



**Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"**

LUCAS SILVEIRA GARCIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E GRAU DE
DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**Assis/SP
2020**



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

LUCAS SILVEIRA GARCIA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E GRAU DE
DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientando: Lucas Silveira Garcia

Orientador: Prof. Me. Daniel Augusto da Silva

**Assis/SP
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

G216a GARCIA, Lucas Silveira
Associação entre sintomatologia depressiva e grau de
depen-
dência em idosos institucionalizados / Lucas Silveira
Garcia –
Assis, 2020.
45p.
Trabalho de conclusão do curso (Enfermagem). –
Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA
Orientador: Me. Daniel Augusto da Silva
1.Depressão-idoso 2.Idoso-asilo 3.Dependência-idoso
CDD 616.85

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E GRAU DE DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

LUCAS SILVEIRA GARCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof. Me. Daniel Augusto da Silva

Analisador (1): Prof. Dra. Rosângela Gonçalves da Silva

Assis/SP
2020

AGRADECIMENTOS

Sou Grato a Deus pela vida que Ele me concedeu, por ter me mantido na trilha certa durante este trabalho com saúde e forças para chegar até o final.

Ao professor Me. Daniel Augusto da Silva, por ter sido meu orientador e desempenhado tal função com dedicação e amizade, as suas valiosas indicações fizeram toda a diferença.

Todos os idosos, direção e funcionários da Instituição onde apliquei o presente estudo, os dados fornecidos foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho.

A professora Dra. Rosângela Gonçalves da Silva que aceitou ser minha banca avaliadora e contribuir com a realização do meu trabalho.

Aos meus pais, Dilson e Sebastiana, que apesar de todas as dificuldades, me ajudaram na realização do meu sonho, tudo o que sou e que consegui devo a eles.

EPÍGRAFE

A beleza dos jovens está na sua força; a glória dos idosos, nos seus cabelos brancos.

Provérbios 20:29

RESUMO

Introdução: A depressão é um transtorno do humor grave frequente, e ocorre em todas as faixas etárias, o quantitativo de idosos brasileiros com diagnóstico de depressão é alto, e tem aumentado a cada ano, meios de intervenção mais precoces só pode ser realizado quando profissionais que atendem os públicos idosos estiverem capacitados para identificar e oferecer, ou encaminhar ao tratamento especializado. **Objetivo:** Verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste paulista **Método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, para verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste paulista. **Resultado:** Foram entrevistados 26 idosos residentes em uma instituição de longa permanência, e diante dos resultados obtidos, ficou notória a relação entre a dependência motora e a depressão. **Conclusão:** O estudo mostrou que existe associação entre a depressão geriátrica com a dependência na realização das atividades de vida diária.

Palavras-chave: Depressão; dependência; idosos.

Abstract

Introduction: Depression is a frequent serious mood disorder, and occurs in all age groups, the number of Brazilian elderly with a diagnosis of depression is high, and has been increasing every year, earlier means of intervention can only be performed when professionals that the elderly audiences are trained to identify and offer, or refer to specialized treatment. **Objective:** To verify the existence of an association between depressive symptoms and degree of dependence in institutionalized elderly people in a city in the Midwest of São Paulo **Method:** This is an observational, cross-sectional study, with a quantitative and qualitative approach, to verify the existence of an association between depressive symptoms and degree of dependence in institutionalized elderly in a city in the Midwest of São Paulo. **Result:** 26 elderly people living in a long-term institution were interviewed, and in view of the results obtained, the relationship between motor dependence and depression was notorious. **Conclusion:** The study showed that there is an association between geriatric depression and dependence in carrying out activities of daily living. **Keywords:** Depression; dependency; seniors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo (n=26).	19
Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a cor de pele autodeclarada (n=26).	20
Figura 3 Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao estado civil (n=26).	20
Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a faixa etária (n=26).	21
Figura 5. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao número de filhos (n=26).	22
Figura 6. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a prática de religião (n=26).	22
Figura 7. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de residência (n=26).	23
Figura 8. Caracterização dos participantes da pesquisa quando a Escala de depressão Geriátrica	29
Figura 9. Caracterização dos participantes da pesquisa quando ao Índice de Barthel Modificado	29

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	14
2.1. OBJETIVO GERAL	14
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	15
3.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.....	15
3.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA	15
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	16
3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	16
3.6. RISCOS.....	16
3.7. BENEFÍCIOS.....	16
3.8. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	17
3.9. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	17
3.10. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	18
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO.....	31
6. CONCLUSÃO.....	35
7. REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES.....	40
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
APÊNDICE 2 –QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO	42
ANEXOS.....	43
ANEXO 1 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA	43
ANEXO 2 – ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO.....	44

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se dedicou a identificar a associação entre depressão geriátrica e grau de dependência em idosos institucionalizados.

A depressão é um transtorno do humor grave frequente, e ocorre em todas as faixas etárias, sendo que as taxas parecem estar aumentando entre jovens e idosos. Por razões ainda não totalmente esclarecidas, a depressão vem se tornando cada vez mais frequente neste século, é uma tristeza, perda de prazer contínua que está presente na maior parte do dia e que tenha pelo menos duas semanas (LAFER et al., 2000).

Quimicamente, a depressão é causada por um defeito nos neurotransmissores responsáveis pela produção de hormônios como a serotonina e endorfina, que dão a sensação de conforto, prazer e bem-estar. Quando existe algum problema nesses neurotransmissores, a pessoa começa a apresentar sintomas como desânimo, tristeza, autoflagelamento, perda do interesse sexual, falta de energia para atividades simples (ANDRADE et al., 2003).

A serotonina é o hormônio e o neurotransmissor envolvido principalmente na excitação de órgãos e constrição de vasos sanguíneos, a endorfina tem ação analgésica e quando liberada estimula a sensação de conforto, bem-estar, alegria e estado de humor melhorado, sua liberação acontece durante e após a atividade física pela glândula hipófise. Interferem também os neurotransmissores norepinefrina, conhecida também como noradrenalina, é uma das monoaminas que mais influencia o humor, ansiedade, sono e alimentação junto com a Serotonina, Dopamina e Adrenalina. A acetilcolina estimula o impulso a ser transmitido, está envolvida na transmissão de impulsos de células nervosas, de músculos cardíacos à algumas glândulas, e de células motoras para os músculos do esqueleto. A acetilcolina ajuda no controle do tônus muscular, no aprendizado, e nas emoções. A síntese de acetilcolina pelo organismo é vital, pelo seu papel relativo aos movimentos e à memória. Outro hormônio que tem papel importante é a dopamina que pode apresentar diferentes funções, a dopamina no gânglio basal (no interior do cérebro) é essencial para execução de movimentos suaves e controlados, sua falta causa doença de Parkinson que faz a

pessoa perder o controle dos movimentos. A dopamina se move até o lóbulo frontal regulando o grande número de informações que vem de outras partes do cérebro, comprometer as quantias do neurotransmissor pode resultar em pensamentos incoerentes, como na esquizofrenia. Também é responsável pelo sentimento de euforia, assim como a endorfina. É capaz de acalmar a dor e aumentar o prazer se estiver em grande quantidade no lóbulo frontal (ANDRADE *et al.*, 2003).

Os sintomas clássicos da depressão afetam três domínios: Afeto causando choro, tristeza e apatia; cognição levando a desesperança culpa, sentimentos de inutilidade e menos valia, ideias de morte; e somáticos mantendo com falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido (PARADELA, 2011).

O ministério da saúde registrou entre os anos de 2011 e 2016, 62.804 mortes por suicídio, a maioria (62%) por enforcamento. Os homens concretizaram o ato mais do que as mulheres, correspondendo a 79% do total de óbitos registrados. Os solteiros, viúvos e divorciados, foram os que mais morreram por suicídio (60,4%). Na comparação entre raça/cor, a maior incidência é na população indígena. A taxa de mortalidade entre os índios é quase três vezes maior (15,2) do que o registrado entre os brancos (5,9) e negros (4,7). Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio é maior entre os homens, cuja taxa é de 9 mortes por 100 mil habitantes. Entre as mulheres, o índice é quase quatro vezes menor (2,4 por 100 mil). Na população indígena, a faixa etária de 10 a 19 anos concentra 44,8% dos óbitos. Um dos alertas é a alta taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos. Nessa faixa etária, foram registradas média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. A média nacional é 5,5 por 100 mil. (MACIEL, 2017).

Observa-se que o quantitativo de idosos brasileiros com diagnóstico de depressão é alto, e tem aumentando a cada ano.

Partindo desse princípio, este estudo é necessário, pois a identificação desse estado de saúde contribuirá para o correto tratamento e adoção de práticas preventiva.

O diagnóstico da depressão é clínico baseado na anamnese, por isto é fundamental a busca ativa pelos sintomas, uma investigação de episódios depressivos anteriores, a pesquisa por sintomas de mania ou hipomania, uma revisão dos medicamentos em uso, além da abordagem cuidadosa das questões acerca de luto e suicídio. Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência

autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento recorrente de suicídio (STELLA *et al.*,2002).

