

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

MARCOS HENRIQUE DE ARAÚJO

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO MAIOR EM IDOSOS
EM DOIS MODELOS DE INSTITUIÇÃO: CENTRO DE ACOLHIDA
ESPECIAL PARA IDOSOS(CAEI) E INSTITUIÇÃO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS(ILPI).**

SÃO PAULO

2018

MARCOS HENRIQUE DE ARAÚJO

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO MAIOR EM IDOSOS
EM DOIS MODELOS DE INSTITUIÇÃO: CENTRO DE ACOLHIDA
ESPECIAL PARA IDOSOS (CAEI) E INSTITUTO DE LONGA
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Stricto-Sensu da Universidade Santo Amaro, como requisito parcial para o título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

SÃO PAULO

2018

De Araújo, Marcos Henrique

Estudo da prevalência de depressão maior em idosos em dois modelos de instituição: centro de acolhida especial para idosos (CAEI) e instituto de longa permanência para idosos (ILPI). – São Paulo, 2018.

57 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Santo Amaro, 2018.

Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa

1. Idoso. 2. Instituição de Longa Permanência. 3. Depressão. 4. Centro de Acolhida Especial de Idosos.

MARCOS HENRIQUE DE ARAÚJO

ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO MAIOR EM IDOSOS EM DOIS MODELOS DE INSTITUIÇÃO: CENTRO DE ACOLHIDA ESPECIAL PARA IDOSOS(CAEI) E INSTITUTO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS(ILPI).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa.

São Paulo, ____ de _____ de 2018.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa

Titulação:

Prof^a. Dr^a. Ana Paula Ribeiro

Titulação:

Conceito Final

Prof^a. Dr^a. Ruth Gelehrter da Costa Lopes

Titulação:

Dedico esta dissertação, aos meus pais, Henrique e Maria (saudades eternas), toda gratidão.

À minha amada esposa, Fernanda, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional.

À minha filha, Isadora, razão da minha existência.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Eloi Francisco Rosa**, pela brilhante sabedoria, paciência, ensino e dedicação, durante a construção deste estudo.

Ao meu coorientador, **Prof. Dr. Álvaro Avezum**, por suas contribuições na realização desta pesquisa.

Às professoras, **Dr^a. Cristina Aparecida Vilas Boas de Sales Oliveira**, **Dr^a. Ruth Gelehrter da Costa Lopes**, **Dr^a. Ana Paula Ribeiro** por aceitarem fazer parte da minha banca e pelas valiosas contribuições na minha qualificação.

Às **instituições asilares** que autorizaram a coleta de dados contribuindo para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos **idosos** voluntários de pesquisa, que dividiram comigo sua realidade e história de vida.

Ao **corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**, que por sua reconhecida excelência, será sempre um exemplo de competência a ser seguido.

Aos queridos **amigos e colegas do mestrado** pela convivência prazerosa, e pelos momentos de aprendizado e reflexão compartilhados.

Aos meus irmãos, **Célia, Paulo e Carlos**, pelo apoio incondicional que me deram, ao longo da elaboração dessa dissertação.

À **Universidade Santo Amaro** por viabilizar a bolsa de estudos, fundamental para a realização deste trabalho.

RESUMO

ARAÚJO, Marcos Henrique de. Estudo da prevalência de depressão maior em idosos em dois modelos de instituição: Centro de Acolhida Especial de Idosos (CAEI) e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). 2018. 57 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2018. **Introdução:** O envelhecimento da população tem aumentado rapidamente nos países em desenvolvimento. As incapacidades funcionais e doenças crônicas não transmissíveis, como a depressão maior, inerentes à esta fase, têm promovido o aumento do número de idosos institucionalizados. Entre os serviços voltados à esta população em nosso país, estão as ILPI (Instituição de Longa permanência de idosos), responsável no atendimento integral institucional e os CAEI (Centros de Acolhida Especial de Idosos) que tem como finalidade oferecer acolhimento provisório para idosos em situação de vulnerabilidade e risco social. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de depressão e comparar os resultados entre dois modelos de instituições para idosos no município de São Paulo (ILPI e CAEI). **Método:** Participaram deste estudo 80 idosos (idade \geq 60 anos), de ambos os sexos, com autonomia cognitivo-social e que apresentavam a capacidade de compreensão e comunicação verbal para responder os seguintes questionários: Escala de Depressão Geriátrica Yesavage – GDS-15, utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos, e o Índice de Katz que verifica a situação funcional através da observação de seis atividades básicas de vida diária. **Resultados:** No CAEI (n=50) a pontuação média da escala GDS-15 foi de 4,48 pontos enquanto na ILPI (n=31) foi 3,0. A escala Katz mostrou que 94,3% dos entrevistados residentes na CAEI eram totalmente independentes enquanto na instituição ILPI 70,96% dos moradores desempenhavam de forma independente suas atividades funcionais. **Conclusão:** Embora este estudo tenha observado uma tendência de maior prevalência de depressão em um dos centros, as diferenças relacionadas aos sintomas depressivos e realização de atividades funcionais entre os dois modelos de instituição não foram estatisticamente significativas.

