

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

VICTOR DOS REIS SANTIAGO

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

UBERABA/MG

2020

VICTOR DOS REIS SANTIAGO

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues.

UBERABA/MG

2020

VICTOR DOS REIS SANTIAGO

PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, 20 de Fevereiro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Leiner Resende Rodrigues – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Lúcia Aparecida Ferreira
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Marciana Fernandes Moll
Universidade de Uberaba

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Ana Marta dos Reis Santiago e Erci dos Reis Santiago, que sempre me apoiaram, incentivaram e nunca mediram esforços para assegurar que eu concretizasse meus ideais. Amo vocês incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus pela grandiosidade da vida, por sempre me proporcionar oportunidades de crescimento e por me cercar de pessoas que preenchem meu caminho com muita sabedoria. Agradeço aos meus pais e meu irmão Carlos Alberto pelo amor e dedicação infinitos e por serem meu porto seguro nas lutas diárias. Aos familiares agradeço pelo incentivo e por cada palavra de motivação.

Agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil) pelo auxílio financeiro e apoio à pesquisa. À minha orientadora, Prof.^a Dra. Leiner Resende Rodrigues, sou grata pelo apoio e confiança em mim depositados. Continuará sendo pra mim um exemplo e uma inspiração onde eu devo me espelhar. Ao Prof. Dr. Vanderlei José Hass, agradeço pela paciência diante das diversas dúvidas e percalços.

Pela companhia durante esses últimos anos, te agradeço Fábio, que compartilhou comigo, além dos bons momentos, cada dificuldade que surgiu no decorrer desse percurso.

Não poderia deixar de agradecer, ainda, à Dra. Paula Oliveira que foi uma grande parceira de pesquisa e dividiu comigo toda a experiência e sensibilidade nas ILPI de Uberaba. Também aos meus amigos e colegas da SRS Patos de Minas pela paciência, incentivo e parceria.

Sou grato a todos que, de alguma forma, perto ou distante, contribuíram com a realização deste trabalho. Obrigada por cada demonstração de apoio, carinho e amizade. Sem vocês certamente não teria valido tanto.

“Acreditar no melhor das pessoas me faz uma pessoa melhor.”

Autor Desconhecido

SANTIAGO, V. R. **Prevalência de depressão e fatores associados em idosos institucionalizados em um município do interior de Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde). Uberaba, MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2020.

RESUMO

Objetivo: verificar os fatores associados ao indicativo da depressão de idosos institucionalizados. **Método:** estudo transversal, quantitativo, com 208 idosos de instituições de longa permanência. Avaliou-se os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, autopercepção de saúde, capacidade funcional, avaliação cognitiva e indicativo de depressão. A análise incluiu distribuições de frequências absolutas e relativas, o teste T, correlação de *Pearson* e regressão linear múltipla ($p < 0,05$) por meio do SPSS. **Resultados:** Prevaleceu o sexo masculino; cor branca; estudaram de um a cinco anos; solteiros; usam cinco medicamentos ou menos; possuem até quatro doenças; dependência total ou parcial para atividades de vida diária e elevado percentual de declínio cognitivo e indicativo de depressão. O indicativo de depressão associou-se a escolaridade e a deambulação. **Conclusão:** Deve-se propor ações que visem melhorar a saúde e a convivência social e familiar dos idosos com vistas a minimizar o indicativo de depressão.

Descritores: Depressão. Idoso. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to verify the factors associated with indicative of depression in institutionalized elderly people. **Method:** cross-sectional, quantitative study with 208 elderly people from long-term care facilities. Sociodemographic, economic and clinical data, self-perceived health, functional capacity, cognitive assessment and

indicative of depression were evaluated. The analysis has included absolute and relative frequency distributions, the t test, Pearson correlation and multiple linear regression ($p < 0.05$) using SPSS. **Results:** Male gender has prevailed; White color; studied from one to five years; singles; use five medications or less; have up to four diseases; total or partial dependence on activities of daily living and a high percentage of cognitive decline and indicative of depression. The indicative of depression was associated with education and deambulation. **Conclusion:** Actions aimed at improving health, family and social life of the elderly people should be proposed in order to minimize the signs of depression.

Descriptors: Depression. Aged. Institutionalization. Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: verificar los factores asociados a indicadores de depresión en ancianos institucionalizados. **Método:** estudio transversal, cuantitativo, con 208 ancianos de centros de cuidados de larga duración. Se evaluaron datos sociodemográficos, económicos y clínicos, salud autopercebida, capacidad funcional, valoración cognitiva e indicadores de depresión. El análisis ha incluido distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, la prueba t, correlación de Pearson y regresión lineal múltiple ($p < 0,05$) utilizando SPSS. **Resultados:** ha prevalecido el género masculino; El color blanco; estudió de uno a cinco años; individual; use cinco medicamentos o menos; tiene hasta cuatro enfermedades; dependencia total o parcial de las actividades de la vida diaria y un alto porcentaje de deterioro cognitivo e indicativo de depresión. El indicador de depresión se asoció con la educación y la deambulación. **Conclusión:** Se deben proponer acciones encaminadas a mejorar la salud, la vida familiar y social de las personas mayores con el fin de minimizar los signos de depresión.

Descriptorios: Depresión. Anciano. Institucionalización. Enfermería Geriátrica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de vagas e idosos residentes em ILPI filantrópicas vinculadas a SEDS no Município de Uberaba	20
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos idosos segundo as variáveis sócio-demográficas: Sexo, Faixa Etária, Cor da Pele, Estado Conjugal e Escolaridade, Uberaba, MG. 2019.....	27
Tabela 2 – Caracterização dos idosos segundo às variáveis clínicas: Número de Doenças, Número de Medicamentos em Uso, Ocorrência de Quedas no Último Ano, Autopercepção da Saúde, Declínio Cognitivo, Índice de Massa Corporal e Deambulação, Uberaba, MG. 2019.....	29
Tabela 3 – Caracterização dos idosos segundo às variáveis institucionais: Procedência, Recebimento de Visitas, Motivos para a Institucionalização e Tempo de institucionalização, Uberaba, 2018.....	31
Tabela 4 – Índice de Katz por atividade, Uberaba, 2018.....	32
Tabela 5 – Escala de Lawton por atividade, Uberaba, 2018.....	33
Tabela 6 – Relação do desfecho Depressão com as demais variáveis, Uberaba, 2018.....	34
Tabela 7 – Associação entre os fatores Sociodemográficos, Clínicos e Institucionais sobre a Depressão, Uberaba, 2018.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	MATERIAL E MÉTODOS	19
4.1	TIPO DE ESTUDO	19
4.2	LOCAL DO ESTUDO	19
4.3	POPULAÇÃO	20
4.3.1	Critérios de inclusão	21
4.3.2	Critérios de exclusão	21
4.4	AMOSTRA	21
4.5	COLETA DE DADOS	21
4.5.1	Instrumentos	22
4.5.1.1	Características socioeconômicas e demográficas:	22
4.5.1.2	Rastreo cognitivo:	22
4.5.1.3	Características de saúde:	22
4.5.1.4	Capacidade funcional:	23
4.5.1.5	Indicativo de depressão:	23
4.5.2	Variáveis do estudo	24
4.5.2.1	Sociodemográficas e econômicas:	24
4.5.2.2	Variáveis de saúde:	24
4.6	PROCESSAMENTO DOS DADOS	25
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	25
4.8	ASPECTOS ÉTICO	26
5	RESULTADOS	26
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E CONTEXTO INSTITUCIONAL	26
5.1.1	Caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas	26
5.1.2	Caracterização da população de estudo segundo variáveis clínicas	28
5.1.3	Caracterização da população de estudo segundo às variáveis de contexto institucional	30
5.2	DESCRIÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL	32
5.3	DESCRIÇÃO DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO	34
5.4	APRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E OUTROS PREDITORES	34
5.5	RELAÇÃO ENTRE OS PREDITORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE, CONTEXTO INSTITUCIONAL SOBRE O INDICATIVO OU NÃO DE DEPRESSÃO	36
6	DISCUSSÃO	37
6.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E CONTEXTO INSTITUCIONAL	37
6.2	SCORES DE CAPACIDADE FUNCIONAL	39

6.3	INDICATIVO DE DEPRESSÃO	40
6.4	DEPRESSÃO E SUAS CORRELAÇÕES	40
7	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	APÊNDICES E ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

Convencionou-se relacionar o processo de envelhecimento com uma diminuição gradual na qualidade de vida e o surgimento de estados depressivos, entretanto estes fatores não estão necessariamente relacionados. Os transtornos depressivos vêm se difundindo na população em geral, e entre os idosos de modo alarmante. Em seu estudo, Figueiredo (2007) estima que aproximadamente 15% da população com mais de 60 anos seja acometida por esta doença, chegando a atingir índices entre 20% a 60% em populações de idosos institucionalizados.

