7784

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE, CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o(a) senhor(a) a participar deste estudo que tem como objetivo investigar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife-PE. Esse estudo está vinculado ao projeto intitulado “PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR, coordenado pela Profa. Márcia Carréra Campos Leal. As informações obtidas servirão para elaboração da dissertação de mestrado da pesquisadora e serão coletados por meio de uma entrevista.

Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor(a), assim como também não receberá pagamento.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas no Departamento de Medicina Social em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor(a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor(a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

Consentimento

Após leitura do documento e esclarecida as dúvidas que julgo necessárias sobre o estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, _____ de _____ de 2012.

Participante ou acompanhante

Testemunha

Pesquisador(a) responsável

Testemunha

Apêndice B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Hora início ____:____ Hora término ____:____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

01. Nº Questionário: _____	nquest _____
02. Entrevistador: _____	entrev _____
03. Data da entrevista: ____/____/____	dataentrev _____
04. Nº do idoso: _____	nidoso _____
Nome: _____	
05. Situação do idoso: (1) demência severa (2) acamado (3) cadeirante (4) deficiente visual (5) deficiente auditivo (6) amputado (7) sem restrição	sitidoso _____
06. IPLI (Nome/ Endereço): _____	codilpi _____
07. Natureza: (1) pública (2) filantrópica	natilpi _____
08. Tempo de institucionalização: (1) menos de 1 ano (2) 1-3 anos (3) 3-5 anos (4) > 5 anos	tempilpi _____

2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

09. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	sexo _____
10. Data de Nascimento ____/____/____	datanasc ____/____/____
11. Idade em anos completos _____	idadeanos _____
12. Faixa etária: (1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 a 89 anos (4) Mais de 90 anos	faixaet _____
13. Estado Civil: (1) casado ou tem companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Viúvo (4) Separado(a) ou divorciado(a) (5) Não responde	estadoconj _____
14. O Sr(a) tem/teve filhos? (1) Sim (2) Não	filhos _____
14.1. Número de filhos: (0) Nenhum (1) 1 e 2 filhos	nfilhos _____

- (2) 3 e 4 filhos
- (3) 5 ou mais
- (99) Não se aplica

15. O Sr(a) frequentou a escola? (1) Sim (2) Não estud_____

Se não tiver estudado, pule para a questão 16. Em caso de resposta afirmativa, passe para a 15.1.

15.1. Até que série o senhor(a) estudou? anos estudo _____

- (1) Analfabeto
- (3) Primário completo
- (4) 1ª grau incompleto
- (5) 1º grau completo
- (6) 2º grau incompleto
- (7) 2º grau completo e superior
- (8) Não sabe/não responde
- (99) Não se aplica

16. Situação Previdenciária:

- (1) Aposentado(a)
- (2) Pensionista
- (3) Aposentado(a) e pensionista
- (4) Não é aposentado(a)/pensionista
- (99) Não responde

sitfinanc _____

17. Rendimento pessoal:

- (1) Até um salário mínimo (até R\$ 678,00)
- (2) Mais de um salário mínimo (mais de R\$ 678,00)
- (3) Não possui rendimentos
- (4) Não responde

rendpessoal_____

3. CONDIÇÕES DE SAÚDE

18. Situação de saúde (auto-percebida): sauauto_____

- (1) Boa
- (2) Regular
- (3) Ruim
- (4) Não responde

19. Pratica atividade física regularmente? (1) Sim (2) Não pratfisica_____

20. Você utiliza algum equipamento que o ajuda a “andar sozinho” (por exemplo: andadores e bengalas)?

- (1) Sim (2) Não equimarcha_____

21. Você necessita da ajuda de alguém para caminhar? ajudacam_____

- (1) Sim (2) Não

22. Você considera sua visão: percepvis_____

- (1) Boa
- (2) Regular
- (3) Ruim
- (4) Não responde

23. Você considera sua audição: percepaud_____

- (1) Boa
- (2) Regular
- (3) Ruim

(4) Não responde

4. RELAÇÕES FAMILIARES

24. Com quem o senhor(a) morava antes de vir para a instituição? (1) só (2) familiares (3) não familiares (4) não lembra/não respondeu	moraantes _____
25. O senhor recebe visitas na instituição? (1) Sim (2) Não	visita _____
Se a resposta for negativa, passe para a questão 27.	
26. Quem são as pessoas que visitam o senhor(a)? (1) familiares (2) não familiares (3) familiares e não familiares (99) não recebe visitas/não se aplica	quemvisita _____

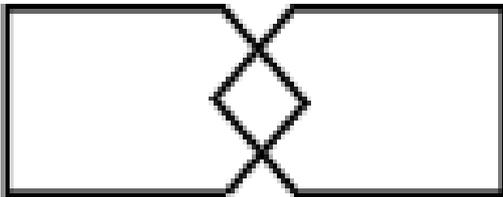
5. DADOS DO PRONTUÁRIO

27. Morbidade(s) registradas no prontuário: (1) Sim (2) Não	morbdiag _____
28. Quantidade de medicamentos utilizados pelo idoso: _____	quantmed _____
(1) nenhum (2) 1 a 2 medicamentos (3) 3 a 4 medicamentos (4) 5 a 6 medicamentos (5) Mais de 7 medicamentos	
29. Tipos de morbididades diagnosticadas (Classificar de acordo com a CID-10):	morbdiag _____
Nº de tipos: _____	