A depressão nos idosos muitas vezes passa a ser ignorada, pois os profissionais de saúde percebem os sintomas depressivos como sendo uma manifestação do processo de envelhecimento, por isso é difícil muitas vezes fechar um diagnóstico rapidamente da doença. O diagnóstico depressivo no idoso vem quando os sintomas prevalecem por no mínimo duas semanas e causa prejuízo significativo na vida social do idoso. A depressão torna-se comum no processo de envelhecimento e tem um forte impacto entre idosos e cuidadores. A depressão tem sido apontada como um problema de saúde pública que afeta pelo menos um em cada seis pacientes idosos, ligada a vários fatores de riscos descritos tanto em estudos de corte transversal quanto em estudos prospectivos. Alguns dos fatores que mais são identificados nessa faixa etária são: idade, viuvez, escolaridade e renda baixa, eventos de vida estressores, suporte social baixo, características de personalidades, percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde, presença de déficits cognitivos, limitação funcional, histórico psiquiátrico e comorbidade psiquiátrica, uso e abuso de álcool, fármacos, doenças físicas a agudas e crônicas, dor e comorbidades (PINHO *et al.*, 2009).

Estratégias de intervenção mais precoces só podem se realizar com os profissionais que atentem os públicos idosos estiverem capacitados para identificar e oferecer o tratamento adequado, ou encaminhar para tratamento especializado.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste paulista.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste paulista;
- Compreender a percepção de idosos institucionalizados sobre a admissão e residência em instituição específica;
- Conhecer o grau de dependência de idosos institucionalizados por meio de aplicação do Índice de Barthel Modificado;
- Identificar a ocorrência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, para verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste paulista.

3.2. LOCAL DO ESTUDO/INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Este estudo foi realizado na Sociedade de São Vicente de Paulo Lar dos Velhos de Assis, uma instituição de longa permanência para idosos que abriga atualmente 70 idosos, classificados com graus de dependência: grau I (independente), grau II (dificuldade em até três atividades de vida diária) e grau III (dificuldade em mais de três atividades de vida diária e comprometimento cognitivo grave).

3.3. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Foram convidados a participar deste estudo, idosos institucionalizados, residentes em instituição descrita acima, localizada na cidade de Assis, estado de São Paulo. Os participantes da pesquisa foram selecionados por amostragem não probabilística por conveniência, de forma que o tamanho da amostra foi definido pela aceitação para participar da mesma. Foi considerado critério de exclusão a presença de déficit intelectual que não permitiria a resposta às perguntas dos instrumentos selecionados para a coleta dos dados.

Grupo	Nº de indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Idosos institucionalizados	70	Coleta de dados com utilização dos instrumentos selecionados

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Idosos, residentes na instituição de longa permanência elegida para o estudo, que expressaram consentimento voluntário em participar do estudo.

3.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foi considerado critério de exclusão a presença de déficit intelectual que não permitiria a resposta às perguntas dos instrumentos selecionados para a coleta dos dados.

3.6. RISCOS

A participação nesta pesquisa não infringiu as normas legais e éticas, sendo que os desconfortos poderiam existir pela exposição de dados e informações de cunho pessoal. Caso eles ocorressem, o auxílio da psicóloga da instituição estaria disponível para intervenções necessárias.

Todavia, afirmamos que todas as informações coletadas neste estudo foram de caráteres estritamente confidenciais, de forma que somente o pesquisador e seu orientador tiveram conhecimento da identidade dos participantes.

3.7. BENEFÍCIOS

Os participantes não tiveram nenhum benefício direto. Entretanto, este estudo trouxe informações importantes sobre a qualidade de vida e satisfação com a vida dos idosos, de

forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar ações de prevenção à saúde mental e melhoria da qualidade de vida.

3.8. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Em primeiro momento foi solicitada autorização para realização deste estudo à Sociedade São Vicente de Paulo Lar dos Velhos de Assis.

Após a autorização da mesma, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), devido o envolvimento de seres humanos, e somente após a aprovação do mesmo, os dados foram coletados.

A coleta dos dados ocorreu em dias e horários previamente acordados com a direção da instituição, de forma a possibilitar local adequado e privativo para abordagem aos idosos e coleta das informações.

Na abordagem aos idosos, houve o convite à participação e explicação do tema do estudo e objetivos do mesmo, e foi solicitada autorização para utilização de gravador de voz durante a entrevista. Após o entendimento por parte dos mesmos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), que foi lido e assinado em duas vias pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador, entregando uma via para cada um.

Somente após a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi iniciada a entrevista.

Foi utilizado um instrumento, elaborado pelos autores (APÊNDICE 2), composta por questões para caracterização dos participantes e a percepção sobre a institucionalização. Em seguida, houve a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO 1), e do Índice de Barthel Modificado (ANEXO 2).

3.9. INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

O questionário semiestruturado é composto por dois itens principais: A – Caracterização dos participantes; B – Sobre ser um idoso institucionalizado. São questões objetivas e discursivas, elaboradas a partir dos objetivos deste estudo.

A Escala de Depressão Geriátrica, validada no Brasil, é composta por 15 questões, respondidas como sim ou não, possibilita pontuação de zero a 15, que são interpretadas: 0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal; 6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve; 11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa (YESAVAGE et al., 1983; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA et al., 2005).

O Índice de Barthel Modificado, validado no Brasil, pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária e mede a independência funcional nas atividades de alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências (cama e cadeira), subir e descer escadas, deambulação, manuseio da cadeira de rodas (alternativo para paciente que não deambula) (MINOSSO et al., 2010).

Cada atividade descrita acima é composta de cinco níveis de avaliação, pontuados de um a cinco pontos, de forma que o instrumento permite pontuação entre 10 e 50, que corresponde a classificação de dependência: dependência total: 10 pontos; dependência severa: 11 a 30 pontos; dependência moderada: 31 a 45 pontos; ligeira dependência: 46 a 49 pontos; independência total: 50 pontos (SHAH et al., 1989; CHAGAS, TAVARES; 2001).

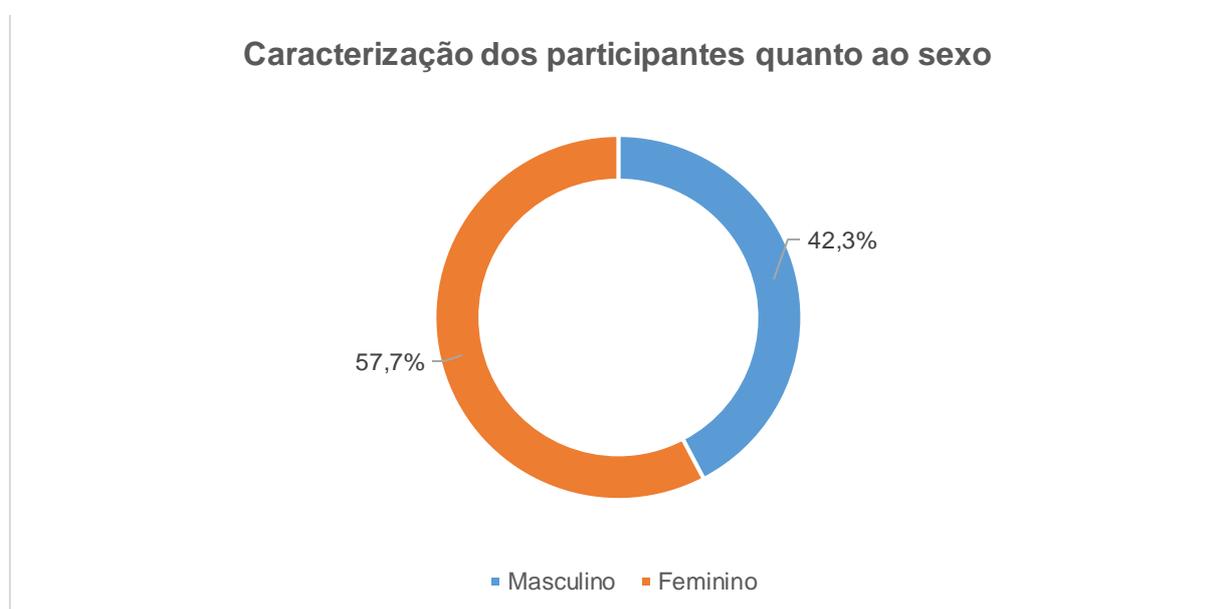
3.10. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram analisados utilizando análise estatística descritiva e inferencial por meio de testes estatísticos específicos, e conforme instruções dos autores dos instrumentos para os dados quantitativos, e análise de conteúdo, modalidade temático categorial (BARDIN, 1977), para os dados qualitativos.

4. RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 26 idosos residentes em uma instituição de longa permanência situação em cidade do interior paulista.

Dos participantes, 15 (57,7%), eram do sexo feminino e 11 (42,3%) eram do sexo masculino (Figura 1).