Palavras-chave: 1. Idoso. 2. Instituição de Longa Permanência. 3. Depressão. 4. Centro de Acolhida Especial de Idosos

ABSTRACT

ARAÚJO, Marcos Henrique de. Study of the prevalence of major depression in the elderly in two models of institution: Special Elderly Care Center (CAEI) and Long Stay Institution for the Elderly (ILPI). 2018. 57 f. Dissertation (Master in Health Sciences) - Graduate Program in Health Sciences, Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2018.

Introduction: Population aging has increased rapidly in developing countries. Functional disabilities and chronic noncommunicable diseases, such as major depression, inherent in this phase have promoted an increase in the number of institutionalized elderly. Among the services aimed at this population in our country are the ILPI (Institution for long-term care of the elderly), responsible for comprehensive institutional care and the CAEI (Special Elderly Care Centers), whose purpose is to offer temporary shelter for the elderly in vulnerability and social risk situation. **Objective:** To evaluate the prevalence of depression and to compare the results between two models of institutions for the elderly in the city of São Paulo (ILPI and CAEI). **Method:** Participants were 80 elderly (age ≥ 60 years) of both sexes, with cognitive-social autonomy and who had the ability to understand and verbal communication to answer the following questionnaires to evaluate the prevalence of Major Depression: Geriatric Depression Scale Yesavage - GDS-15, used for the screening of depressive symptoms in the elderly, and the Katz Index that verifies the functional situation by observing six basic activities of daily living. **Results:** In the CAEI (n = 50) the mean score of the GDS-15 scale was 4.48 points while in the ILPI (n = 31) it was 3.0. The Katz scale showed that 94.3% of the interviewees residing in the CAEI were totally independent while in the ILPI 70.96% of the residents independently performed their functional activities. **Conclusion:** Although this study observed a trend of higher prevalence of depression in one of the centers, the differences related to depressive symptoms and performance of functional activities between the two models of institution were not statistically significant.

Keywords: 1. Elderly. 2. Long-Term Care Institution. 3. Depression. 4. Special Elderly Care Center

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Comparação do nível de instrução entre idosos nas instituições CAEI e ILPI.....	33
Figura 2 -Média de tempo de permanência nas instituições CAEI e ILPI.....	Erro!
Indicador não definido.	
Figura 3 - Comparação de porcentagem de idosos que mantém vínculo familiar nas instituições CAEI e ILPI	34
Figura 4 – Autonomia para saída diária nas instituições CAEI e ILPI.	33
Figura 5 – Índice de idosos que pontuaram em cada questão da GDS-15 nas instituições CAEI e ILPI.....	37
Figura 6 – Índice de idosos que pontuaram em cada questão da da Escala Katz nas instituições CAEI e ILPI.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de distribuição de gênero nas instituições CAEI e ILPI.....	31
Tabela 2 - Dados Demográficos.....	36
Tabela 3 - Características da Amostra	37
Tabela 4 - Dados Clínicos.....	39
Tabela 5 - Percentual dos Resultados Obtidos na Aplicação da GDS-15 nas Instituições CAEI e ILPI.....	38
Tabela 6 - Percentual dos Resultados Obtidos na Aplicação da Escala Katz nas Instituições CAEI e ILPI.....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição de frequência pelo nível de escolaridade nas instituições CAEI e ILPI.....	33
--	----