Além dos fatores advindos do envelhecimento que podem levar à depressão nos idosos, a institucionalização também pode ser considerada um fator estressante e desencadeador dessa patologia. Os idosos residentes em asilos apresentam risco aumentado de desenvolver depressão, principalmente nos primeiros meses após a internação (ROACH, 2003).

1.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma ágil e acelerada, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2015), nos próximos cinquenta anos, pouco mais de 80% dos idosos no mundo estarão vivendo em países em desenvolvimento, impactando em grandes desafios para essas sociedades que precisam ser capazes de promover o envelhecimento saudável e ativo.

De acordo com os dados do IBGE, 2012, a expectativa de vida ao nascer no Brasil chegou a 74,6 anos e a projeção para 2020 é de 76,7 e para 2060, 81,2 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Esses dados apontam para uma preocupação com este grupo populacional, despertando cada vez mais interesses nos estudos sobre envelhecimento e sua composição social.

Envelhecer pode ser entendido como um processo intrínseco, resultando em mudanças físicas e psicossociais que acometem, particularmente, cada indivíduo que acumula e passa pelas etapas anteriores da vida (MENDES et al, 2013). Para Marin et al (2012), muitas situações que conduzem o indivíduo a viver melhor ou pior as diferentes fases da vida. Inegavelmente, os idosos, mais propensos às perdas e

serem dependentes no decorrer da vida, debilitam-se constantemente, mesmo que tenham vitalidade, tornando o envelhecimento delicado e doloroso para muitos.

O envelhecimento ocasiona uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos. Essas patologias aumentam a incapacidade e resultam em inúmeras perdas, levando a uma maior vulnerabilidade a fatores internos e externos, predispondo ao maior risco de morbimortalidade (DE CARVALHO, 2012; ELIOPOULOS, 2013).

Aliada a essas tendências demográficas do envelhecimento, a sociedade brasileira também vivencia um novo padrão nosológico. Como os indivíduos têm vivido cada vez mais, surgem as doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT). Sabe-se que grande parte dessa longevidade teve contribuição das ciências de saúde e seus avanços tecnológicos, possibilitada pela cobertura dos serviços de saúde (PEREIRA, 2013). Anualmente, 650 mil indivíduos chegam à velhice, a maior parte com DCNT ou com limitações funcionais. Em menos de cinco décadas, o Brasil passou de um panorama de mortalidade característico de uma população jovem para um cenário de doenças complexas, que perduram durante anos e até então mais observados em países longevos (GIACOMELLI, 2016).

Todavia, como essa transição ainda é um processo e tem sido acompanhado por poucas mudanças estruturais e sociais, continua a se perceber um quadro epidemiológico misto, caracterizando a terceira fase da transição epidemiológica (PEREIRA, 2013). Assim, verifica-se no Brasil a coexistência de padrões sanitários característicos de sociedades pouco desenvolvidas, com presença de condições infecto-parasitárias e agravos externos, e perfis de saúde já alcançados por sociedades desenvolvidas, com predomínio de afecções relacionadas ao envelhecimento (PEREIRA, 2013).

Portanto, como resultado do aumento da expectativa de vida da população e, conseqüentemente, do número de idosos, ampliam-se as DCNT e suas complicações (VERAS et al., 2007). Atualmente, o envelhecimento tem sido associado às DCNT (VERAS, 2009).

Utiliza-se o termo DCNT para as afecções que apresentam evolução longa, como resultado de um processo multifatorial, gradativo e cumulativo. Em geral, essas condições cursam com sintomatologia permanente, intervalando fases assintomáticas e agudas (PEREIRA, 2013). Por mais que o maior número das DCNT

não possam ser consideradas como consequências inevitáveis do envelhecimento (VERAS, 2009), na velhice, esse processo pode se revelar de forma expressiva e com frequência pode haver a associação de DCNT, caracterizando as comorbidades (BRASIL, 2007). Dentre essas morbidades, evidencia-se a depressão (FRANK; RODRIGUES, 2014).

Com decorrências graves e incapacitantes, a depressão interfere nos aspectos mais simples do cotidiano, na qual a institucionalização se apresenta como um fator de predisposição para essa morbidade, associando a outros problemas de saúde ou mesmo acidentes. Além disso, o reconhecimento tardio do quadro patológico condiciona custos com a saúde (FRADE et al., 2015).

A depressão caracteriza-se 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, tendo como principais sintomas o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA et al., 2011).

Na população idosa, essa é uma doença comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primários (MEDEIROS, 2010). Epidemiologicamente, estima-se que aproximadamente 15% dos idosos apresentam sintomas de depressão, sendo essa prevalência maior nas populações institucionalizadas (SANTANA; BARBOZA FILHO, 2007; PÓVOA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009).

Nessa fase da vida, a sintomatologia depressiva é permeada por 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; BASTOS, 2009).

As mudanças histórico e culturais estruturais que ocorrem na sociedade nos últimos anos, repercutem na assistência à saúde do idoso. As famílias começam a ter dificuldades em cuidar dos idosos no próprio lar, devido a nova situação e a complexidade e especificidade do cuidado. Surgem novos arranjos familiares, resultantes do aumento de número das separações e novos casamentos e demonstra a vulnerabilidade dos vínculos sociais. A mulher culturalmente conhecida como cuidadora, agora se encontra inserida no mercado de trabalho dividida entre as duas funções e seu papel no lar. Diminui-se o tamanho das famílias e as pessoas passam a contar com menos tempo para cuidar dos idosos (POLLO; ASSIS, 2012).

Diante da nova realidade que abrange os aspectos como moradia e cuidado nasce o serviço da ILPI (CAMARANO; KANSO, 2014). De modo que o trabalho desenvolvido pelas ILPIs, surge como uma alternativa não familiar de suprir as necessidades de moradia e cuidado dessa população (CAMARANO; KANSO, 2014).

A institucionalização não é um hábito cultural de nossa sociedade, existe a expectativa de que os filhos cuidem de seus pais durante a velhice, provendo-os de conforto material, afetivo e social (SILVA et al., 2013). Esse fato é corroborado pela legislação vigente que determina o atendimento ao idoso, preferencialmente, sendo oferecido pela família (BRASIL, 1989).

No entanto, há situações em que não é possível atender tal legislação. No Brasil, os fatores que levam a institucionalização variam de acordo com a classe social e a região geográfica, mas sobressaem as questões socioeconômicas para uma grande parte da população institucionalizada (BORN; BOECHAT, 2013).

Em muitos casos, os serviços oferecidos pelas ILPIs tornam-se a única opção para os idosos em situações de dificuldade de cuidado por parte de sua família. Há também aqueles idosos que não possuem vínculos familiares ou se encontram em condições sociais precárias (BRASIL, 1994; PERLINI; LEITE; 2014).

As doenças crônico-degenerativas, que além de contribuírem para a perda gradativa da capacidade funcional do idoso, resultam em desgaste físico e emocional tanto do indivíduo quanto da própria família ampliam a chance de institucionalização (POLLO; ASSIS, 2012).

É perceptível a forte influência do cristianismo na história desses locais (POLLO; ASSIS, 2008; ARAUJO; SOUZA; FARO, 2013). A exemplo tem-se o hospital para idosos fundado na própria casa do Papa Pelágio II (520-590) (RESENDE, 2002); as “almshouse”, século X, construídas na Inglaterra, próximas aos mosteiros, destinadas a caridade e hospitalidade em geral. Os recursos financeiros para essas instituições provinham tanto dos mosteiros, quanto de benfeitores, que acabavam por definir as pessoas que poderiam ser assistidas nesses locais (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Com o avançar dos anos, século XIV e XV, as mudanças políticas e econômicas observadas na Europa fizeram com que as instituições de caridade se multiplicassem com o intuito de atender os pobres, desprovidos de espaço na sociedade burguesa, (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010). Na Inglaterra, século XVI, com a instituição das “PourLaws”, o governo, responsável pelo cuidado a

pobres, mendigos, loucos, idosos entre outros, incentiva o crescimento das almshouse, local destinado ao abrigo dos necessitados. Concomitante, na França, surgiram os “Bureaux des Pauvres, as Aumônes, Charitése Hôtel-Dieu” instituições destinadas a hospitalidade e cuidado, tanto de idosos, mendigos, loucos e doentes (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010, p. 149). Por não existir locais específicos para o cuidado a idosos, esses eram abrigados juntamente a outros pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados (POLLO; ASSIS, 2008).