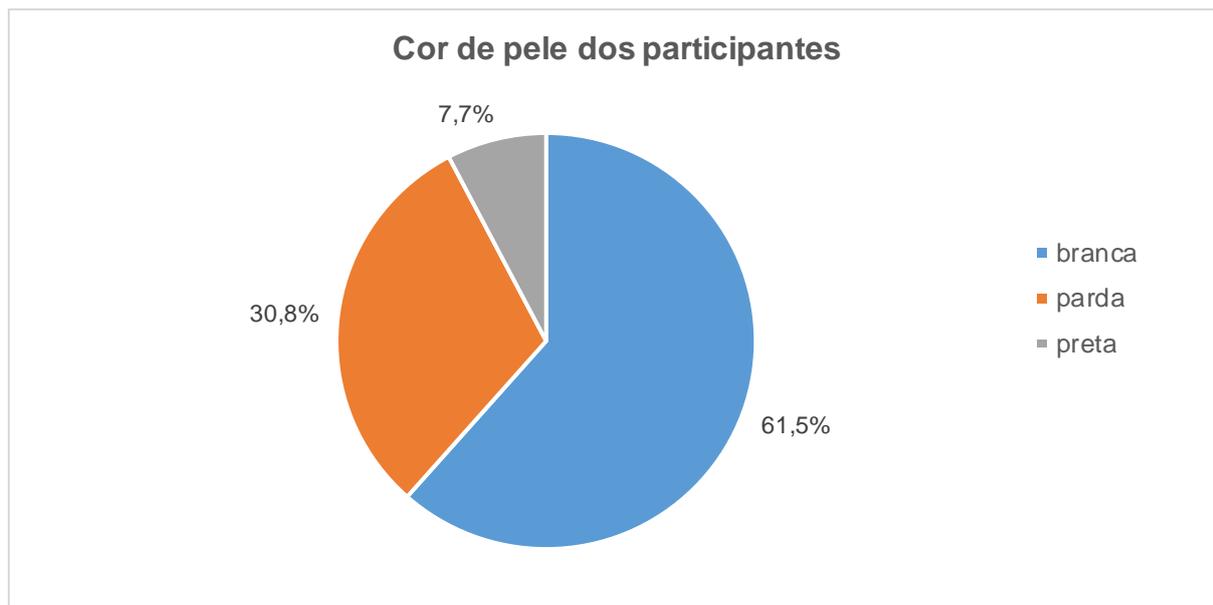


Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 1. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao sexo (n=26).

Todos os 26 participantes desta pesquisa, quando questionados sobre a orientação sexual, se declararam heterossexuais.

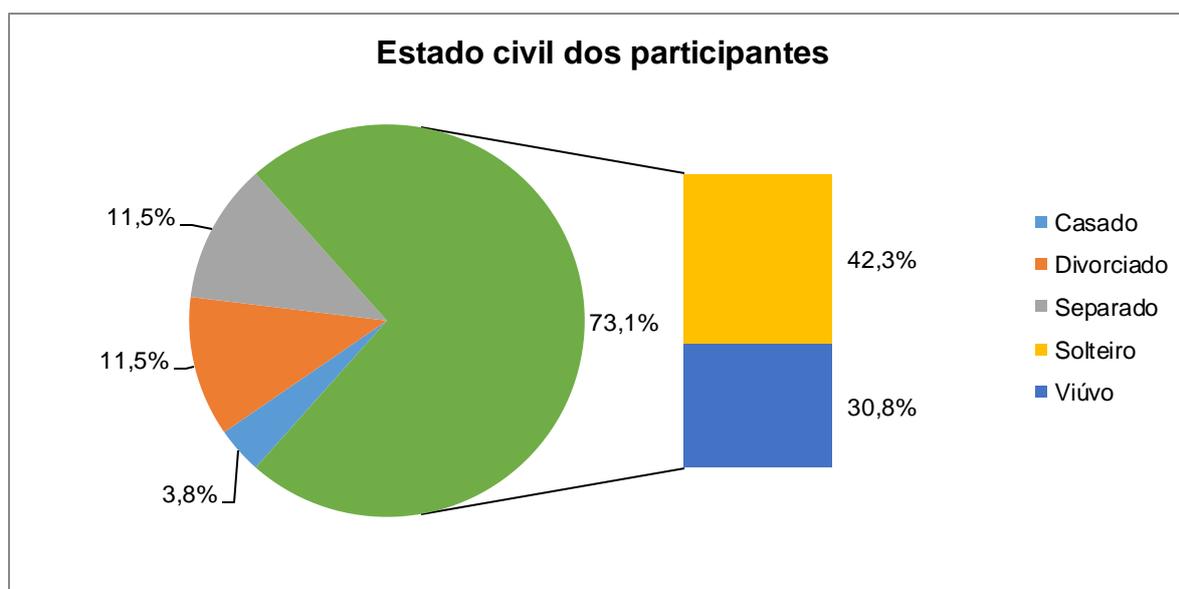
Sobre a cor de pele dos 26 idosos que participaram desta pesquisa, 16 (61,5%) declaram ser de pele branca, 8 (30,8%) diz ser parda e 2 (7,7%) referem ser preta, conforme podemos observar na Figura 2.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 2. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a cor de pele autodeclarada (n=26).

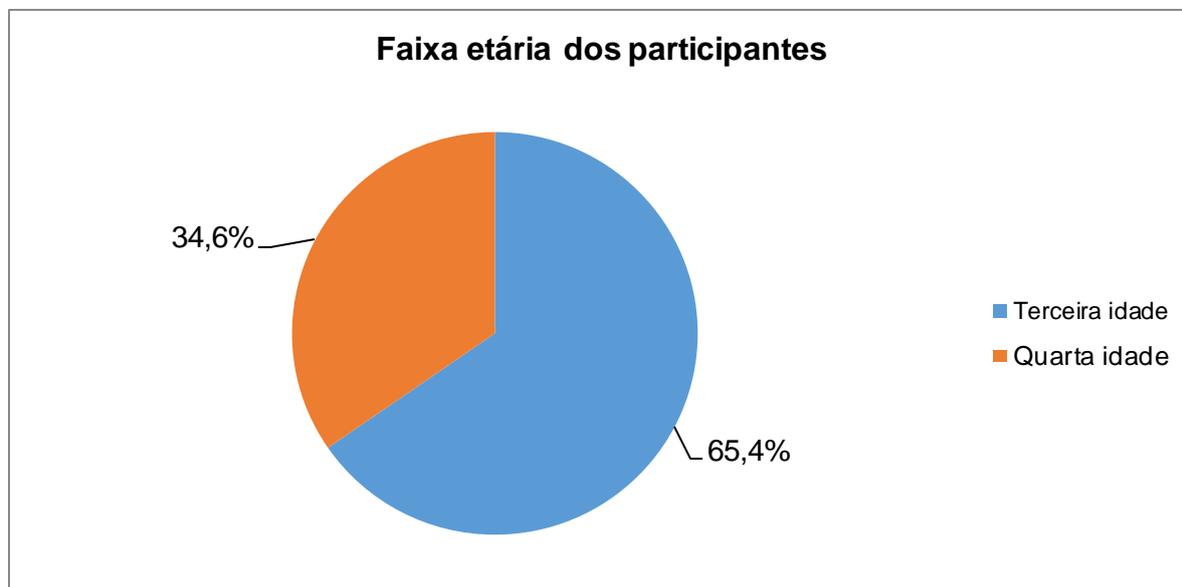
Dos participantes 11 (42,3%) era solteiros, 8 (30,8%) eram viúvos, 3 (11,5%) eram divorciados, 3 (11,5%) eram separados, e 1 (3,8%) era casado (Figura 3).



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 3 Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao estado civil (n=26).

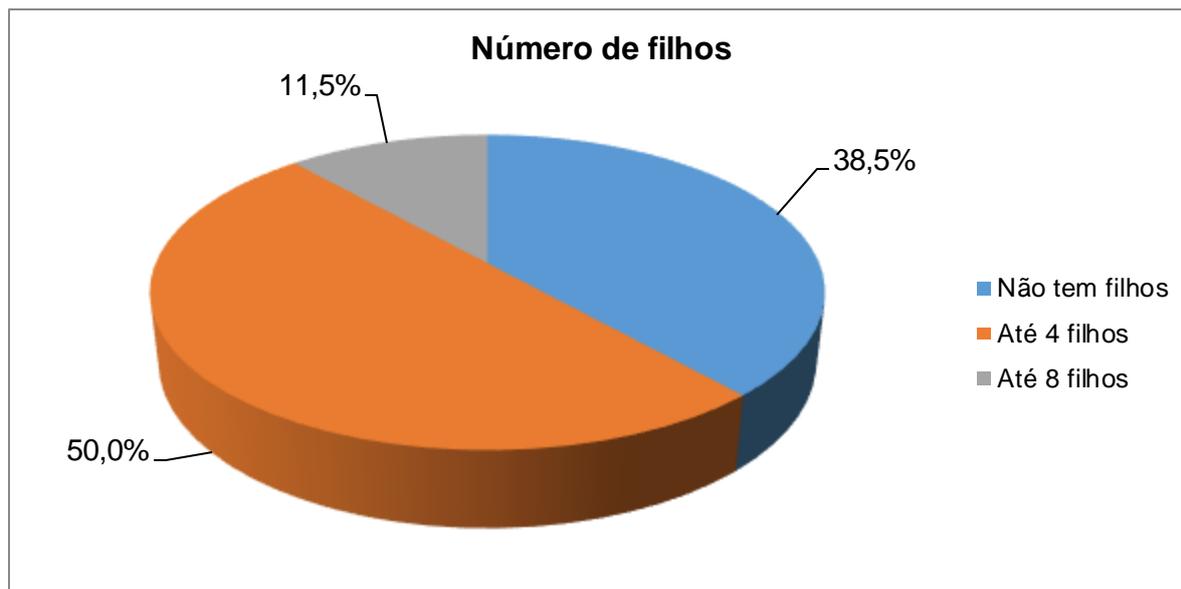
Dos 26 idosos que foram entrevistados, 17 (65,4%) pertenciam a Terceira idade e 9 (34,6%) faziam parte da Quarta idade, conforme ilustrado na Figura 4.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 4. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a faixa etária (n=26).