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAEI	Centro de Acolhimento Especial de Idosos
CID	Código Internacional de Doenças
CREAS	Centros de Referência Especializados em Assistência Social
CRAS	Centros de Referência da Assistência Social
DCAE	Declínio Cognitivo Associado ao Envelhecimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	54
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ..	566
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE VERSÃO REDUZIDA (GDS-15)	61
ANEXO D – INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)	63

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Envelhecimento	15
1.2. Envelhecimento no Brasil.....	16
1.3. Envelhecimento e Depressão.....	17
1.4. Idosos Institucionalizados.....	19
1.5. Institucionalização e Depressão Maior em Idosos	22
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo Geral	25
2.2. Objetivos Específicos	25
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	26
3.1. Tipo de Estudo.....	26
3.2. Sujeitos da Pesquisa.....	26
3.3. Locais do Estudo.....	26
3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão da Pesquisa.....	27
3.5. Instrumentos de Avaliação	27
3.6. Variáveis Independentes	28
3.7. Coleta de Dados	28
3.8. Análise Estatística.....	29
4. RESULTADOS	31
4.1. Caracterização da População / Dados Demográficos	31
5. DISCUSSÃO	40
5.1. Caracterização dos idosos institucionalizados no estudo realizado	40
6. CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	58
ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE VERSÃO REDUZIDA (GDS-15)	61
ANEXO D – INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ).....	63

1. INTRODUÇÃO

1.1. Envelhecimento

Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS,2005), o envelhecimento é definido como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS,2005) classifica como idosos os indivíduos com 65 anos ou mais residentes em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento a OMS considera idoso o indivíduo a partir dos 60 anos.

O envelhecimento populacional pode ser considerado como um fenômeno mundial, apresentando um maior crescimento da população idosa comparando-se as demais faixas etárias. Além disso, o envelhecimento do idoso, através do aumento da longevidade, origina grupos de idosos heterogêneos relacionados a composição etária (CAMARANO et al., 2002).

O envelhecimento tem como consequência a diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional do idoso e conseqüentemente a dependência, através da perda em executar funções e atividades cotidianas da vida diária devido as limitações físicas e cognitivas (FERREIRA et al.,2012).

O processo do envelhecimento pode também ser caracterizado por uma série de alterações, como exemplo, na redução das capacidades respiratórias e circulatórias, do equilíbrio e mobilidade, além das modificações psicológicas como a depressão (NAHAS, 2006).

Segundo MINGHELLI et al., 2013 essas alterações que ocorrem no processo do envelhecimento, muitas vezes são consideradas como causa de ansiedade, sofrimentos, isolamento, e transtornos depressivos.

A longevidade desse grupo deve-se a implementação de políticas públicas que impulsionaram o progresso tecnológico, promovendo alterações na composição etária. Com o prolongamento da vida, surgem grandes preocupações nos desafios a serem enfrentados, principalmente nos países subdesenvolvidos, onde podemos citar

os custos no sistema previdenciário, na saúde e também na inserção do idoso nos arranjos familiares.

A OMS (2005) adotou nos anos 90, o termo “envelhecimento ativo” que é definido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Um modelo que incorpore políticas e programas que promovam a saúde mental e as relações sociais são fundamentais para o aumento da expectativa de vida associada a qualidade.

Segundo a OMS (2005), a estimativa é apresentarmos em 2025 uma população composta de 1,2 bilhões de indivíduos com idade superior a 60 anos e em 2050 atingiremos o número de 2 bilhões, sendo 80% pertencentes aos países em desenvolvimento.

1.2. Envelhecimento no Brasil

No caso do Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2015) a população brasileira vem passando por um rápido processo de envelhecimento, com estimativas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 – 2022. O contingente de 19,6 milhões de idosos com idade a partir dos 60 anos em 2010 deve atingir 41,5 milhões, em 2030 e 73,5 milhões em 2060.

Uma das explicações para o aumento da população idosa no Brasil, deve-se a queda da taxa de fecundidade que caiu de 6,16 filhos por mulher em 1940 para 1,57 filhos em 2014. Além disso, houve o aumento na expectativa de vida do brasileiro, passando de 33,7 anos no início do século 20 para 75,4 no ano de 2014 (IBGE,2015).

Embora o crescimento da população brasileira de indivíduos com mais de 60 anos tenha um impacto positivo para a sociedade, devido ao aumento da expectativa de vida, essa longevidade pode ser preocupante à medida que o envelhecimento não está dissociado da dependência (BELTRÃO, CAMARANO e KANSO, 2004).