No século de XVII e XVIII, mediante a influência da reforma protestante e o Iluminismo, as almshouse continuaram a proliferar, independente da Igreja católica. No período, considerado, o século das Luzes, a partir da inclusão do método da razão, nas discussões sociais, as instituições destinadas a caridade, passam a dividir os seus beneficiários: crianças em orfanatos; loucos em hospícios e idosos em asilos (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Já no século XIX, observa-se o surgimento de amplos asilos, responsáveis por abrigar numerosos idosos. Salpêtrière, foi a instituição referência desse período, responsável por abrigar cerca de 8 mil pessoas, dentre estas 2 a 3 mil idosos (POLLO; ASSIS, 2008). Nestes locais, o cuidado dos mais necessitados, estava a cargo daqueles que apresentavam melhores condições de saúde (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Nas Américas, os colonizadores ingleses disseminaram a cultura das “almshouses, poorhouses, poorfarms, enfermarias do condado, asilos (asylums), casas do condado”, sendo locais destinados a cuidar das pessoas necessitadas, conforme sua origem no velho mundo (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010). Com relação ao Brasil, o primeiro relato refere-se à criação da Casa dos Inválidos, no Rio de Janeiro, em 1797 pelo Conde de Resende, quinto vice-Rei do Brasil, com o intuito de abrigar soldados velhos e proporcionar uma velhice digna, a quem contribui com a pátria (POLLO; ASSIS, 2008). Entretanto, no início do século XIX, a casa teve fim, sendo os pacientes transferidos para a Santa Casa na mesma cidade (CHRISTOPHE; CAMARANO, 2010).

Contudo, especificamente relacionado ao idoso, apenas em 1890 há referência a criação do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, no Rio de Janeiro, instituição destinada ao cuidado de indivíduos pobres, em resposta a demandas filantrópicas e assistenciais do período (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2013). Embora, funcionasse como um mundo à parte do restante da cidade, a instituição

preconizava que os idosos necessitavam de um cuidado diferenciado, sendo objeto de preocupação social.

Considerando a pouca especificidade histórica do termo asilo no cuidado aos idosos, com o passar do tempo foram incorporadas novos termos para definir o local de assistência aos idosos como: abrigo, lar, casa de assistência, asilato e clínica geriátrica (POLLO; ASSIS, 2008). Entretanto, atualmente, é frequente a utilização do termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). As ILPIs referem-se a: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005, p. 2).

Vale acrescentar que, em determinados episódios, a opção em residir em uma ILPI parte do idoso, na busca por um lugar que atenda às suas necessidades (MEDEIROS, 2016).

De um modo geral, no Brasil, os fatores considerados de risco para a admissão em uma ILPI são: a síndrome de imobilidade e os diversos problemas de saúde como a depressão, a demência e as incontinências, filhos ou viúvo recente, não ter apoio social, além da solidão e da pobreza (POLLO; ASSIS, 2012).

Residir em ILPI é um evento complexo para quem vivencia o envelhecimento, em decorrência de uma série de mudanças em relação à vida habitual. Durante esse processo o idoso pode sentir-se perdido quanto à sua capacidade de governabilidade em relação ao tempo, ao espaço e as preferências ao se submeter às regras da instituição (BESSA; SILVA, 2012); HEREDIA et al., 2012). Nesse contexto, objetivando agilizar o processo de cuidar, reduz-se o incentivo a autonomia e independência, o que pode levar a uma piora do quadro funcional e limitação (ALENCAR et al., 2012).

Por outro lado, as pessoas institucionalizadas tendem ao sedentarismo, demonstram maior carência afetiva, apresentam incapacidades físicas e mentais em maior proporção em relação aos outros idosos (PEREIRA et al., 2013). Verifica-se ainda que, os idosos encaminhados para institucionalização podem apresentar sinais sugestivos de depressão; alteração do nível de consciência; alienação, despersonalização e senso de isolamento e de separação da sociedade (ARAÚJO; CEOLIM, 2014).

Por fim, muitos estudos têm sido feitos observando os estados depressivos nos idosos. No entanto, a maioria dos artigos enfoca os fatores biológicos da doença, com pouco destaque para os aspectos psicossociais associados ao transtorno (HARTMANN JUNIOR; SILVA; BASTOS, 2009).

Nessa concepção, é necessário ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre esse transtorno. Deve-se considerar os sinais e sintomas relativos à depressão no cuidado à população idosa, pois essa condição pode contribuir para o surgimento e agravamento de doenças crônicas, gerar empecilho na adesão ao tratamento de doenças já existentes, na qual impacta negativamente a qualidade de vida dos idosos (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

O aumento da população idosa é uma realidade mundial. Nesse sentido é importante destacar que longevidade não é necessariamente sinônimo de qualidade de vida. O que se tem observado é que o aumento da idade está relacionado à maior incidência de doenças crônicas, o que implica na diminuição em termos de funcionalidade e aumento da dependência do idoso.

Frente a essa problemática e à relevância do tema exposto, justifica-se a necessidade de buscar evidências que apontem quais os fatores associados à depressão em pessoas idosas que vivem no ambiente institucional, no intuito de condensar e disseminar o conhecimento produzido a respeito e auxiliar na melhoria da atenção ofertada a esses indivíduos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas sobre o indicativo da depressão em idosos institucionalizados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os idosos considerando variáveis sociodemográficas e clínicas;
2. Determinar a capacidade funcional desses idosos;
3. Determinar a prevalência de depressão;
4. Analisar a influência de variáveis sociodemográficas clínicas e capacidade funcional sobre a depressão.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal com abordagem quantitativa de dados conduzido com idosos residentes nas instituições de longa permanência cadastradas na prefeitura do município de Uberaba, MG.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em ILPIs localizadas no município de Uberaba, região do Triângulo Mineiro, Estado de Minas Gerais. A cidade possui nove ILPIs registradas na Secretaria de Desenvolvimento e Educação (SEDS) do município, responsáveis por abrigar 349 idosos, conforme dados disponibilizados em janeiro de 2011. As ILPIs, em sua maioria, são entidades civis de caráter filantrópico, sem fins lucrativos com personalidade jurídica própria. As Instituições de Longa Permanência cadastradas junto à Prefeitura Municipal de Uberaba (PMU): Associação de Acolhimento ao Idoso Anjos do Bem; Lar Acolhida São Vicente de Paulo; Casa dos idosos Cantinho da Paz; Associação Lar dos Idosos D. Inês Maria de Jesus; Associação Beneficente Sete de Setembro Asilo Santo Antônio; Casa Espirita Bittencourt Sampaio “Pedro e Paulo”; Lar André Luiz; Lar de Acolhimento ao Idoso Lição de Vida; Lar da Esperança. As ILPIs são entidades civis de caráter filantrópico. A finalidade das ILPIs é atender ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de

prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Foram incluídos no trabalho idosos institucionalizados com idade igual ou superior a 60 anos. Após a explicação sobre a pesquisa foi marcada a melhor hora para entrevista.

4.3 POPULAÇÃO

A população foi constituída por todos os 349 idosos, com idade igual ou maior a 60 anos, internos nas Instituições de Longa Permanência cadastradas junto à Prefeitura Municipal de Uberaba. Na tabela a seguir encontra-se descrito o nome da instituição, o número de idosos residentes e número total de vagas oferecidas. As informações sobre o número de idosos e vagas disponíveis foram fornecidas pelas próprias instituições.

Quadro 1 - Número de vagas e idosos residentes em ILPI filantrópicas vinculadas a SEDS no Município de Uberaba:

	Nome	Número de Idosos	Número de Vagas
1	Associação de Acolhimento ao Idoso Anjos do Bem	27	28
2	Lar Acolhida São Vicente de Paulo	58	64
3	Casa dos idosos Cantinho da Paz	21	25
4	Associação Lar dos Idosos D. Inês Maria de Jesus	59	60
5	Associação Beneficente Sete de Setembro Asilo Santo Antônio	55	62
6	Casa Espirita Bittencourt Sampaio “Pedro e Paulo”	18	25
7	Lar André Luiz	26	30
8	Lar de Acolhimento ao Idoso Lição de Vida	59	60
9	Lar da Esperança	26	30
	Total	349	384

4.3.1 Critérios de inclusão

Participaram do estudo os idosos, tanto do sexo masculino quanto feminino, com idade igual ou superior à 60 anos que assentiram a participação.

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os participantes que não se encontravam em condições clínicas adequadas para participar da pesquisa.

4.4 AMOSTRA

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2 = 0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 6 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o Aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 13, introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 206$. Considerando uma perda de amostra de 20% (recusas em participar ou óbitos), o número final de tentativas de entrevistas foi de $n = 258$. A variável dependente principal foi o indicativo de depressão.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador por meio da aplicação de instrumentos já validados e reunidos em um único instrumento (APÊNDICE B).

Foram utilizados neste trabalho, os seguintes instrumentos para a coleta dos dados: Mini Exame do Estado Mental, dados sócio demográficos e econômicos, Escala de depressão geriátrica abreviada, índice de Katz e Lawton.

4.5.1 Instrumentos

4.5.1.1 Características socioeconômicas e demográficas:

Para a caracterização socioeconômica e demográfica empregou-se parte do instrumento estruturado *Older Americans Resources and Services* (OARS), elaborado pela Duke University (1978), o qual foi adaptado à realidade brasileira sob a nomenclatura Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ) (RAMOS et al., 1993) (APÊNDICE B). Obtiveram-se, assim, dados relativos ao sexo, faixa etária, escolaridade, estado conjugal, atividade profissional, renda e moradia.