6. AVALIAÇÃO COGNITIVA

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

DOMÍNIOS			ERRADO	CERTO
1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	0	1
		Semestre ou hora aproximada	0	1
		Mês	0	1
		Dia do mês	0	1
		Dia da semana	0	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	0	1
		Cidade	0	1
		Bairro ou rua próxima	0	1
		Local geral – que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo – NAI)	0	1
		Local específico – em que local nós estamos? (consultório)	0	1
3. Memória imediata (repita as palavras) (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita os objetos na ordem até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)		
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total de 5 subtrações ao todo)	$100 - 7 = 93$	0	1
		$93 - 7 = 86$	0	1
		$86 - 7 = 79$	0	1
		$79 - 7 = 72$	0	1
		$72 - 7 = 65$	0	1
4b. (0 - 5 pontos)	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O	0	1
		D	0	1
		N	0	1
		U	0	1
		M	0	1
5. Memória de evocação (0 - 3 pontos)	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	0	1
		Tijolo	0	1
		Tapete	0	1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	0	1
		Caneta	0	1
7. Linguagem (0-1 ponto)	Repita a frase!	“NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”.	0	1
8. Linguagem	Siga uma ordem	a) Pegue o papel com a	0	1

(0-2 pontos)	de três estágios:	mão direita; b)Dobre-o ao meio; c)Ponha-o no chão;	0 0	1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	0	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa. O comando é: <u>ESCREVA UMA FRASE QUE TENHA COMEÇO, MEIO E FIM E FAÇA SENTIDO.</u>	Uma frase com início meio e fim (não precisa ser longa). Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. <u>Gramática e pontuação não são pontuadas.</u>	0	1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		0	1
TOTAL DE PONTOS DOS 11 QUESITOS			MEEM _____	

meem_____

7. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Formulário de Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) – Índice de Katz		
ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (0 Ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (1 Pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se banhar Pontos = _____	(0 Ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio apenas para uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se vestir Pontos = _____	(0 Ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro usoban Pontos = _____	(0 Ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(1 Pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre.
Tranferência transferir Pontos = _____	(0 Ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	(1 Pontos) Necessita de ajuda para sentar-se, deitar-se ou levantar-se da cama ou cadeira.
Continência continen Pontos = _____	(0 Ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	(1 Pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação alimenta Pontos = _____	(0 Ponto) Leva a comida do prato a boca sem ajuda. A preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	(1 Pontos) Necessita de ajuda total ou parcial com a alimentação ou requer alimentação enteral.
TOTAL DE PONTOS KATZ: _____ Katz (1) Independente = 0, 1 ou 2 (2) Parcialmente dependente = 3 ou 4 (3) Dependente = 5 ou 6	Índex nas AVD 0 = Independente para todas as funções. 1 = Independente em cinco funções e dependente em uma função. 2 = Independente em quatro funções e dependente em duas funções. 3 = Independente em três funções e dependente em três funções. 4 = Independente em duas funções e dependente em quatro funções. 5 = Independente em uma função e dependente em cinco funções. 6 = Dependente para todas as funções.	

8. AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE 15 ITENS (ABREVIADA DE YESAVAGE)

Antes de iniciar as perguntas, explicar que elas se referem a como o idoso tem se sentido durante a última semana.

N.	Pergunta	Resposta	Escore	
			Não	Sim
1	Você está basicamente satisfeito(a) com a vida?		1	0
2	Você deixou muitos de seus interesses e atividades?		0	1
3	Você sente que sua vida está vazia?		0	1
4	Você se aborrece com frequência?		0	1
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		1	0
6	Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?		0	1
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?		1	0
8	Você sente que sua situação não tem saída?		0	1
9	Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		0	1
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		0	1
11	Você acha maravilhoso estar vivo?		1	0
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		0	1
13	Você se sente cheio de energia?		1	0
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?		0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?		0	1
TOTAL				

Pontuação:

0 a 5 = normal

6 a 10 = depressão leve

11 a 15 = depressão severa.

Depregdscat

(1) normal

(2) depressão leve

(3) depressão severa

Anexo A

PROJETO DE PESQUISA**Título:** PERFIL SOCIAL E EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO ASILAR**Área Temática:****Pesquisador:** Márcia Carréra Campos Leal**Versão:** 2**Instituição:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE**CAAE:** 02013112.6.0000.5208**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 51172**Data da Relatoria:** 21/06/2012**Apresentação do Projeto:**

O estudo se caracteriza como descritivo e de corte seccional quantitativo. Os participantes serão idosos institucionalizados no Município do Recife, de ambos os sexos, que estejam cadastrados nas ILPIs no período do estudo, tenham idade mínima igual ou acima de 60 anos (condição que define a pessoa idosa, de acordo com a Lei nº 8842/94, que trata sobre a Política Nacional do Idoso) e participem do estudo de forma voluntária mediante assinatura de TCLE. Serão excluídos do estudo idosos que apresentem enfermidades ou agravo à saúde que traga comprometimento cognitivo. A amostra será calculada com uso da técnica de amostragem estratificada proporcional, considerando-se um nível de confiança de 95% e erro máximo aceitável de 5%. Para determinação do tamanho amostral será utilizada a fórmula proposta por Bolfarine e Bussab (2005).