De acordo com MENDES et al, 2005, o aumento da longevidade trouxe uma realidade preocupante, pois temos uma sociedade que não está preparada para essa alteração que ocorre no perfil demográfico do Brasil e a falta de políticas sociais que atendam às necessidades desse público contribui para que os mesmos não tenham um envelhecimento saudável com qualidade de vida adequada.

As políticas públicas no Brasil são insuficientes para o atendimento à população de idosos, porém, é notório o avanço na legislação brasileira com relação a elaboração de políticas sociais voltadas aos indivíduos acima de 60 anos (SANTOS e SILVA, 2003). Além disso, a Constituição Brasileira no seu Art.230 já aborda o tema do idoso ao apresentar um dispositivo que garante o seu amparo.

No ano de 1994 foi aprovada a Lei 8.842/94 que instituiu a Política Nacional do Idoso, sendo a mesma regulamentada pelo Decreto 1948/1996 e estabelece direitos sociais aos idosos como a integração e participação na sociedade, garantia da autonomia e o exercício de sua cidadania, sendo considerada população idosa indivíduos com 60 anos ou mais.

A Política Nacional da Saúde do Idoso (1999) apresenta como objetivo principal a permanência do idoso juntamente aos seus familiares; o Estatuto do Idoso (2003) resgata os princípios constitucionais que garantem aos cidadãos os seus direitos e preservem a dignidade da pessoa humana sem a discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade.

Para VERAS (2002), os esforços realizados pelo governo brasileiro ao longo dos anos que atendam às necessidades da população idosa ainda demonstram desarticulação e pouco efeito prático observado, sendo necessária a criação de um novo modelo baseado na qualidade de vida, ou seja, priorizando a capacidade de manutenção das habilidades mentais e físicas do idoso, itens fundamentais na aquisição de uma vida autônoma.

As pesquisas da área da gerontologia direcionadas ao conhecimento sobre envelhecimento saudável aponta a depressão como uma das principais reclamações dos idosos (HARTMANN e GOMES, 2014). Para OLIVEIRA et al.(2006) a depressão é um distúrbio psiquiátrico muito comum entre os idosos, muitas vezes sem diagnóstico e tratamento, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo.

A qualidade de vida do idoso pode estar associada a diversos fatores: o estado emocional, a capacidade funcional na realização de atividades e mobilidade, a interação social, autoproteção de saúde e atividade intelectual (SANTOS et al. 2002).

1.3. Envelhecimento e Depressão

Segundo STELLA et al, 2002, é diretamente proporcional o aumento da população de idosos com o crescimento no número de casos de doenças crônico-degenerativas associadas a alterações do sistema nervoso central, como as patologias neuropsiquiátricas entre elas, o Transtorno Depressivo Maior e Alzheimer.

O Transtorno Depressivo Maior é uma doença grave que leva a incapacitação das atividades do cotidiano, como também das funções sociais, atingindo aproximadamente 121 milhões de pessoas/ano e levando ao óbito 850 mil indivíduos/ano no mundo (GIAVONI et al, 2008). Pode ser definido ainda como um distúrbio de origem multifatorial da área afetiva e do humor, envolvendo aspectos de ordem biológica, social e psicológica. (TIER, 2006). A Depressão é um importante problema clínico e as altas taxas de mortalidade associadas à doença pode ter um impacto relevante nas políticas de saúde pública (CUIJIPERS et al, 2014).

Para BATISTONI et al (2010), no processo de envelhecimento do indivíduo, existe o aumento da probabilidade de desenvolver sintomas depressivos e também a dificuldade de se adaptar a situações adversas, fatores esses, apresentam uma estreita relação com o isolamento social, situações de stress, problemas cognitivos e sensações de mal-estar. Os estudos indicam que as diversas variáveis presentes ao longo da vida do indivíduo, podem influenciar o aparecimento e agravamento desses eventos citados, como renda, grau de escolaridade e gênero.

Os critérios utilizados para diagnosticar transtornos depressivos são baseados em entrevistas estruturadas como o CIDI que utiliza critérios do Código Internacional de Doenças (CID 10) e SCID que é baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). A depressão caracteriza-se pela diminuição de energia, desinteresse, pensamentos pessimistas, anedonia, humor depressivo e irritável (PARADELA, 2011). Observa-se ainda alterações no apetite e na qualidade do sono, comprometimento cognitivo e até mesmo delírios e alucinações (SMALL, 2009).