4.5.1.2 Rastreio cognitivo:

A avaliação cognitiva foi verificada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil (BERTOLUCCI et al., 1994) (APÊNDICE B). As questões do instrumento são agrupadas em sete categorias, a saber: orientação para tempo (5 pontos) e local (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto), totalizando 30 pontos (ALMEIDA, 1998). O ponto de corte para declínio cognitivo leva em conta a escolaridade, correspondendo a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para aqueles com 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para os com escolaridade superior a 11 anos. A maior pontuação está diretamente relacionada com a melhor função cognitiva (BERTOLUCCI et al., 1994).

4.5.1.3 Características de saúde:

A percepção de saúde também foi avaliada com base em uma questão pertencente ao BOMFAQ, bem como a presença de 26 morbidades autorreferidas: reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma ou bronquite, tuberculose, embolia, pressão alta, má circulação (varizes), problemas cardíacos, diabetes, obesidade, derrame, Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, seqüela acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problemas de visão e outros (RAMOS et al., 1993) (APÊNDICE B).

4.5.1.4 Capacidade funcional:

Utilizou-se a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Índice de Katz), elaborada por Katz e colaboradores (1963) e adaptada no Brasil (LINO et al.,

2008) para aferir a capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária (ABVD). Os seis itens da escala avaliam o desempenho nas tarefas de autocuidado: tomar banho vestir-se, usar o vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. Há três possibilidades de resposta para cada questão, as quais variam de acordo com o grau de dependência/independência. Usualmente, adota-se a classificação de 0 a 6 pontos, proposta por Katz e Akpom (1976), na qual 0 expressa independência em todas as seis funções, 1 equivale à independência em cinco funções e dependência em uma função; 2 refere-se à independência em quatro funções e dependência em duas; 3 indica independência em três funções e dependência em três; 4 evidencia independência em duas funções e dependência em quatro; 5 aponta independência em uma função e dependência em cinco; e 6 assinala para dependência em todas as seis funções (APÊNDICE B).

As atividades instrumentais da vida diária (AIVD), por seu turno, foram avaliadas por meio da Escala de Lawton e Brody (1969), a qual também se encontra adaptada à realidade brasileira (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). O escore da escala varia de 7 a 21 pontos, em que quanto maior o escore, tão maior a independência do sujeito nas atividades: uso do telefone, realização de viagens e compras, preparo de refeições, realização do trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. Outra classificação adotada indica dependência total quando a pontuação final é igual a 7; dependência parcial, de 8 a 20 pontos; e independência, quando somam-se 21 pontos na avaliação (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (APÊNDICE B).

4.5.1.5 Indicativo de depressão:

Há vários instrumentos de rastreio disponibilizados que permitem auxiliar na identificação de pacientes com sintomatologia depressiva, sendo um deles a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*). Este instrumento foi validado no Brasil com versões reduzidas que contemplam 1, 4, 10, 15 e 20 questões (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a) e esta que será utilizada no presente estudo. A versão brasileira da GDS-15 (APÊNDICE B), é específica para idosos. Trata-se de uma escala dicotômica, em que os participantes foram instruídos a apontar a presença ou a ausência de sintomas referentes a mudanças no humor e a sentimentos específicos como desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e

felicidade. O ponto de corte >5 indica positividade para o indicativo de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b).

4.5.2 Variáveis do estudo

4.5.2.1 Sociodemográficas e econômicas:

- Sexo – Feminino, masculino.
- Faixa etária - 60 a 79 anos, 80 anos ou mais.
- Escolaridade – sem escolaridade, 1 a 4 anos de estudo, 5 anos de estudo ou mais; posteriormente categorizada em: sem escolaridade e com escolaridade.
- Estado conjugal – sem companheiro, com companheiro.
- Atividade profissional – sim, não.
- Renda - sem renda, até um salário mínimo, 2 ou mais salários mínimos; posteriormente categorizada em: sem renda e com renda.
- Moradia – só, acompanhado.

4.5.2.2 Variáveis de saúde:

- Percepção de saúde – péssima, má, regular (categorizada em negativa), boa, ótima (categorizada em positiva).
- Morbidades autorreferidas – sim, não, ignorado. Reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, asma ou bronquite, tuberculose, embolia, pressão alta, má circulação (varizes), problemas cardíacos, diabetes, obesidade, derrame, doença de Parkinson, incontinência urinária, incontinência fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequela de acidente/trauma, tumores malignos, tumores benignos, problemas de visão e outros.
- Número de morbidades – Nenhuma, 1 a 4, 5 ou mais; posteriormente dicotomizada em: até 1, 2 ou mais.
- Hospitalização nos últimos 12 meses – sim, não.
- Quedas nos últimos 12 meses – sim, não.
- Mortalidade – sim (data e causa), não.
- Capacidade funcional para ABVDs – independente (ausência de incapacidades) e dependente (incapacidade para 1 a 6 ABVDs), considerando

as seguintes atividades de autocuidado: tomar banho, vestir-se, utilização do banheiro, transferência, controle de esfínteres e alimentação.

- Capacidade funcional para AIVDs – independente (21 pontos), dependência parcial (8 a 20 pontos) e dependência total (7 pontos), nas seguintes atividades: usar o telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalhos domésticos, uso de medicamentos e manusear dinheiro.
- Indicativo de depressão: sim ou não

4.6 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foi construído um banco de dados eletrônico, no programa Excell®. Os dados coletados foram processados em microcomputador, por duas pessoas, em dupla entrada, e verificada a existência de registros duplicados, assim como de nomes diferentes entre as duas bases de dados. Testado a consistência dos bancos de dados e, em situações em que houve dados inconsistentes, estes foram conferidos, na entrevista original e realizada a correção. O banco de dados foi importado para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0, para proceder à análise.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Para a consecução do primeiro objetivo, foi feita a análise de variáveis qualitativas que incluiu distribuições de frequências absolutas e relativas, ao passo que, as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de centralidade (média e mediana) e dispersão (amplitudes e desvio padrão).

Para atender o objetivo dois e três a análise determinou Capacidade Funcional dos sujeitos bem como a prevalência de Depressão na população.

Finalmente para atender o quarto objetivo a análise bivariada incluiu o teste T para preditores dicotômicos e correlações de Pearson para preditores quantitativos. A contribuição simultânea e independente de preditores sociodemográficos e clínicos sobre o indicativo da depressão incluiu a análise de regressão linear múltipla.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e foi aprovado segundo parecer nº 2.637.601 (ANEXO C). Foi também pedida liberação do responsável pela instituição para o desenvolvimento do trabalho.

Registra-se que essa pesquisa respeitou as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), que trata da pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Após aprovado, iniciou-se a coleta dos dados, e todos os voluntários foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, bem como quanto à garantia da confidencialidade das informações obtidas e à liberdade de escolha de participação. Uma vez esclarecido e consentido foi tomado assinatura do Termo de Consentimento Livre (APENDICE A) e entregue uma cópia ao participante. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, será iniciada a entrevista.

Ressalta-se que os dados serão mantidos arquivados por cinco anos e posteriormente serão incinerados, sob responsabilidade do pesquisador.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E CONTEXTO INSTITUCIONAL

5.1.1 Caracterização da população de estudo segundo variáveis sociodemográficas

A população de estudo foi composta por 208 indivíduos que residem nas 9 ILPI do município de Uberaba, sendo 105 (50,5%) do sexo masculino e 103 (49,5%) do sexo feminino. A faixa etária variou entre 60 e 102 anos, com média de 76,9 anos, mediana de 77 anos e desvio padrão de 9,1 anos, sendo que da faixa etária de 60 à 69 anos totalizaram 50 (24%) indivíduos; de 70 à 79 anos foram 75 (36,1%) idosos e 83 (39,9%) pessoas com 80 anos ou mais.

Com relação a cor da pele, 141 (67,8%) dos entrevistados autodeclararam-se de cor branca; 33, (15,9%) autodeclararam-se da cor preta e 32 (15,4%) indivíduos se

denominam pardos. Quanto ao estado conjugal, 68 (32,7%) nunca se casaram ou moraram com companheiros; 19 (9,1%) moravam com companheiros; 62 (29,8%) eram viúvos e 57 (27,4%) eram separados ou divorciados. (75% dos participantes possuem pelo menos um filho. Observou-se que 53 (25,5%) indivíduos não possuem escolaridade nenhuma; 118 (56,7%) deles estudaram de um a cinco anos e 24 (11,5%) têm mais de seis anos de escolaridade.

Tabela 1 – Caracterização dos idosos segundo as variáveis sóciodemográficas: Sexo, Faixa Etária, Cor da Pele, Estado Conjugal e Escolaridade.