Quando perguntado aos 26 participantes sobre o número de filhos, 13 (50,0%) refere ter até 4 filhos, 10 (38,5%) responderam que não tem filhos, e 3 (11,5%) disseram ter até 8 filhos, como mostrado na figura 5.

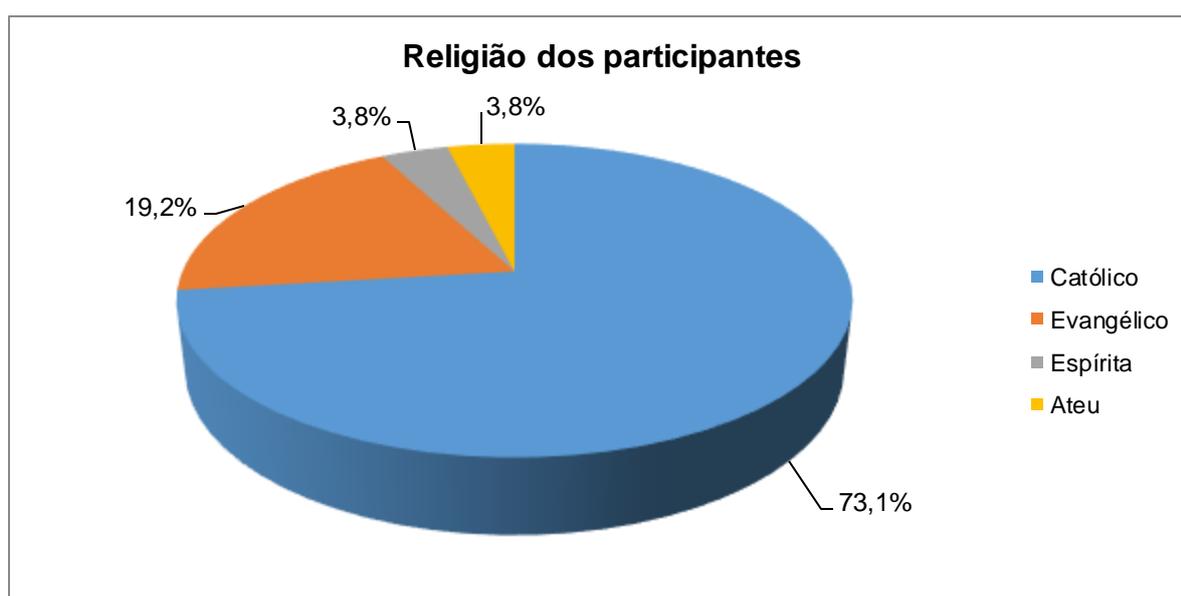


Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 5. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao número de filhos (n=26).

Quando perguntado aos 26 participantes da pesquisa sobre a fonte de renda, todos relataram serem aposentados.

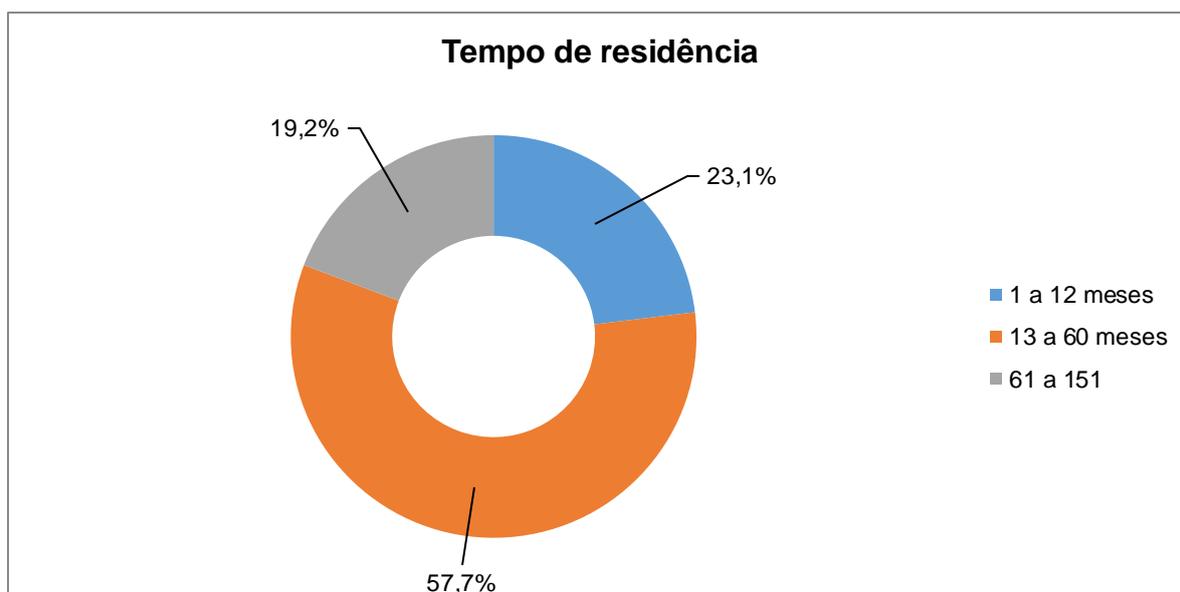
Ao questionar se os 26 participantes entrevistados praticavam alguma religião, obtivemos a informação de que 19 (73,1%) são católicos, 5 (19,2%) evangélicos, 1 (3,8%) é espírita e 1 (3,8%) afirma não praticar nenhuma religião, conforme ilustrado na figura 6.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 6. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto a prática de religião (n=26).

Sobre a data de admissão dos 26 participantes entrevistados, tendo como data referência a data 01 de Maio de 2020, 15 (57,7%) moram de 13 a 60 meses, 6 (23,1%) reside no local de 1 a 12 meses, e 5 (19,2%) estão admitidos de 61 a 151 meses no local, como mostrado na figura 7.



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 7. Caracterização dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de residência (n=26).

Foi questionado aos participantes o motivo de admissão na instituição. As respostas obtidas se relacionam, na maioria das vezes, ao fato de viver sozinho e necessitar de cuidados. As falas dos participantes estão disponíveis a seguir.

“Por minha idade e os problemas que apareceram”. (E1)

“Morava sozinha em outra cidade, eu tinha medo de ladrão e chuva, então conversei com minha irmã que morava aqui na cidade e ela arrumou para eu morar aqui”. (E2)

“por motivos de doenças e cuidados”. (E3)

“minha diabetes ficou descontrolada e eu perdi a visão, então foi melhor vir morar aqui”. (E4)

“por eu ser sozinha”. (E5)

“eu tenho crises convulsivas e por morar sozinho ficava com medo”. (E6)

“não tinha ninguém para cuidar de mim onde eu morava”. (E7)

“meus filhos foram casando e eu acabei morando sozinha”. (E8)

“problemas de saúde”. (E9)

“eu sofri uma queda no banheiro onde morava e quebrei a perna, fiz cirurgia e vim morar aqui já que aqui tem cuidados”. (E10)

“por morar sozinha e perder a visão”. (E11)

“desentendimento com familiares, ai vim morar aqui”. (E12)

“por uma queda eu fiquei incapaz de fazer atividades e não tinha quem cuidar de mim”. (E13)

“morava com uma cuidadora muito brava, então meu irmão me colocou aqui”. (E14)

“por minha espontânea vontade”. (E15)

“por eu morar sozinha e ter problemas de saúde”. (E16)

“eu precisava de cuidados pois tive uma queda e fratura de fêmur, por isso vim para cá”. (E17)

“por eu ter sofrido um AVE e morar sozinho, tive que vir aqui”. (E18)

“morreu meus filhos, minha mulher, e eu fiquei sozinho”. (E19)

“eu morava sozinho”. (E20)

“fiquei sem casa e abandonado”. (E21)

“eu morava sozinho, dai acharam melhor trazer eu aqui”. (E22)

“eu não podia ficar sozinho mais, dai vim pra cá”. (E23)

“minha filha que me colocou aqui, eu bebia muito” (E24)

“fiquei sozinha depois que separei do meu marido”. (E25)

“idade, esquecimento”. (E26)

Em relação ao o que os entrevistados pensam sobre morar na instituição as respostas se intercalam sobre gostar de estar residindo ali e não gostar, como justificadas nas falas abaixo:

“por eu estar de idade vim morar aqui e aqui vou morrer”. (E1)

“eu gosto daqui pois me sinto amparada e sou feliz”. (E2)

“gostaria de estar morando com meus filhos”. (E3)

“eu gosto daqui, sou bem cuidada, mas se um dia minha visão voltar eu volto trabalhar, mas mesmo assim quero continuar morando aqui”. (E4)

“tenho tudo que preciso, carinho e conforto, não me falta nada”. (E5)

“eu queria sair daqui e ter minha própria casinha por eu ser acostumado a vida inteira morar sozinho, queria casar de novo também”. (E6)

“tenho que ficar aqui, não posso ver, andar e nem me cuidar, tenho que ficar aqui”. (E7)

“eu não tenho onde ficar, então aqui é o melhor lugar para eu morar”. (E8)

“eu vim para cá porque minhas filhas não podem cuidar de mim por eu ser doente, então eu fiquei muito aborrecida, perdi tudo, ou eu fico aqui ou vou pra rua”. (E9)

“eu gosto, povo aqui é bacana”. (E10)

“penso que é o melhor lugar para ficar quando não se tem outro recurso”. (E11)

“acho que é bom, melhor que morar lá fora”. (E12)

“amo morar aqui, as pessoas tem que deixar de pensar que asilo é depósito de velho, nós temos uma vida ativa e hiperativa, fazemos amizades aqui, temos atividades, então eu acho que para mim é prazeroso aqui”. (E13)

“adoro morar aqui, estou acompanhada”. (E14)

“tenho conforto aqui”. (E15)

“é bom porque fico sossegada e tenho companhia, é difícil morar sozinha”. (E16)

“estou aqui por não ter quem cuida de mim em casa, aqui sou bem cuidada, me sinto como um passarinho de luxo”. (E17)

“me sinto deprimido pois nunca pensei que eu iria acabar assim, depois de tanta vida que eu tive e acabar assim eu não estava preparado”. (E18)

“gosto do amor da turma”. (E19)

“é bom, eu gosto”. (E20)

“fico aqui por necessidade, tenho que morar aqui até morrer por causa das minhas pernas, elas não tem força”. (E21)

“eu gosto, acostumei, acho que aqui é o melhor lugar pra ficar”. (E22)

“se eu tivesse outro jeito de morar eu sairia daqui”. (E23)

“não tenho ninguém lá fora, então melhor ficar aqui”. (E24)

“acho bom, gosto daqui”. (E25)

“preferia estar em casa, mas fazer o que”. (E26)

Quando questionado sobre os pontos positivos de se morar em uma instituição as respostas que mais se destacaram foram pelos cuidados, tratamento e alimentação. As falas foram:

“por ser sossegado, calmo e eu ter segurança”. (E1)

“gosto do tratamento, sinto que aqui é minha casa e que todas as pessoas são boas para mim”. (E2)

“a amizade que eu tenho e a segurança”. (E3)

“pelo bom trato, enfermeiros, aqui eu tenho de tudo”. (E4)

“todos, não vejo nada negativo aqui, tenho amor e carinho, quer mais que isso?”. (E5)

“cuidados com a saúde e a comida”. (E6)

“tenho meu canto para dormir, alimentação, banho, amigos”. (E7)

“Amigos”. (E8)

“eu não aguento mais trabalhar, então pela ajuda de todos aqui é um ponto positivo”. (E9)

“tudo é bom, deste a alimentação, moçada que me querem bem”. (E10)

“alimentação na hora certa, remédios na hora certa, cuidados e amizades com enfermeiros”. (E11)

“segurança, alimentação, medicamentos, roupas lavadas”. (E12)

“tenho banho, cuidados, alimentação, medicação, amigos, varias coisas”. (E13)

“tudo é bom, cuidados, alimentação, saúde”. (E14)

“o espaço que tenho”. (E15)

“assistência médica”. (E16)

“muito bem tratada em tudo, me dou bem com todos, funcionários excelentes”. (E17)

“o ponto positivo é que todos tratam bem a gente aqui”. (E18)

“o tratamento”. (E19)

“tratamento, tudo é bom”. (E20)

“do pessoal, tratamento”. (E21)

“tenho liberdade, posso ir ao mercado, sair na rua”. (E22)

“bondade dos funcionários”. (E23)

“eu ter privacidade em ter uma casa só para mim”. (E24)

“gosto de tudo”. (E25)

“Tratamento”. (E26)

Sobre os pontos negativos a maioria dos participantes relataram não ter, pouca quantidade referem a falta de autonomia ou outros fatores como justificadas nas falas abaixo:

“gostaria de ter um trabalho e não ficar parado”. (E1)

“não vejo pontos negativos, para mim tudo é bom”. (E2)

“falta dos meus filhos”. (E3)

“talvez a falta de liberdade para eu sair na rua, mas mesmo que eu pudesse seria difícil pela falta de visão minha, só se alguém me acompanhasse na rua”. (E4)

“Nenhum”. (E5)

“não gosto das brigas que acontece entre os moradores as vezes”. (E6)

“não tem nenhum ponto negativo”. (E7)

“as vezes tenho pensamentos ruins e acabo ficando triste”. (E8)

“brigas e discussões entre os moradores”. (E9)

“não tenho nada de negativo”. (E10)

“as vezes companheirismo e ter que dividir tudo”. (E11)

“não tem nada de negativo”. (E12)

“não tenho”. (E13)

“não tem”. (E14)

“não tem”. (E15)

“não gosto da comida e de não poder sair”. (E16)

“não tenho ponto negativo daqui”. (E17)

“poucos funcionários”. (E18)

“eu ver que sempre tem um querendo ser mais que o outro”. (E19)

“não tem”. (E20)

“os companheiros de quarto, a gente quer falar alguma coisa e eles não me escuta”. (E21)

“não gosto de algumas pessoas”. (E22)

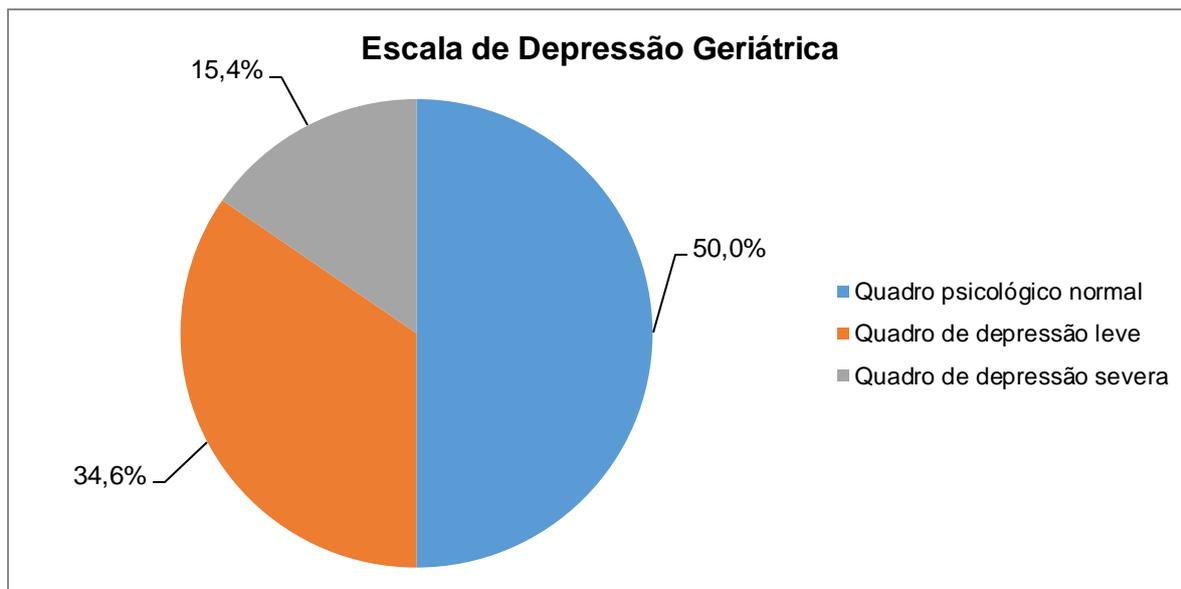
“as cadeiras da área tem pouca e são ruins pra minha coluna, poucos funcionários e alguns pacientes que não deveria estar aqui por causa dos problemas de cabeça”. (E23)

“não saber o valor que tenho pra receber e não poder sair”. (E24)

“não existe”. (E25)

“algumas pessoas que fazem pouco caso quando falo”. (E26)