Para a American Psychiatric Association (2000), o transtorno depressivo, interfere diretamente na qualidade de vida do idoso, aumentando a probabilidade de desenvolver patologias físicas. Portanto, antecipar uma intervenção em idosos que apresentam um risco maior de desenvolver a depressão é fundamental na prevenção do agravamento causado pelo avanço da doença.

Para a OMS (2002) estamos diante um problema crescente de transtornos mentais que incidem em pessoas idosas, principalmente a depressão e a demência, acometendo 20% da população acima dos 60 anos.

Estudos revelam que a depressão é uma patologia comum e recorrente na população idosa. Dados epidemiológicos apresentam uma estimativa aproximada de 15% de idosos com sintomas de depressão, ocorrendo uma incidência maior nas populações institucionalizadas (NÓBREGA, et al., 2015; apud Santana; Barbosa Filho,2007; Póvoa et al., Siqueira et al.,2009).

De acordo com PARADELA et al., 2005, o estado depressivo está diretamente relacionado ao aumento de morbidades e também de mortalidade, à crescente utilização dos serviços de saúde, ao desleixo no autocuidado, à desistência no tratamento terapêutico e ao aumento no risco de suicídio.¹

A Institucionalização do idoso pode ser considerada uma das situações estressantes, desencadeadoras de doenças mentais como a depressão, devido ao isolamento social sofrido pelo indivíduo, que levam a um estado de solidão, a perda da sua autoestima e liberdade (PIZARRO, 2004).

1.4. Idosos Institucionalizados

No passado, respeitando tradições familiares, as gerações mais novas eram responsáveis em cuidar das pessoas mais velhas, permitindo que os idosos passassem os restos de anos de suas vidas no seu ambiente de costume. As mudanças nos arranjos familiares ao longo do tempo através da entrada da mulher, no mercado de trabalho e a diminuição da fecundidade, fizeram com que os idosos se adaptem a um novo modelo de segregação familiar e muitas vezes são submetidos a tomada de decisão dos seus familiares pela sua institucionalização, originando conflitos e traumas no processo. (FAGUNDES, 2017).

Ainda não existe no Brasil uma uniformidade de opiniões sobre o significado das instituições residenciais para idosos, pois muitas vezes elas são reconhecidas como locais de assistência social ou instituições de saúde.

¹ Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil – Ministério da Saúde (2017) :Taxa de suicídio entre idosos com mais de 70 anos; média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos.

Com o aumento da longevidade, temos como consequência o crescimento de indivíduos que perdem a sua capacidade funcional na realização de atividades diárias através da redução da capacidade cognitiva, mental ou física, levando a uma alta demanda para a institucionalização desse idoso e requisição para que essas casas de repouso para idosos ofereçam mais que abrigo ou residência. Para estabelecer um consenso sobre o papel dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Gerontologia (SBGG) sugere que os residenciais de idosos sejam denominados de ILPI (Instituição de Longa Permanência de Idosos) e que essas instituições englobem tanto a rede de assistência social, mas também, a área de saúde.

Vários residenciais para idosos tentam oferecer um local que reproduza a vida desse idoso em um ambiente familiar, denominando-se de lares. (CAMARANO 2010).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA / RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, que aprova as normas para a operação dessas instituições, define a ILPI como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (p.2).

Para CHRISTOPHE (2009) podemos dizer essas instituições quebram as barreiras que dividem as três esferas essenciais da vida: o trabalho, o lazer e o adormecer. Na instituição total, essas esferas básicas da vida, no caso do idoso, o lazer e dormir são realizados no mesmo lugar, com o mesmo grupo de pessoas que residem no local e também dirigidos pelos mesmos funcionários da empresa.

Cada prestadora de serviço tem as suas normas internas e as atividades são realizadas geralmente em um único lugar, sob o comando de uma autoridade que segue as regras estabelecidas pela instituição. As atividades diárias e cotidianas são impostas e realizadas juntamente com os outros moradores do local, pois os horários são determinados para que as mesmas sejam feitas.