Os procedimentos a serem adotados prevêem a realização de entrevista para levantamento de informações relativas a dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, estado conjugal, arranjo familiar, situação previdenciária, renda, origem dos recursos financeiros), condição de saúde (morbidade referida no prontuário do idoso e função cognitiva), prática de atividade física regular e medidas antropométricas. São ainda previstas aplicações do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study, o APGAR familiar e o MAN (Mini-Avaliação Nutricional).

Os dados serão coletados por meio de entrevistas individuais face a face nas ILPIs e o registro das informações será efetuado utilizando-se de um roteiro de entrevista semi-estruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas, organizados em blocos por conjuntos temáticos.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa é identificar o perfil social e epidemiológico de pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPIs) segundo variáveis sociodemográficas, comprometimento cognitivo, condição de saúde, prática de atividade física, estado nutricional, sintomas de depressão, apoio social e funcionalidade familiar, bem como verificar existência de possível associação entre as variáveis investigadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A previsão de riscos é indicada restringindo-se estes apenas ao possível constrangimento com a situação de entrevista. Os benefícios são avaliados em termos de melhorias (gerais, entende-se) para a qualidade de vida do idoso, tendo em vista o aumento que venha a possibilitar nos conhecimentos na área da assistência ao idoso institucionalizado. Em termos mais diretos, afirma-se que durante a entrevista o entrevistado poderá fazer perguntas e esclarecer dúvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em termos gerais, o protocolo de pesquisa encontra-se devidamente instruído: os objetivos e procedimentos do estudo são delineados; o cronograma é especificado com pilotagem da entrevista prevista para julho de 2012 e início da coleta de dados em outubro de 2012; o orçamento é apresentado com indicação de que os custos previstos serão de responsabilidade da pesquisadora

responsável; do protocolo de pesquisa consta ainda link de acesso ao currículo da pesquisadora responsável na Plataforma Lattes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE dirigido às participantes do estudo, em linguagem adequada e com informações requeridas.
- Carta de anuência das instituições onde os participantes serão contatados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências, constantes no parecer anterior, foram devidamente atendidas:

- 1-Anexação de carta de anuência da instituição onde os participantes do estudo serão contatados.
- 2-Na carta acima referida, torna-se clara a participação da Profa. Ana Paula de Oliveita Marques na qualidade de co-orientadora das alunas envolvidas no estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão para início da coleta de dados. Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, por meio de ofício impresso, após a entrega do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa UFPE

RECIFE, 05 de Julho de 2012

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO

Anexo B



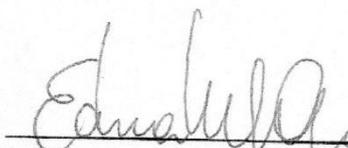
CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo as estudantes Isabelle Rayanne Alves Pimentel da Nóbrega, CPF:062.913.604-11, RG: 3003331 SEDES-PB; Elisa Moura Melo Mesquita Monteiro, CPF: 063.919.274-21, RG: 7233296 SDS-PE; Juliana Lourenço Silva, CPF: 055.240.204-47, RG: 7038002 SDS; Erika Carla Cavalcanti Gomes, CPF: 036.163.724-10, RG: 6345783 SDS-PE; Benvinda Pereira de Barros, CPF:011.769.924-14, RG:5766796; Daniele Ferreira Rodrigues, CPF:06417421422, RG:002263354 SSP-RN, sob a orientação da profª. Márcia Carréra Campos Leal - CPF:274396234-87; RG:1.227.360 – SDS/PE e Co-orientação da profª. Ana Paula de Oliveira Marques - CPF:650116434-68; RG:1.932.683 - SSP/PE , do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva e Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolverem nas unidades de abrigamento de idosos do IASC a pesquisa “Perfil Social e Epidemiológico de Pessoas no Contexto Asilar”.

A responsável pela pesquisa nos deu ciência do projeto e compromete-se a resguardar os itens abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, na coleta e divulgação dos dados;
- O cumprimento da Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;
- A garantia de fornecer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, bem como a apresentação do relatório final do estudo, de forma que o IASC possa refletir e implementar melhorias no serviço prestado;
- A garantia de liberdade de recusa a participar ou retirar a anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que a instituição e nenhum usuário será identificado e terá assegurada a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o IASC decorrente da realização ou divulgação da pesquisa.

Recife, 30 de maio de 2012.


Edna Mirtes dos Santos Granja
Diretora de Proteção Social
Especial de Alta Complexidade
Matr. 8025-0 - DPSEAC / IASC

Edna Mirtes dos Santos Granja – Matrícula nº. 8025-0

Diretora de Proteção Social Especial de Alta Complexidade – IASC