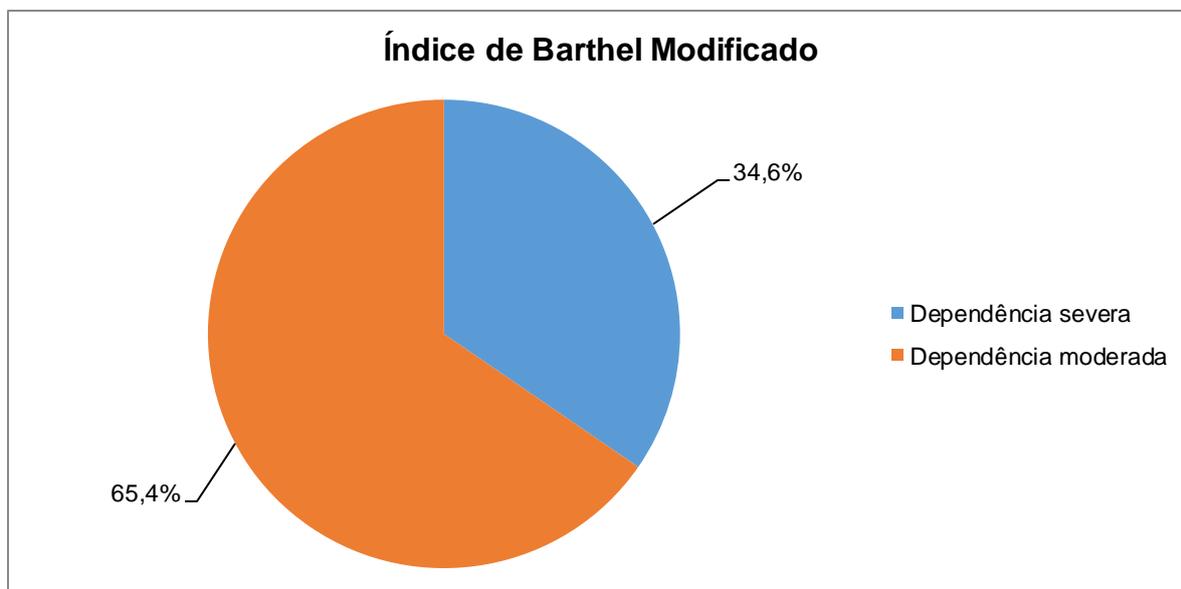
Foi aplicada a escala de Depressão Geriátrica (GDS) nos 26 entrevistados, os resultados foram 13 (50,0%) foram classificados como quadro psicológico normal, 9 (34,6%) tiveram a interpretação como quadro de depressão leve e 4 (15,4%) estão como quadro de depressão severa. (Figura 8).



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 8. Caracterização dos participantes da pesquisa quando a Escala de depressão Geriátrica

Quando ao resultado da aplicação da escala de Barthel modificada os resultados obtidos foram 9 (34,6%) considerados em dependência severa e 17 (65,4%) como dependência moderada (Figura 9).



Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

Figura 9. Caracterização dos participantes da pesquisa quando ao Índice de Barthel Modificado

A relação entre o nível de dependência e o quadro psicológico está disposto na Tabela 2.

Tabela 1. Associação entre o nível de dependência e quadro psicológico (n=26).

Quadro psicológico	Dependência moderada	Dependência severa	Valor-p*
Normal	11 (84,6)	2 (15,4)	
Depressão leve	5 (55,6)	4 (44,4)	< 0,001
Depressão severa	1 (25,0)	3 (75,0)	

Fonte: Elaborado pelos autores com dados da pesquisa, 2020.

* Teste de Qui-quadrado de Pearson

Observa-se que existe associação estatística relacionada ao quadro psicológico e o nível de dependência, de modo que idosos com maior dependência para realização de atividades de vida diária apresentam sintomatologia depressiva ($p < 0,001$).

5. DISCUSSÃO

O motivo para ingresso em instituição de longa permanência para idosos, pelos participantes desta pesquisa, se relacionam ao fato de morarem sozinhos, doenças e necessidades de cuidados, medo e desentendimentos com familiares.

Essa situação é semelhante a encontrado em estudo com idosos em Fortaleza/CE, onde os idosos passaram a residir em instituições de longa permanência por conta da necessidade de cuidados, doenças, conflitos familiares, evitar a solidão, procurar segurança, e também alguns idosos relataram para se sentir produtivos por conta das atividades oferecidas pela instituição de longa permanência e continuar as práticas religiosas (BESSA; SILVA, 2008), e em Belo Horizonte/MG outro estudo mostrou o fator da necessidade de cuidados e morarem sozinhos (CAMARGOS et al., 2016).

As instituições de longa permanência são lugares de acolhimento à pessoa idosa, alguns fatores são determinantes na institucionalização do idoso como morar sozinho ou ausência de companheiro, ausência de cuidador domiciliar, viuvez, aposentadoria com rendimento baixo, suporte social precário, aumento de gastos com saúde, estágios terminais de doença, alto grau de dependência física, necessidades de reabilitação (FAGUNDES et al., 2016).

O risco de acidentes com a pessoa idosa é alto, portanto ela deve ser sempre assistida por um responsável. Vale ressaltar que o processo de envelhecimento traz desconfortos para a pessoa idosa quando se percebem incapazes de estar realizando as atividades do cotidiano, muitos casos o familiar do idoso não consegue prestar os devidos cuidados que a pessoa idosa requer, então a instituição de longa permanência é o local onde a pessoa idosa receberá todos os cuidados necessários nesse período de sua vida (FAGUNDES et al., 2016).

Na percepção dos idosos sobre ser um morador em instituições de longa permanência, percebe-se três grupos: os que gostam, os que estão ali por falta de opção, e os que não gostam de residir na instituição.

Os idosos que gostam de morar nessas instituições afirmam que são felizes, tem companhia, são bem cuidados, tem conforto, carinho e atividades. Essas considerações são realizadas quando questionamos sobre os pontos positivos de morar nessa instituição.

Semelhantemente acontece em Juazeiro do Norte/CE, onde através de um estudo mostrou semelhança nas afirmações dos internos em relação às atividades promovidas pelas instituições, tratamentos, conforto e sentimento de felicidade dos entrevistados (SOUZA et al., 2020).

Igualmente em outro estudo realizado em Belo Horizonte/MG, mostrou o conforto dos idosos que residem em uma instituição local. Amizade, companhia e sentimentos de felicidade foram relatados pelos entrevistados neste estudo (CAMARGOS et al., 2016).

Os idosos tem nesses locais a oportunidade de viver com qualidade, o que para eles estaria sendo impossível em outra moradia. O convívio social fornece a pessoa idosa a sensação de pertencimento da sociedade, melhoria na autoestima, benefícios físicos, cognitivos e funcionais por meio da troca de experiências (SOUZA et al., 2020).

As atividades de lazer para os idosos são fundamentais para a qualidade de vida deles, principalmente aos institucionalizados, pois fornece o convívio social, evita o isolamento, prevenindo doenças como a depressão (SOUZA et al., 2020).

Outro grupo, dos que estão ali por falta de opção, relata não ter parentes ou alguém que cuide, além da falta de moradia.

Parecido acontece em Luís de Montes Belos/GO, onde em uma pesquisa realizada em duas instituições de longa permanência mostrou o fato de alguns idosos estarem institucionalizados por não terem parentes ou responsável para promover os cuidados necessários a eles (MORAES et al., 2016).

A instituição quando relacionado à falta de parente, cuidador, e outra opção de moradia é vista como um local que vai proporcionar segurança e todo tratamento que a pessoa idosa requer nessa fase da vida (CAMARGOS et al., 2016).

Os que não gostam, justificam esse sentimento pelo desejo de estar com os filhos, falta de liberdade e privacidade, desentendimento entre os demais moradores, essas falas são reafirmadas ao questionar sobre os pontos negativos de morar nessa instituição.

Em Jequié/BA, um estudo realizado em instituição de longa permanência, mostrou a saúde dos filhos e da vida fora do abrigo semelhantemente a este estudo (GOMES et al., 2018).

Igual acontece na região do Alto Tietê, estado de São Paulo, onde um estudo evidenciou que alguns entrevistados sentem a falta de liberdade configurado pelo limite físico estabelecido pela instituição (CORRÊA; OLIVEIRA; BASSANI, 2018).

Quando o familiar recorre institucionalizar o idoso, ele busca uma atenção e cuidado que ele não consegue fornecer devido a dificuldade na disponibilidade de tempo. A solidão, o sentimento de abandono e dificuldades na socialização do idoso na nova moradia contribuem para o surgimento de doenças como a depressão (MORAES et al., 2016).

Nesta pesquisa, os resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica evidenciam que 50% dos idosos participantes foram classificados como depressão leve e grave.

Em um estudo para detecção de depressão em idosos com residência em instituição de longa permanência localizada no município Foz do Iguaçu/PR, mostrou semelhança quando de 50 idosos entrevistados, 25 não foram caracterizados como depressivos, e 25 tiveram classificações como depressivos leves e graves (MURILLO, 2020).

A institucionalização para o idoso é um meio para uma assistência pronta para as suas necessidades específicas, considera-se que, a longo prazo pode ocasionar complicações em seu perfil de saúde, é necessário que os profissionais encarregados pelos cuidados da saúde do idoso tenha uma capacitação a fim de reconhecer quadros depressivos em idosos (MURILLO, 2020).