Não podemos deixar de reconhecer que as ILPIs prestam um serviço assistencial necessário e relevante à pessoa idosa nesse contexto do envelhecimento da população do nosso país, mas ainda temos muitas instituições que apresentam problemas estruturais e organizacionais, trazendo muitas vezes insatisfações para os usuários do serviço. (FAGUNDES et.al.,2017).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA realizou uma pesquisa nacional de caráter censitário entre 2007 e 2009 para conhecer o perfil das ILPIs

brasileiras e foram localizadas 3.548 instituições distribuídas em apenas 29,9% do território nacional. A maioria desses residenciais para idosos são filantrópicos (65,2%), seguido pelas instituições privadas (28,2%) e públicas ou mistas (6,6%).

A maioria dessas instituições de longa permanência de idosos no Brasil são consideradas pequenas, pois abrigam em média 30,4 idosos e funcionam em casas que foram adaptadas para a prestação desse serviço. No estudo realizado pelo IPEA, encontrou-se a existência de 109.447 leitos com aproximadamente 90% de ocupação.

O perfil dos residentes das ILPIs filantrópicas e públicas, principalmente, são indivíduos que nunca tiveram familiares próximos ou perderam esse vínculo devido a conflitos na família ou por problemas de saúde que levam a dependência para a realização de atividades do cotidiano e também na falta de condição de prover o seu próprio sustento (CAMARANO 2010).

Apesar da institucionalização ser benéfica, pois oferece ao idoso o acolhimento, a disponibilidade de profissionais da área da saúde, alimentação e moradia, ao mesmo tempo pode promover o enfraquecimento ou ruptura dos laços familiares e sociais (JESUS et.al, 2010)

Além do modelo tradicional, as denominadas ILPI, têm-se algumas unidades denominadas Centros de Acolhida Especial de Idosos (CAEI) mantidas pelo poder público estadual e municipal de São Paulo. Os CAEI acolhem indivíduos de 60 anos ou mais, independentes e/ou com graus de dependência. São atendidos idosos por meio de encaminhamentos de Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), e outros serviços socioassistenciais e demais políticas públicas e órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, situação de rua, violência, negligência, abandono e com vínculos familiares rompidos e precários (PORTARIA 46/2010/Secretaria Municipal Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS).

Geralmente a média de idade dos idosos moradores dos CAEI está abaixo dos 70 anos. Esse modelo de instituição acolhe na maioria das vezes idosos que apresentam um maior grau de autonomia, diferentemente das ILPIs que recebem idosos que tem um maior comprometimento da capacidade física, geralmente, devido ao avanço da idade, requerendo assistência para realização de suas atividades (FERNANDES et. al, 2007).

O acolhimento não é permanente, havendo exceções de longa permanência somente nos casos em que se esgotam todas as possibilidades de reinserção social e auto sustento por parte do idoso.

Os principais objetivos dos CAELs são: promover acesso à renda; desenvolver condições para a independência e o autocuidado; promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência; incentivar o desenvolvimento de capacidades para a realização de atividades da vida diária. (ALMEIDA et. al, 2016)

Dessa forma, ele pode construir e concretizar um plano de vida, com vistas à autonomia pessoal e social.

1.5. Institucionalização e Depressão Maior em Idosos

No Brasil o número de casas que oferecem o serviço residencial para idosos, denominadas de ILPI aumentou significativamente nos últimos anos, com o crescimento da população idosa. (POLLO 2008).

Diversos estudos, como os realizados por PORCU, et. al, (2002), GORZONI e PIRES (2006), CARNEIRO, et. al, (2013), entre outros, constaram que idosos institucionalizados apresentam índice maior de depressão comparados com idosos não institucionalizados. Devido a isso, os cuidados a esses idosos devem ser redobrados, por apresentarem uma maior probabilidade de desenvolver essa patologia, contribuindo para sua decadência física e psicológica.

Um estudo recente observou a prevalência de sintomas depressivos em aproximadamente 45% dos residentes idosos em ILPIs em uma cidade do nordeste brasileiro (JEREZ-ROIG et al, 2016). Outros estudos também demonstraram uma prevalência maior de depressão em idosos institucionalizados (DAMIAN et al, 2008). Para HARTMANN JÚNIOR e GOMES, 2014, estudos comprovam que idosos internados em instituição de longa permanência aumentam a probabilidade em desenvolver sintomas depressivos.