Variável	Categoria	n	%
Sexo			
	Feminino	103	49,5
	Masculino	105	50,5
Faixa Etária			
	60 à 69 anos	50	24
	70 à 79 anos	75	36,1
	80 anos ou mais	83	39,9
Cor da Pele			
	Branca	141	67,8
	Preta	33	15,9
	Parda	32	15,4
	Amarela	2	1
	Indígena	0	0
Estado Conjugal			
	Nunca se Casou ou Morou com Companheiro	68	32,7
	Mora com Companheiro	19	9,1
	Viúvo	62	29,8
	Separado ou Divorciado	57	27,4
	Ignorado	2	1

Escolaridade			
	Sem Escolaridade	53	25,5
	1 a 5 Anos de Estudo	118	56,7
	6 Anos de Estudo ou Mais	24	11,5

5.1.2 Caracterização da população de estudo segundo variáveis clínicas

Quanto ao diagnóstico constante nos prontuários institucionais 187 (89,9%) indivíduos possuem até quatro doenças e 18 (8,7%) possuem cinco ou mais. Podemos citar como mais frequentes: Hipertensão Arterial Sistêmica, Sequelas de Acidentes Vasculares, Alzheimer, Dislipidemias e Depressão. Somente quatro idosos (2%) não possuem nenhuma doença diagnosticada. Quanto ao número de medicamentos em uso 105 idosos (50,5%) usam cinco medicamentos ou menos e 103 (49,5%) utilizam mais de cinco medicamentos caracterizando a Polifarmácia Maior.

65 (31,3%) dos indivíduos tiveram episódio de quedas no ano anterior a pesquisa. 91 idosos (43,8%) apresentaram Declínio Cognitivo. Quanto a autopercepção do estado de saúde 6 (2,9%) idosos relatam estar Muito Ruim; 22 (10,6%) deles consideram estarem em um estado Ruim; 52 (25%) dos indivíduos informam estar em uma situação Regular de saúde; 82 pessoas (39,4%) disseram estar em uma Boa situação de saúde e 22 deles (10,6%) referem estar em uma condição de saúde Muito Boa.

Observando alguns dados antropométricos apresentamos que 52 (25%) tem IMC indicativo de Baixo Peso; 54 idosos (26%) são Eutróficos e 46 (22,1%) apresentam IMC indicativo de Sobrepeso. Quanto a Deambulação 98 pessoas (47,1%) a realizam sem apoio; 17 (8,2%) utilizam andador; 3 deles (1,4%) usam muletas para a locomoção, 8 idosos (3,8%) se locomovem com o auxílio do cuidador; 14 (6,7%) usam bengala para apoio a deambulação e 67 (32,2%) não deambulam. 40 (19,2%) idosos tiveram ao menos um episódio de internação hospitalar nos últimos seis meses.

Tabela 2 - Caracterização dos idosos segundo às variáveis clínicas: Número de Doenças, Número de Medicamentos em Uso, Ocorrência de Quedas no Último

Ano, Autopercepção da Saúde, Declínio Cognitivo, Índice de Massa Corporal e Deambulação.

Variável	Categoria	n	%
Numero de Doenças			
	0 a 4 Doenças	187	89,9
	5 Doenças ou Mais	18	8,7
Número de Medicamentos em Uso			
	5 Medicamentos ou Menos	105	50,5
	6 Medicamentos ou Mais	103	49,5
Quedas no Último Ano			
	Sim	65	31,3
	Não	143	68,8
Autopercepção do Estado de Saúde			
	Muito Ruim	6	2,9
	Ruim	22	10,6
	Regular	52	25
	Boa	82	39,4
	Muito Boa	22	10,6
	Não sabe Responder	24	11,5
Declínio Cognitivo			
	Sim	91	43,8
	Não	97	46,6
IMC			
	Baixo Peso	52	25
	Eutrófico	54	26
	Sobrepeso	46	22,1
	Não Calculado	56	26,9
Deambulação			

Sem Apoio	98	47,1
Com Andador	17	8,2
Uso de Muletas	3	1,4
Apoio do Cuidador	8	3,8
Uso de Bengala	14	6,7
Não Deambula	67	32,2

5.1.3 Caracterização da população de estudo segundo às variáveis de contexto institucional

A Tabela 4 apresenta a distribuição das variáveis de caracterização da população de estudo segundo às variáveis do contexto institucional. Constatou-se que 172 (82,7%) entrevistados tinham procedência as próprias residências; 11 (5,3%) idosos vinham de outras ILPI; 5 (2,4%) eram encaminhados de hospitais e 1 (0,5%) vinha encaminhado da Assistência Social. Em relação ao motivo da institucionalização 72 (34,6%) antes da entrada na ILPI moravam sozinhos; 19 (9,1%) dos idosos estão institucionalizados por escolha familiar; 12 (5,8%) deles foram por situações de conflitos; 100 (48,8%) estão da ILPI por processos de adoecimento; 1 (0,5%) morava antes da rua; 12 (5,8%) se mudaram para a ILPI por vontade própria; 53 (25,5%) das pessoas não possuíam cuidadores e 43 (20,7%) por dificuldades do cuidador. O tempo de institucionalização variou entre 0 e 54,4 anos, com média de 4,34 anos, mediana de 2,58 anos e um desvio padrão de 6,06 anos. Nos chama a atenção uma acolhida de tão longa duração e excluindo esse caso a variação passa a ser de 0 a 29,7 anos.

No tocante as visitas, 156 (75%) participantes referiram receber visitas. Verifica-se que os participantes do sexo masculino recebem mais visitas quando comparado com o sexo feminino. Entre os visitantes, observa-se que as mais prevalentes são os filhos (33,7%), irmãos (21,2%) e sobrinhos (23,1%). Quanto a frequência mensal das visitas, 50 (24%) recebem visitas mensais, 38 (18,3%) visitas semanais e 52 idosos (25%) relataram que raramente recebem visitas.

Tabela 3 - Caracterização dos idosos segundo às variáveis institucionais: Procedência, Recebimento de Visitas, Motivos para a Institucionalização e Tempo de institucionalização.

Variável	Categoria	n	%
Procedência			
	Residência	172	82,7
	ILPI	11	5,3
	Hospital	5	2,4
	Assistência Social	1	0,5
	Outro Local	15	7,2
	Ignorado	4	1,9
Recebe Visitas			
	Sim	156	75
	Não	52	25
Motivos para Institucionalização			
	Morava Só	72	34,6
	Escolha da Família	19	9,1
	Conflito	12	5,8
	Adoecimento	100	48,8
	Morava na Rua	1	0,5
	Ausências de Cuidador	53	25,5
	Dificuldades do Cuidador	43	20,7
	Vontade Própria	12	5,8
	Outros Motivos	6	2,9
Tempo de Institucionalização			
	Um Ano ou Menos	50	24
	Mais de Um Ano	150	72,1

5.2 DESCRIÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

A partir das avaliações funcionais, verificou-se o predomínio de indivíduos totalmente dependentes segundo a Escala da Lawton: 154 (74%), 54 (26%) pessoas apresentam Dependência Parcial e não foram observados indivíduos Independentes. A Tabela 5 apresenta a distribuição da frequência dos resultados do Índice de Katz e na Tabela 6 a Escala de Lawton aplicadas na população de estudo.

Tabela 4 – Índice de Katz por atividade.

KATZ	Categoria	n	%
Tomar Banho			
	Não recebe ajuda	82	39,4
	Ajuda Parcial	42	20,2
	Não toma banho sozinho	84	40,4
Vestir-se			
	Não recebe ajuda	82	39,4
	Ajuda Parcial	33	15,9
	Não se veste sozinho	93	44,7
Uso do Vaso Sanitário			
	Não recebe ajuda	111	53,4
	Necessita de Apoio	21	10,1
	Não usa o Banheiro	76	36,5
Transferir-se			
	Não recebe ajuda	127	61,1
	Ajuda Pacial	29	13,9
	Acamado	52	25
Continência Urinária			
	Controla as Funções	64	30,8
	Tem "Acidentes" Ocasionais	63	30,3
	Incontinência	81	38,9

Alimentar-se			
	Não recebe ajuda	163	78,4
	Ajuda Pacial	21	10,1
	Não alimenta-se sozinho ou Usa sonda	24	11,5

Tabela 5 – Escala de Lawton por atividade.

LAWTON	Categoria	n	%
Uso do Telefone			
	Sem Ajuda	23	11,1
	Ajuda Parcial	25	12
	Não consegue ou Não usa	160	76,9
Viajar			
	Sem Ajuda	6	2,9
	Ajuda Parcial	6	2,9
	Não consegue ou Não viaja	196	92,4
Pequena Compra			
	Sem Ajuda	2	1
	Ajuda Parcial	5	2,4
	Não consegue ou Não realiza	201	96,6
Preparo de Refeição			
	Sem Ajuda	1	0,5
	Ajuda Parcial	3	1,4
	Não consegue ou Não realiza	204	98,1
Tarefa Doméstica			
	Sem Ajuda	2	1
	Ajuda Parcial	2	1
	Não consegue ou Não realiza	204	98,1
Uso de Medicamentos			

Sem Ajuda	0	0
Ajuda Parcial	3	1,4
Não consegue ou Não realiza	205	98,6

Manuseio de Dinheiro		
Sem Ajuda	4	1,9
Ajuda Parcial	3	1,4
Não consegue ou Não realiza	201	96,6

5.3 DESCRIÇÃO DO INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Considerando o escore total do indicativo de depressão foi verificado uma variação de 1 à 14 pontos, média de 6,26 pontos, mediana de 6,0 pontos e desvio padrão de 3,26 pontos. Assim sendo apresenta-se 103 (49,5%) idosos com indicativo de Depressão.