A depressão é um transtorno mental cada vez mais comum na sociedade, antigamente era vista como melancolia, tristeza entre outras nomeações, porem atualmente sabemos que a depressão vem a ser de caráter endógeno, assim dizendo, de começo interno por alterações de neurotransmissores. Mas da mesma forma pode vir a surgir por caráter ambiental, em que o ambiente pode provocar um quadro depressivo, tal como, uma perda financeira, mudanças abruptas na vivência ou uma doença incapacitante a qual o indivíduo venha a ficar dependente para realizar as atividades de vida diárias (SEMEDO, et al., 2016).

Neste sentido, quanto ao resultado da aplicação da escala de Barthel modificada, que avalia a existência e nível dependência nos idosos, obteve-se que 100% dos participantes são dependentes, e destes, 65,4% estão em dependência moderada e 34,6% em dependência severa.

Na cidade de Barreiras-BA, um outro estudo realizado com idosos institucionalizados e não institucionalizados mostrou o alto número de idosos dependentes em situação de internamento, esse idosos quando comparado aos idosos não institucionalizados apresentaram maior risco de quedas devido a dependências em varias situações relacionadas as atividades de vida diárias (OLIVEIRA; SOUZA;LOPES, 2020).

O processo de envelhecimento causa declínio para o indivíduo, intervindo diretamente para suas atividades cotidianas e qualidade de vida; as chances de quedas aumentam, necessidade de alguém para auxiliar nas atividades, somando também o conceito de impossibilidade que isso causa no intelecto do idoso. (OLIVEIRA; SOUZA; LOPES, 2020).

Podemos então dizer que o estado de saúde está ligado ao surgimento da depressão, em especial quando existe uma grande incapacidade na atividade de vida diária da pessoa idosa; a relação de dependência e depressão tiveram resultados significativos nesta pesquisa.

6. CONCLUSÃO

A caracterização dos idosos compreende a maioria do sexo feminino, cor de pele branca, maior parte solteiro, média de idade de 74 anos, maioria tem filhos, todos aposentados, grande parte de religião católico e tempo de residência na instituição entre 1 a 151 meses.

Os idosos percebem que a admissão na instituição de longa permanência se deu pela necessidade de cuidados, pois afirmam que vivenciavam situações de solidão, e incapacidade para realizar atividades cotidianas nas antigas moradias e atualmente se sentem acompanhados e protegidos.

Nesse sentido de não realização das atividades cotidianas, os idosos são classificados como dependentes, de modo que não houve independentes ou em dependência leve, mas todos com dependência moderada e severa.

Para a sintomatologia depressiva, metade dos participantes apresentaram quadro psicológico normal e a outra metade depressão leve e severa.

Os dados desta pesquisa nos permitem afirmar que há associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados ($p < 0,001$).

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Rosangela Vieira de. et al. Atuação dos neurotransmissores na depressão. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.** v.1, n.1, p.1-4, 2003. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/cienciasfarmaceuticas/v1n1a6.pdf>>. Acesso em: 27 de dez. 2018.

ALMEIDA, Osvaldo P; ALMEIDA, Shirley A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** v.57, n. 2B, p. 421-426,1999. DOI:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>>. Acesso em: 20 de Fev. 2019.

BESSA, Maria Eliana Peixoto; SILVA, Maria Josefina da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um relato de caso. **Texto e Contexto – Enfermagem.** v.17, n.2, p. 258-265, 2008. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 de Jul. 2020.

CORRÊA, Diogo Arnaldo; OLIVEIRA, Carla de Santana; BASSANI, Marlise Aparecida. Ser além dos muros: fenomenologia da liberdade para idosos institucionalizados. **Revista da Abordagem Gestáltica.** v.24, n.2, p.167-172,2018. DOI:<10.18065/RAG.2018v24n2.5>. Acesso em: 25 de Jul. 2020.

CHAGAS, Eliane Ferrari; TAVARES Maria da C.Gomes C.F. A Simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, v.8, n.1, p.40-50, 2001. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/79397>>. Acesso em: 02 de Abr. 2019.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos. et al. Viver em instituição de longa permanência: o olhar do idoso institucionalizado. **Revista Kairós Gerontologia.** v.19, n.3, p.135-150,

2016. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/32358>>. Acesso em: 08 de Jul. 2020.

FAGUNDES, Karolina Vitorelli Diniz Lima. et al. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Revista Salud Pública**. v.19, n.2, p.210-214,2017. DOI:<<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>>. Acesso em: 10 de Jul. 2020.

GOMES, Renara Meira. et al. Significado da vivência em instituição de longa permanência. **Id on line revista multidisciplinar e de psicologia**. v.12, n.40, p.925-938,2018. DOI:<<https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1166>>. Acesso em 16 de Jul. 2020.

HARTMANN JÚNIOR, José Antônio Spencer; GOMES, Giliane Cordeiro. Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Revista da Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar**. v. 17 n. 2, p.83-105, 2014. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000200006>. Acesso em: 20 de Fev. 2019.

LAFER, Beny. et al. Depressão no Ciclo da Vida. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 22, n. 3, p. 149-152, 2000. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300013>>. Acesso em: 27 de dez. 2018.

MURILLO, Roberth Steven Gutierrez. Grau de depressão em idosos com residência em instituição brasileira de longa permanência. **Journal of aging e innovation**. v.9, n.1, p.30-44, 2020. DOI:< 10.36957/jai.2182-696X.v9i1-2>. Acesso em: 29 Jul. 2020.

Ministério da Saúde. **Taxa de suicídio é maior em idosos com mais de 70 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:< <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29691-taxa-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>>. Acesso em: 28 de mar. 2019.

MINOSSO, Jéssica Sponton Moura et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.2, p.218-223, 2010. DOI:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>>. Acesso em: 14 de Jan. 2019.

MORAES, Bruna Silva. et al. Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás. **Revista Faculdade Montes Belos**. v.9, n.2, p.106-141,2016. Disponível em:<<http://www.revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/227>>. Acesso em: 24 de Jul. 2020.

OLIVEIRA, Mariza Augusta de; SOUZA, Raiany Camacam de; LOPES, Rafael Leite. Comparação do grau de independência e índice de quedas entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Hígia**. v.5, n.1, p.1-19,2020. Disponível em: <<http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/524/478>>. Acesso em: 30 de Jul. 2020.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva; LOURENÇO, Roberto Alves; VERAS, Renato Peixoto. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.6, p.918-923,2005. DOI:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>>. Acesso em: 10 de Mar. 2019.

PARADELA, Emylucy Martins Paiva. Depressão em Idosos. **Revista HUPE**. v. 10, n. 2, p. 31-40, 2011. Disponível em:< <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8850/6729>>. Acesso em: 02 de Jan. 2019.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTODIO, Osvladir; MAKDISSE, Márcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.12, n.1, p.123-140,2009. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232009000100123&script=sci_abstract&lng=pt >. Acesso em: 30 de Jan. 2019.

STELLA, Florindo. et al. Depressão no idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Motriz**. v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2019.

SHAH, Surya; VANCLAY, Frank; COOPER, Betty. Improving the sensitivity of the Barthel index for stroke rehabilitation. **J. Clin Epidemiol**, v. 42, n.8, p. 703-709,1989. DOI:<10.1016 / 0895-4356 (89) 90065-6>. Acesso em: 20 de Mar. 2019.

SOUZA, Francisco Jânio Marinho de. et al. Percepção dos idosos institucionalizados acerca da qualidade de vida. **Revista eletrônica acervo saúde**. v.12, n.7, p.1-9,2020. DOI:<<https://doi.org/10.25248/reas.e3310.2020>>. Acesso em: 14 de Jul. 2020.

SEMEDO, Deisa Cabral. et al. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem**. v.12, n.12, p.101-113,2016. Disponível em:< <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2260>>. Acesso em: 03 de Ago. 2020.

YESAVAGE, Jerome A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**. v.17,n.1,p.37-49,1983. DOI:<[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)>. Acesso em: 15 de Fev. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E GRAU DE DEPENDÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS”

Nome do (a) Pesquisador (a): LUCAS SILVEIRA GARCIA – (18) 99796 1085

Nome do (a) Orientador (a): DANIEL AUGUSTO DA SILVA – (18) 99736 4736

- Natureza da pesquisa:** *o (a) sr. (sra.) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo verificar a existência de associação entre sintomatologia depressiva e grau de dependência em idosos institucionalizados em uma cidade do centro-oeste paulista.*
- Participantes da pesquisa:** *serão convidados a participar desta pesquisa os idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idoso, sendo que o número total de participantes será obtido pela aceitação voluntária em participar.*
- Envolvimento na pesquisa:** *ao participar deste estudo o (a) sr. (sra.) permitirá que o pesquisador realize algumas perguntas, com gravador de voz, por meio de aplicação de um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores desta pesquisa, com perguntas sobre suas características pessoais e percepção pessoal sobre morar neste local, aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, que avalia a existência de sintomatologia depressiva e indica quadro psicológico normal ou depressão, e do Índice de Barthel Modificado, que analisa o seu grau de dependência para realizar atividades diárias. O (A) sr. (sra.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que é o órgão que avalia se não há problemas na realização de uma pesquisa com seres humanos.*
- Sobre as entrevistas:** *as entrevistas ocorrerão na instituição onde o (a) senhor (a) reside, em horário de melhor comodidade para o (a) sr. (sra.), e em espaço de sua escolha, que proporcione privacidade frente as informações de cunho pessoal prestadas. Para favorecer o diálogo, haverá gravação de voz durante esta entrevista.*
- Riscos e desconforto:** *a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas, sendo que os desconfortos poderão surgir no momento da entrevista apenas, devido a exposição de informações de cunho pessoal. Salientamos que seus dados pessoais não serão expostos em momento algum, sendo garantido o seu anonimato enquanto participante desta pesquisa. Havendo desconforto no momento da entrevista e/ou seja identificada sintomatologia depressiva, poderemos contar com a intervenção da psicóloga da instituição, que já se disponibilizou para intervenção conforme a necessidade apresentada e expressa pelo (a) senhor (a). Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*
- Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.*

7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o (a) sr. (sra.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a associação do grau de dependência vivenciado por idosos e a sintomatologia depressiva, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar ações de prevenção à saúde mental e melhoria da qualidade de vida.