Diversos fatores internos em uma ILPI podem contribuir para o surgimento de depressão em idosos, pois as pessoas admitidas nessas instituições vivenciam uma mudança abrupta em sua vida através da ruptura com os seus laços afetivos, tendo que conviver com perda da individualidade, a divisão do ambiente com pessoas desconhecidas e a obrigatoriedade de adaptar-se a uma rotina de horários e normas convivência (OLIVEIRA et al.,2006). Além disso temos os fatores extrínsecos, a perda

do vínculo familiar, doenças pré-existentes, baixa escolaridade e carência financeira (SOARES,2012).

Estudos epidemiológicos, indicam que 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo. Em determinadas populações como os pacientes residentes em asilos, temos uma frequência mais elevada, atingindo 31% de idosos institucionalizados que apresentam algum tipo de sintoma depressivo. Aproximadamente 13% dos idosos asilados desenvolvem depressão maior em um período de um ano (COUTINHO et.al, 2002).

Ainda são escassos estudos sobre a incidência de depressão em idosos institucionalizados, sendo fundamental o surgimento de novos estudos para o desenvolvimento de programas que possam oferecer prevenção e proteção à saúde desses idosos (SIQUEIRA et.al. 2009).

Para diminuir a probabilidade do aparecimento de sintomas depressivos é importante o papel da instituição que recebe esse idoso ao adotar ações que estimule o contato do paciente com seus familiares, evitar o ócio através do desenvolvimento de atividades lúdicas em grupo e disponibilizar serviços que levem acolhimento e apoio emocional ao residente (TUESTA et.al, 2003).

Muitas ILPIs não oferecem estrutura adequada para receber os idosos, pois carecem de profissionais habilitados para o desenvolvimento de suas funções, além de favorecer o isolamento e a inatividade física e mental, pois não desenvolvem atividades importantes para evitar o desenvolvimento de processos depressivos (NOVAES 2003).

NOVAES (2003) ressalta que em grande parte as ILPI favorecem o isolamento do idoso, sua inatividade física e mental, provocando assim consequências negativas à sua qualidade de vida, não concebendo o envelhecimento ativo e nem profissionais habilitados como cuidadores.

Segundo CHRISTOPHE 2009, as instituições asilares desde a sua criação foram concebidas para ser um estabelecimento tutelador de idosos que oferecem os cuidados necessários para a manutenção da vida do idoso sem promover a sua recuperação e ou incentivar a inserção desse indivíduo ao convívio social.

Os distúrbios psicológicos como a depressão associada a crises de ansiedade, declínio cognitivo e doenças crônicas constitui um grande desafio para os profissionais

da área da saúde em definir processos de intervenção pois exige habilidades e conhecimentos que não compõem a sua área de atuação.

As atividades grupais e as oficinas terapêuticas são consideradas boas estratégias de promoção da saúde e fundamentais para uma prática de reabilitação psicossocial e de inclusão social de indivíduos com transtornos depressivos. (RABELO E NERI, 2013).

Conhecer o perfil do idoso institucionalizado é de fundamental importância para o desenvolvimento de programas que envolvam boas estratégias de cuidado e promoção de saúde, garantindo uma melhor qualidade de vida para esse idoso (RODRIGUES, et.al., 2014).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de Depressão Maior em dois modelos de instituição para idosos: Centro de Acolhida Especial de Idosos (CAEI) e Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

2.2. Objetivos Específicos

Correlacionar os escores obtidos na GDS(Escala de Depressão Geriátrica Abreviada) e Katz(Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária) com a pontuação obtida na avaliação cognitiva;

Comparar os resultados obtidos nos dois modelos de instituição: ILPI e CAEI;

Estimar a prevalência de transtorno depressivo maior e fatores associados em idosos institucionalizados nos dois modelos em estudo;

Descrever a ocorrência de sintomas da depressão de acordo com as variáveis utilizadas no estudo: idade, gênero, escolaridade, tempo de institucionalização e modelo de instituição;

Verificar a influência do grau de autonomia do idoso na manifestação de sintomas depressivos;

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto da presente pesquisa foi desenvolvido após a aprovação pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Santo Amaro (UNISA), CAAE: 85693418.0.0000.0081 (Anexo A) e do recebimento da carta de autorização das instituições envolvidas. Todos os pacientes foram informados sobre os procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Anexo B).