5.4 APRESENTAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E OUTROS PREDITORES

A primeira vista a presença de depressão pode ter relação com outras variáveis clínicas, sociodemográficas e institucionais. A Tabela 7 as apresenta:

Tabela 6 – Relação do desfecho Depressão com as demais variáveis.

Variável	Categoria	Indicativo de Depressão				RP (IC)	RCP (IC)	p
		Sim		Não				
		n	%	n	%			
Sexo								
	Masculino	53	58,2	38	41,8	1,05	1,11	0,71
	Feminino	50	55,6	40	44,4	1,35	2,01	
Idade								

	80 anos ou mais	43	63,2	25	36,8	1,19	1,53	
						(0,92 -	(0,82 -	0,18
	Até 79 anos	55	52,9	49	47,1	1,54)	2,86)	
Visita								
	Recebe Visita	82	58,2	59	41,8	1,10	1,25	
						(0,79 -	(0,62 -	0,52
	Não Recebe Visita	21	52,5	19	47,5	1,53)	2,54)	
Situação Conjugal								
	Tem Companheiro	6	42,9	8	57,1	1,35	1,84	
						(0,73 -	(0,61 -	0,26
	Não tem Companheiro	97	58,1	70	41,9	2,51)	5,56)	
Declínio Cognitivo								
	Com Declínio	47	57,3	35	42,7	1,03	1,06	
						(0,79 -	(0,59 -	0,82
	Sem Declínio	54	55,7	43	44,3	1,33)	1,93)	
Tempo de Institucionalização								
	Um Ano ou Menos	26	59,1	18	40,9	1,08	1,20	
						(0,80 -	(0,60 -	0,6
	Mais de Um Ano	71	54,6	59	45,4	1,44)	2,40)	
Escolaridade								
	Sem Escolarização	30	68,2	14	31,8	1,28	1,90	
						(0,99 -	(0,92 -	0,07
	Com Escolarização	71	53	63	47	1,66)	3,90)	
Número de Doenças								
	5 Doenças ou Mais	13	76,5	4	23,5	1,38	2,63	
						(1,02 -	(0,82 -	0,09
	4 Doenças ou Menos	90	55,2	73	44,8	1,86)	8,42)	

Número de Medicamentos							
6 Medicamentos ou Mais	54	61,4	34	38,6	1,16 (0,90 - 1,50)	1,42 (0,78 - 2,57)	0,23
	49	52,7	44	47,3			
5 Medicamentos ou Menos	36	69,2	16	30,8	1,33 (1,04 - 1,70)	2,08 (1,05 - 4,12)	0,03
	67	51,9	62	48,1			

5.5 RELAÇÃO ENTRE OS PREDITORES SOCIODEMOGRÁFICOS, DE SAÚDE, CONTEXTO INSTITUCIONAL SOBRE O INDICATIVO OU NÃO DE DEPRESSÃO

Na Tabela 8 consta a associação entre os fatores sociodemográficos, clínicos e institucionais e a presença ou não do indicativo de depressão na população de estudo. Nota-se que as variáveis estatisticamente significativas, nesse estudo, foram: Escolaridade e Deambulação.

Tabela 7 – Associação entre os fatores Sociodemográficos, Clínicos e Institucionais sobre a Depressão.

Variável	Categoria	Indicativo de Depressão				RCP (IC)	p
		Sim		Não			
		n	%	n	%		
Sexo							
	Masculino	53	58,2	38	41,8	1,01 (0,53 - 1,95)	0,95
	Feminino	50	55,6	40	44,4		
Idade							
	80 anos ou mais	43	63,2	25	36,8	1,48 (0,75 -	0,24

	Até 79 anos	55	52,9	49	47,1	2,89)	
Visita							
	Recebe Visita	82	58,2	59	41,8	1,02	
	Não Recebe Visita	21	52,5	19	47,5	(0,45 - 2,29)	0,95
Escolaridade							
	Sem Escolarização	30	68,2	14	31,8	2,28	
	Com Escolarização	71	53	63	47	(0,99 - 5,23)	0,05
Deambulação							
	Não Deambula	36	69,2	16	30,8	2,15	
	Deambula	67	51,9	62	48,1	(1,04 - 4,43)	0,03
Tempo de Institucionalização							
						0,95	
						(0,89 - 1,01)	0,14

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS E CONTEXTO INSTITUCIONAL

O presente estudo propôs identificar a presença ou não do indicativo de depressão entre os idosos residentes nas ILPI de Uberaba, bem como analisar sua relação com as variáveis sociodemográficas, clínicas, de contexto institucional e capacidade funcional. Para tal foi realizada uma avaliação com todos os idosos das 9 ILPIs de Uberaba totalizando 208 participantes. Foi aplicado uma entrevista composta pela identificação da pessoa bem como de informações sociodemográficas e frequência das visitas e a autopercepção da saúde. Aplicamos o Mini-Exame do Estado Mensal e a Escala de Depressão Geriátrica abreviada

(GDS-15). Foram aferidos os dados antropométricos, medida da força de preensão da mão dominante medida pelo dinamômetro e finalmente a avaliação da deambulação e locomoção. Foi também analisado os prontuários institucionais dos idosos visando registrar os diagnósticos firmados, o uso de medicações, a ocorrência de quedas, as últimas hospitalizações.

Quanto ao sexo os resultados são equilibrados assim como em estudos nacionais, em diferentes realidades (FABER, SCHEICHER, SOARES, 2017; MELO et al., 2018, GUIMARÃES, L.A. et al., 2019). 105 (50,5%) são indivíduos do sexo masculino e 103 (49,5%) do sexo feminino. Alguns estudos, tanto nacionais como internacionais (MAGALHAES, ANES, REBELO, 2017), mostraram uma maior frequência de idosos do sexo feminino, assim como os conduzido no Nordeste Brasileiro (TAVARES, SCHMIDT, WITTER, 2015; NOBREGA, 2016; HARTMANN JUNIOR, GOMES, 2016; GOMES, REIS, 2016).

Tal diferença fica visível em realidades com maiores desigualdades sociais. No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida ao nascer, em 2019, é de 80 anos para mulheres e de 73 anos para homens. O incentivo cultural para que homens se comportem de maneira mais violenta e arriscada do que as mulheres tem um peso na expectativa de vida, assim como a atenção e cuidado com a própria saúde e menos adesão à comportamentos de risco e uso de substâncias (LIMA; BUENO, 2009). Todo esse cenário evidencia a feminização da velhice, isto é, as mulheres constituem a maioria da população idosa em diversos contextos e regiões do Brasil e do mundo.

A maior parte não se casaram ou moraram com companheiros(as) (32,7%), assim como outros estudos confirmam (GUIMARÃES, et al. 2019, HARTMANN JUNIOR, GOMES, 2016; GOMES, REIS, 2016). 25% dos idosos participantes relataram que raramente recebem visitas, situação parecida com a realidade nacional apresentada em outros estudos (FABER, SCHEICHER, SOARES, 2017; HARTMANN JUNIOR, GOMES, 2016). Também foi observado que, apesar de não significativo em termos estatísticos, entre os idosos que declararam não receber visitas há maior incidência de sintomatologia para depressão. Tal relação merece ser explorada em estudos com amostras maiores. A escolaridade média encontrada é baixa corroborando com os achados nacionais (TAVARES, SCHMIDT, WITTER, 2015; HARTMANN JUNIOR, GOMES, 2016)

Em relação à prevalência de sintomas de declínio cognitivo foi observado que 91 idosos (43,8%) da pesquisa apresentam indicativo para declínio cognitivo. Informação consonante com outros achados (FABER, SCHEICHER, SOARES, 2017; FLUETTI, 2018) e que contrapõe o estudo de Guimarães, et al, de 2019. Apesar da correlação entre depressão e declínio cognitivo, não ser estatisticamente significativa nesse estudo, acredita-se, como Jorm (2000), que a hipótese que aponta a depressão como fator de risco para declínio cognitivo deva ser avaliada com mais profundidade, considerando-se as inúmeras variáveis envolvidas, de forma geral, no processo de envelhecimento, bem como no surgimento de sintomas de depressão e declínio cognitivo.