O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.

8. **Pagamento:** o (a) sr. (sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Confiro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs.: **Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.**

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, _____, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante da Pesquisa

DECLARAÇÃO DO(A) PESQUISADOR(A)

Eu, **LUCAS SILVEIRA GARCIA / DANIEL AUGUSTO DA SILVA** declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supramencionado.

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

Assinatura do(a) Orientador(a)

Pesquisador (a): **LUCAS SILVEIRA GARCIA – lucas_silveira56@hotmail.com – (18) 99796 1085**

Nome do (a) Orientador (a): **DANIEL AUGUSTO DA SILVA – daniel.augusto@unifesp.br – (18) 99736 4736**

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis – CEP/FEMA.**

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

CEP/FEMA - Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Educacional do Município de Assis:

Avenida: Getúlio Vargas, 1200 - Vila Nova Santana – Assis/SP.

Fone: (18) 3302-1055 – ramal 1096 - e-mail: comitedeeticafema@femanet.com.br

Horário de atendimento: das 8h as 12h e das 14h as 17h.

APÊNDICE 2 –QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

A – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Idade: _____ anos
2. Sexo: () M () F
3. Orientação sexual: ()Heterossexual ()Homossexual ()Bissexual () Outra: _____
4. Cor ou Raça/Etnia: ()Branca ()Preta ()Parda ()Amarela ()Indígena
5. Estado Civil: ()Solteiro ()Casado ()Divorciado ()Separado ()Viúvo ()União estável
6. Número de filhos: ()0 ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()6 ()7 ()8 ()9 ()10
7. Qual é, aproximadamente, a sua renda familiar?
() Até 1 salário mínimo () De 2 a 3 salários mínimos () De 5 a 10 salários mínimos
() De 1 a 2 salários mínimos () De 3 a 5 salários mínimos () Mais de 10 salários mínimos
8. Fonte de renda: () Aposentadoria () Outra, qual? _____
9. Possui religião? () Não () Sim, qual? _____

B – SOBRE SER UM IDOSO INSTITUCIONALIZADO

10. Admissão na instituição: ____/____/_____
11. Motivo da admissão na instituição:

12. O que o (a) senhor (a) pensa sobre morar nessa instituição? Porque?

13. Quais são os pontos positivos de morar nesta instituição?

14. Quais são os pontos negativos de morar nesta instituição?

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Instruções

- Aplicar o questionário computando as respostas que indicam como a pessoa tem se sentido na última semana.
- Assinalar SIM ou NÃO.
- Cada resposta deverá ser pontuada conforme o indicativo ao lado.
- O resultado final será a soma das 15 respostas.

Questão	Resposta	Pontuação	Resposta	Pontuação
1. Está satisfeito (a) com a sua vida?	SIM ()	0	NÃO ()	1
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM ()	1	NÃO ()	0
3. Acha sua vida vazia?	SIM ()	1	NÃO ()	0
4. Aborrece-se com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM ()	1	NÃO ()	0
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM ()	0	NÃO ()	1
8. Sente-se desamparado com frequência?	SIM ()	1	NÃO ()	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	SIM ()	1	NÃO ()	0
11. Acha que é maravilhoso estar vivo (a)?	SIM ()	0	NÃO ()	1
12. Sente-se inútil?	SIM ()	1	NÃO ()	0
13. Sente-se cheio (a) de energia?	SIM ()	0	NÃO ()	1
14. Sente-se sem esperança?	SIM ()	1	NÃO ()	0
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	SIM ()	1	NÃO ()	0

Interpretação

0 a 5 pontos: indica quadro psicológico normal	6 a 10 pontos: indica quadro de depressão leve	11 a 15 pontos: indica quadro de depressão severa
---	---	--

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421- 426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

ANEXO 2 – ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO

ITEM		SUBTOTAL
ALIMENTAÇÃO	1. Dependente. Precisa ser alimentado.	
	2. Assistência ativa durante toda tarefa.	
	3. Supervisão na refeição e assistência para tarefas associadas (sal, manteiga, fazer o prato).	
	4. Independente, exceto para tarefas complexas como cortar a carne e abrir leite.	
	5. Independente. Come sozinho, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas quando necessário.	
HIGIENE PESSOAL	1. Dependente. Incapaz de encarregar-se da higiene pessoal.	
	2. Alguma assistência em todos os passos das tarefas.	
	3. Alguma assistência em um ou mais passos das tarefas.	
	4. Assistência mínima antes e/ou depois das tarefas.	
	5. Independente para todas as tarefas como lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes, e fazer a barba. Inclusive usar um barbeador elétrico ou de lâmina, colocar a lâmina ou ligar o barbeador, assim como alcançá-las do armário. As mulheres devem conseguir se maquiar e fazer penteados, se usar.	
USO DO BANHEIRO	1. Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa.	
	2. Assistência em todos os aspectos das tarefas.	
	3. Assistência em alguns aspectos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos.	
	4. Independente com supervisão. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo.	
	5. Independente em todos os passos. Se for necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo.	
BANHO	1. Dependente em todos os passos. Não participa.	
	2. Assistência em todos os aspectos.	
	3. Assistência em alguns passos como a transferência, para lavar ou enxugar ou para completar algumas tarefas.	
	4. Supervisão para segurança, ajustar temperatura ou na transferência.	
	5. Independente. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente.	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER ANAL	1. Incontinente	
	2. Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitatória de evacuação.	
	3. Assistência para uso das técnicas facilitatória e para limpar-se. Frequentemente tem evacuações acidentais.	
	4. Supervisão ou ajuda para por o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional.	
	5. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando for necessário.	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER VESICAL	1. Incontinente. Uso de caráter interno.	
	2. Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo.	
	3. Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência de dispositivos.	
	4. Tem apenas acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manusear o dispositivo interno ou externo (sonda ou cateter).	
	5. Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite. Independente no manejo dos dispositivos internos e externos.	

VESTIR-SE	1. Incapaz de vestir-se sozinho. Não participa da tarefa.	
	2. Assistência em todos os aspectos, mas participa de alguma forma.	
	3. Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa.	
	4. Assistência apenas para fechar botões, zíperes, amarras sapatos, sutiã, etc.	
	5. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda a poupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Esta atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas.	
TRANSFERÊNCIAS (CAMA E CADEIRA)	1. Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas).	
	2. Participa da transferência, mas necessita de ajuda máxima em todos os aspectos da transferência.	
	3. Assistência em algum dos passos desta atividade.	
	4. Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos.	
	5. Independente em todas as fases desta atividade. O paciente pode aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário para voltar e sentar-se nela e voltar à cadeira de rodas.	
SUBIR E DESCER ESCADAS	1. Incapaz de usar degraus.	
	2. Assistência em todos os aspectos.	
	3. Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos desta tarefa.	
	4. Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco.	
	5. Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas e muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar o auxílio tanto ao subir quanto ao descer.	
DEAMBULAÇÃO	1. Dependente na deambulação. Não participa.	
	2. Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação.	
	3. Assistência necessária para alcançar apoio e deambular.	
	4. Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros.	
	5. Independente. Pode caminhar, ao menos 50 metros, sem ajuda ou supervisão. Pode usar órtese, bengalas, andadores ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se utilizando as correspondentes ajudas técnicas e colocar os auxílios necessários na posição de uso.	
MANUSEIO DA CADEIRA DE RODAS (alternativo para paciente que não deambula)	1. Dependente na ambulação em cadeira de rodas.	
	2. Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira.	
	3. Assistência para manipular a cadeira para a mesa, cama, banheiro, etc.	
	4. Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias.	
	5. Independente no uso de cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50 metros.	
TOTAL DE PONTOS:		
PONTUAÇÃO: Dependência total: 10; Dependência severa: 11-30; Dependência moderada: 31-45; 46-49; Ligeira dependência; Independência total: 50 pontos.		

SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. ImprovingthesensitivityoftheBarthel index for strokerehabilitation. J. ClinEpidemiol, vol. 42, p. 703-709, 1989.

CHAGAS E.F., TAVARES M.C.G.C.F. A Simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo, vol. 8 p. 40-50, 2001.