6.2 ESCORES DE CAPACIDADE FUNCIONAL

Partindo das avaliações funcionais, verificou-se o predomínio de indivíduos totalmente dependentes, 154 (74%), 54 (26%) pessoas apresentam Dependência Parcial e não foram observados indivíduos Independentes. É importante ressaltar que, no cenário de institucionalização, observa-se uma alta prevalência de fragilidade e dependência das atividades (MELO et al., 2018; FERNANDES, FERNANDES, COSTA, SIQUEIRA, MENEZES, 2016). A diminuição da capacidade de realizar independentemente as atividades de autocuidado, a redução do contato com a família e a inexistência do envolvimento com amigos e comunidade exercem influência negativa sobre a ocorrência de sintomas depressivos, fato identificado em diversos estudos recentes encontrados na literatura (MELO et al., 2018; SINGH, LOHIA, CHAND, 2017)

É observado, no contexto da institucionalização, que os idosos não são suficientemente estimulados para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária, além de serem privados de atividades extrafamiliares. O cotidiano destas instituições no Brasil é marcado por rotinas repletas de regras e horários determinados, sem muita flexibilidade, estando muito distantes de caracterizar um ambiente familiar. Estes fatores contribuem para a introspecção do indivíduo e, assim, para o surgimento dos sintomas depressivos (MORAES, 2016). As ILPIs possuem uma rotina acelerada que dificulta a disponibilidade dos profissionais. Os cuidados físicos que precisam prestar a todos os residentes consomem muitas horas

diárias, sem sobrar muito tempo para o estímulo das atividades pelos próprios residentes, o cuidado é feito, porém o autocuidado não é incentivado.

6.3 INDICATIVO DE DEPRESSÃO

Pouco menos da metade dos indivíduos (49,5%) participantes do estudo apresentam indicativo de Depressão (MELO et al., 2018, TAVARES, SCHMIDT, WITTER, 2015). Em especial, no envelhecimento, há ocorrência de diversas alterações, próprias da senescência, que podem dificultar o diagnóstico de depressão geriátrica, devido às alterações em sua apresentação clínica, evolução e desfecho (PARADELA, 2011; PINHO, CUSTÓDIO, MAKDISSE, 2009; STOPPE JUNIOR, 1997) e, conforme afirmam Ciechanowski, et al. (2004), quando não tratada, a depressão na pessoa idosa, pode acarretar prejuízo ao funcionamento físico e à qualidade de vida, levando ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Witter, Christofi, e Gatti (2011) descrevem resultados semelhantes a dificuldade dos profissionais de saúde avaliarem os sintomas depressivos em idosos.

Para Bottino, et al. (2011), as duas doenças, depressão e demência, podem ocorrer simultaneamente, sendo que a primeira pode, também, constituir fator de risco ou pródromo para a segunda; por isso, é necessária a caracterização quanto ao início da depressão, visto que há evidências de que a depressão de início tardio esteja associada a déficits cognitivos mais intensos e demência. Logo, no caso de idosos institucionalizados, é importante atentar para sintomas depressivos, tentar preveni-los na tentativa de evitar o aparecimento de outras comorbidades.

6.4 DEPRESSÃO E SUAS CORRELAÇÕES

Entre os estudos que tiveram por objetivo a investigação do indicativo de depressão, o instrumento de avaliação mais utilizado foi a GDS (ALMEIDA, ALMEIDA, 1999).

No presente estudo, a presença do indicativo de depressão foi apresentado à partir da citada escala. Na população de idosos institucionalizados de Uberaba não se observou relação significativa entre as variáveis e do indicativo de depressão, exceto: Escolaridade e Deambulação.

A média de escolaridade encontrada foi considerada baixa. Geralmente, a baixa escolaridade é encontrada em pesquisa com população idosa, pois na infância desses indivíduos a educação não era prioridade, especialmente para o sexo feminino (ALVES, SCROSOLINI, SANTOS, 2013; FLUETTI, 2018). O grau de instrução, associado à depressão, pode ser justificado por uma reação em cadeia, em que o baixo nível de escolaridade pode levar à inadequação de renda e impedir o acesso a cuidados de saúde, lazer e apoio social (NÓBREGA, LEAL, MARQUES, VIEIRA, 2015).

Reys e colaboradores (2006) e, em estudo posterior, Siqueira e colaboradores (2009) sugerem que idosos que mantêm o convívio social, ou seja, residem na comunidade apresentam baixa prevalência de depressão (14%) ao passo que os idosos institucionalizados apresentam índices que oscilam entre 15% e 50% em termos de prevalência de depressão.

A depressão pode estar relacionada a questões sociais e afetivas, bem como à percepção do idoso sobre a institucionalização no que se refere a fatores como isolamento, falta de familiares, diminuição de atividades, falta de disponibilidade financeira e o processo de adaptação. Observou-se também correlação positiva entre a dificuldade de locomoção e o indicativo de depressão, ou seja, quanto maior o grau de imobilidade, maior a pontuação na GDS-15 (NÓBREGA, LEAL, MARQUES, VIEIRA, 2015). Embora o aparecimento de sintomas depressivos possa contribuir para prejuízos no estado funcional quanto para a fragilidade, tornando-se um fator de risco para a diminuição da mobilidade, por outro lado esses sintomas também podem ser considerados sinais de manifestação precoce de depressão (FLUETTI, 2018).

7 CONCLUSÃO

A partir do presente estudo foi possível concluir que a maioria dos participantes do estudo são do sexo masculino (50,5%); de cor branca (67,8%); estudaram de um a cinco anos (56,7%); a maior parte não se casaram ou moraram com companheiros(as) (32,7%); usam cinco medicamentos ou menos (50,5%); possuem até quatro doenças (89,9%); não apresentaram Declínio Cognitivo (43,8%). Em consonância com o estudo de prevalência de depressão em idosos institucionalizados em Barranquilla, na Colômbia, foram considerados fatores de

risco para depressão a baixa renda, hipertensão arterial, ser homem e solteiro (PÉREZ, et al., 2013).

A depressão nos idosos institucionalizados, avaliada pela GDS associou-se à menor condição de letramento e menor capacidade de deambulação.

Como limitações do estudo, tem-se o corte transversal, que impediu o estabelecimento de causalidade entre as variáveis individuais e do contexto institucional e sintomas depressivos. Além disso, houve limitação do tamanho amostral, em função do elevado percentual de idosos institucionalizados com quadro demencial e foram convidados a participar todos os residentes de todas as ILPS do município. Essa limitação restringe a generalização das conclusões.

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, mas também para atuar de maneira eficiente na prevenção, no controle e no tratamento dessa doença. Sugere-se, portanto, que a investigação da depressão em idosos ocorra de forma individualizada, por meio de métodos de avaliação e de instrumentos específicos do campo da Gerontologia e que levem em consideração os contextos clínico, psíquico, familiar e social nos quais o idoso se encontra. Além disso, sugere-se também o desenvolvimento de pesquisas de intervenção nos casos de indicativo de depressão buscando subsídios e mecanismos de proteção permitindo a essa população alcançar melhor nível de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 785-796, Dec. 2012 .

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. (a). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr** v.57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.

ALVES S. J. D., SCROSOLINI C. F., SANTOS M. A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol Reflex Crit.** 2013;6(4):820-30.

ARAÚJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 619-626, set. 2014.

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. 134-146, 2007.

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. 258-265, abr./jun. 2012.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. **Mini Exame do Estado Mental e Escolaridade**. Arquivos de Neuropsiquiatria, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. cap. 93, p.1131-1141.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 1. ed., n. 19, p. 50, 2007.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DOU, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989**. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Brasília: DOU, 1989.

BOTTINO, C.M., et al. Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos: Critérios diagnósticos e exames complementares. **Dement Neuropsychol**, 5, 91-98. 2011.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. R. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2014.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 60-70.

CIECHANOWSKI, P., et al. Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults a Randomized Controlled Trial. **JAMA**, 291(13), 1569-1577, 2004.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 74-91.

FABER, L. M., SCHEICHER, M. E., SOARES, E. (2017). Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, 20(2), 195-210.

FERNANDES L. C., FERNANDES V. L. S., COSTA M. N., SIQUEIRA A., MENEZES R. Idosos Institucionalizados: frágeis e sem equilíbrio. **Rev Educ Saúde**. 2016; 4(2):95-102.

FLUETTI, M. T. et al. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2018; 21(1): 62-71

FRADE, J. et al. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra,v., n. 4, p. 41-49, fev. 2015.

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, cap.35. p.376-387.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, cap.35. p.376-387.

GIACOMELLI, G.S. Transição demográfica e gasto público: uma análise comparativa de diferentes contextos. **Revista de Estudos Sociais**, Mato Grosso, v. 18, n.37, p.164-181, 2016.

GOMES, J. B., REIS, L. A.. Descrição de los síntomas de Ansiedad y Depresión em ancianos institucionalizados en el interior de Bahia, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, 19(1), pp. 175-191. 2016.

GUIMARÃES, L.A. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(9):3275-3282, 2019.

HARTMANN JUNIOR, J. A. P., GOMES, G. C. Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida. **Ciências & Cognição**; Vol 21(1) 137-154, 2016.

HARTMANN JUNIOR, J. 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.

HEREDIA, V. B. M. et al. A Realidade do Idoso Institucionalizado. **Textos Sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 9-31, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sala de Imprensa. 2012. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/>>. Acesso em 20 set. 2017.

JORM, A. F. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? **Gerontology**, 46(4), 219-227, 2016.

KATZ, S. et al. Studies of illness on the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. **JAMA**. 185:914-9, 1963.

LAWTON, M. P, BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**. 1969; 9:179–85.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.

MAGALHAES C. P, ANES E. M, REBELO F. M. Quality of life in institutionalized elderly undergoing an active aging program. **Millenium - J Educ Technol Health**; 2(2):37-44, 2017.

MARIN, M.J.S. et al. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 147-154, 2012.

MEDEIROS, J. M. L. *Depressão no idoso*. 2010. 31 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010.

MEDEIROS, P. A. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 21, núm. 11, p. 3597-3610, nov 2016.

MENDES, M.R.S.S.; GUSMÃO, J.L.; FARO, A.C.M.; LEITE, R.C.B.O. The social situation of elderly in Brazil: a brief consideration. **Acta Paul Enferm**, n. 18, vol 4, pag.422 a 426, 2013.

MELO L.A., et al. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. **Rev. baiana enferm**. 2018; 32:e26340.

MORAES, B. et al. Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás. **Rev Eletr Fac Montes Belos**. 2016; 9(2):106-41.

NAKANO, M. M. Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – SPPB: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade. 2007. 163 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007

NÓBREGA, I. R. A. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 135-154, 2016.

NÓBREGA, I. R. A. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; VIEIRA, J. C. M. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.536-550, 2015.

O. M. S. World Report on Aeging and Health. Genebra; 2015.

PARADELA, E.M. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, 10(9), 31-40. 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 596 p.

PÉREZ, M.B., et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. **Salud Uninorte**, 29(1), 64-73. 2013.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229-236, jun. 2014.

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**, 12(1), 123-140. 2009.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-44, 2012.

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

RAMOS, L. R. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community. 1987. 326 p. Tese (Doutorado) - London School Hygiene and Tropical of Medicine, 1987.

REYS, B. N., et al. (2006). Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 52(6), 401-404.

ROACH, S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

SILVA, E.F. et al. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1029-1040, 2013.

SINGH, R. LOHIA, P. CHAND, H. Assessment and Comparison of Emotional Health of Institutionalized and Non-institutionalized Elderly of Uttarakhand. **J Human Ecol.** 2017; 60(1):29-33.

SIQUEIRA, G. R. 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. 253-259, 2009.

TAVARES, P. N., SCHMIDT, J.H., WITTER, C. Efeitos de um programa de intervenção no desempenho cognitivo e sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, 18(2), pp. 103-123, 2015.

TEIXEIRA D. C., OLIVEIRA I. L., DIAS R.C. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. **Fisioter Mov**, 15;19(2):101-8. 2017.

TESTON, E.F.;CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 3, p. 450-456, June 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 548-554, 2009.

_____. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Medidas de atividades físicas em pessoas idosas. In: Barros MV, Nahas MV, editores. Medidas da Atividade Física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais. 1ª ed. Londrina: **Midiograf**; 2003. p. 91-102.

WITTER, C., CHRISTOFI, A.A., GATTI, A.L. Depressão em idosos. In: WITTER, C., & BURITI, M.A. Envelhecimento e contingências da Vida. São Paulo (SP): Alínea. 2011.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v.17, p. 37-49, 1983.

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DO PROJETO: CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDO PROSPECTIVO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, "Capacidade funcional de idosos institucionalizados: estudo prospectivo", e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Darlene Mara dos Santos Tavares
Pesquisador responsável

Paula Beatriz de Oliveira
Pesquisadora Assistente

Telefones de contato:

(34) 3700-6015 e 3700-6154 Prof^a Darlene Mara dos Santos Tavares

(34)988194177 Paula Beatriz de Oliveira

APENDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E AVALIAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

Dados Sociodemográficos:

Instituição: _____

Nome: _____

Início da entrevista: _____ Término: _____ Data da Coleta: ____/____/____

1) Data de nascimento: ____/____/____

Idade: (anos completos).....

2) Sexo:.....

1- Masculino 2- Feminino

3) O senhor se considera de qual raça/cor da pele?.....

1-branca 2-preta 3- parda 4-amarela 5-indigena

4) Data de admissão: ____/____/____

5) Qual o seu estado conjugal?.....

1- Nunca se casou ou morou com companheiro(a) 2- Mora com esposo(a) ou companheiro(a)
3- Viúvo(a) 4 -Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) 99- Ignorado

6) Escolaridade:.....

Atenção: deverá ser anotado quantos anos estudou sem repetir a mesma série.

7) Procedência:

1- residência 2 –ILPI 3- hospital 4- assistência social (abrigo) 5 outro: _____

8) Motivo:.....

1- morar só 2- não possuir família 3-conflito familiar 4- adoecimento 5- morador de rua
6- ausência de cuidador 7 dificuldade do cuidador 8- vontade própria

9 outros: _____

9) Recebe visita:.....

1- sim 2- não

Quem:.....

1- filhos 2- esposa e/ou marido 3- irmãos 4- sobrinhos/primos 5- netos 6- amigos 7 genro/nora

Frequência:

1- diária 2- semanal 3- quinzenal 4- mensal 5- semestral 6-anual 7- raramente

10) Dados clínicos:

1- Morbidades (de acordo com o prontuário do idoso):

2-Número de morbidades:.....

3- Medicamentos em uso (de acordo com o prontuário do idoso): _____

4- Numero de medicamentos.....

5- Quedas: (no último ano)

1- Sim 2- Não

Número de vezes

Lesões: 1-Sim 2- Não Quais:.....

6- Hospitalização: (no último ano):

1-Sim 2- Não

Número de internações:

Motivo: _____

10- Percepção do estado de saúde:

1-muito ruim 2- ruim 3- regular 4- boa 5- muito boa 6- não sabe responder.....

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) (BERTOLUCCI et al., 1994)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____

Em que cidade vive? _____

Em que bairro estamos? _____

Em que local estamos? _____

Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente). "Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O____ D____ N____ U____ M____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 8 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

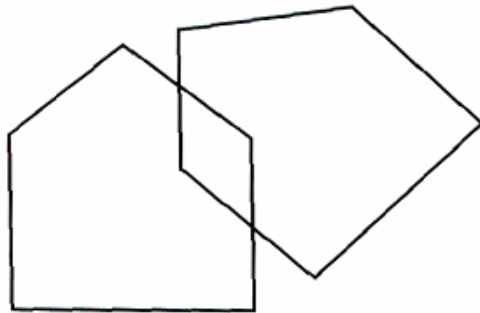
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: analfabetos ≤ 13 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18 pontos; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26 pontos.

9) O idoso apresentou declínio cognitivo?

(1) Sim (2) Não

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (GDS-15) (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999)

	QUESTÕES	NÃO	SIM
1	Você está basicamente satisfeito com sua 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 com 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 a sua situação é sem esperanças?	0	1
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
TOTAL			

Considere: A soma total de pontos > 5 é indicativa de presença de sintomas depressivos.

1) Presença de indicativo de sintomas depressivos.....

(1) Sim (2) Não

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	VALORES
PESO	
ALTURA	
IMC	
CB	
CP	
CA	
Comprimento da perna	

Força de prensão da mão dominante medida pelo dinamômetro:

1ª medida		2ª medida		3ª medida	
-----------	--	-----------	--	-----------	--

Deambula.....

1- sem apoio 2 -com andador 3 -muleta 4- apoio do cuidador 5- bengala 6- não deambula (cadeirante)

ÍNDICE DE KATZ

A escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional do idoso ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

ÁREA DE FUNCIONAMENTO	Indep. Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(1) (2) (3)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(1) (2) (3)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(1) (2) (3)
Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(1) (2) (3)
Continência 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(1) (2) (3)
Alimentação 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(1) (2) (3)

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente

em uma função; 2: independente em quatro

funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em

cinco funções; 6: dependente em todas as seis

funções.

1)

Classificação.....

..

2) Número de ABVD que não consegue

realizar.....

ESCALA DE LAWTON E BRODY

Atividade	Avaliação	
1)Em relação ao uso do telefone....	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar as ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
2)Em relação a viagens....	Realiza viagens sozinha	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
3)Em relação a realizar compras...	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
4)Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz	1
5)Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
6)Em relação ao uso de medicamento	Faz uso de medicamento sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho os medicamentos	1
7)Em relação ao manuseio de dinheiro	Preenche cheque e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiros, contas	1

TOTAL.....

CLASSIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA PARA AIVDs.....

1-Dependência total: igual a 7 pontos

2-Dependência parcial: 7-a 20 pontos

3-Independente: 21 pontos

ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFTM - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Capacidade funcional de idosos institucionalizados: estudo prospectivo

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82383917.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.637.601