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional analítico de corte transversal em indivíduos com 60 anos ou mais residentes em duas modalidades de instituição: Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) e Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAEI), ambas situadas na cidade de São Paulo.

3.2. Sujeitos da Pesquisa

Foram sujeitos desse estudo 81 idosos (50 idosos residentes no CAEI e 31 idosos residentes nas ILPIs), sendo 47 do sexo masculino e 34 do sexo feminino. Atenderam os seguintes critérios de inclusão: concordância em participar da pesquisa, condições de interagir com o entrevistador, de compreender e responder os instrumentos de coleta de dados. Participaram desse grupo idosos residentes nas ILPIs e CAEI.

Nas ILPIs, dos 50 idosos da amostra, dezenove idosos não atenderam os critérios de inclusão para participar da pesquisa por apresentarem o declínio cognitivo associado ao envelhecimento (DCAE), seja em transtornos como esclerose múltipla, isquemias, Parkinson, Alzheimer, etc.

Dois idosos recusaram-se a participar do estudo. Essas foram as limitações da pesquisa.

3.3. Locais do Estudo

O estudo foi realizado em dois modelos de instituição situadas na cidade de São Paulo: Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) e Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAEI).

Nas ILPIs a pesquisa foi realizada em duas instituições:

Instituto de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Butantã, localizado na Rua Professor Máximo Ribeiro, 399, Jardim Peri Peri, inaugurado em 2012 e mantido pelo Poder Público. Caracteriza-se por acolher pessoas idosas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social que se encontram com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, sofrendo abusos, maus tratos e outras formas de violência, ou com a perda da capacidade de autocuidado (PORTARIA 46/2010/SMADS).

Casa de Repouso Solar das Mercedes, instituição privada, localizada na Av. Mercedes, 1133, Alto da Lapa, São Paulo, fundada na década de 60, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Nas moradias de acolhimento, o estudo foi realizado no Centro de Acolhida Especial para Idosos Morada São João, administrada pelo município de São Paulo e localizado na Avenida São João, 1.214, região central da cidade.

O CAEI Morada São João, aberto em 23 de dezembro de 2010, tem como objetivo oferecer acolhimento provisório para idosos em situação de vulnerabilidade e risco social.

3.4. Critérios de Inclusão e Exclusão da Pesquisa

Os critérios de inclusão e exclusão adotados nesse estudo temos: ter 60 anos ou mais, de ambos os sexos, possuir capacidade de comunicação e compreensão necessárias para responder as escalas de avaliação e que tivessem interesse em participar do estudo. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que tinham idade inferior a sessenta anos; idosos que apresentavam déficits cognitivos importantes como doença de Alzheimer, demência vascular, dentre outras.

3.5. Instrumentos de Avaliação

Para esse estudo, foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados validados, de uso livre e mundial, a Escala de Depressão Reduzida Geriátrica de

Yesavage (GDS) e Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (Katz). Cada escala aplicada na avaliação, apresenta o seguinte objetivo:

A Escala de Depressão Reduzida Geriátrica de Yesavage (GDS) é um teste elaborado exclusivamente para ser aplicado em populações idosas que permite detectar se os idosos apresentam baixa autoestima, ansiedade, falta de energia, desânimo, apatia ou isolamento social que associados podem contribuir para o desencadeamento de transtornos depressivos.

Foi utilizado a escala em versão reduzida (GDS 15), composta por 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave. (Anexo 2).

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (Katz), que tem como objetivo avaliar a independência funcional das pessoas idosas no desempenho de seis funções básicas da vida diária: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, classificando-as como independentes ou dependentes no desempenho das respectivas atividades (Anexo D).

Nessa escala é atribuído valor 1 para a realização da função de forma independente, sem auxílio, e valor 0 para a realização da atividade com ajuda parcial ou total, apresentando um escore que varia de 0 à 6 pontos, quanto menor a pontuação marcada, maior a dependência do idoso para a realização das atividades citadas.

3.6. Variáveis Independentes

Foram analisadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, tempo de institucionalização, vínculo familiar e a autonomia para as saídas diárias da instituição.

3.7. Coleta de Dados

A aplicação do questionário ocorreu nos meses de abril, maio e junho de 2018, nas instituições escolhidas para a realização do estudo.

O tempo médio para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aplicação das escalas GDS-15 e Katz foi de 15 minutos para cada participante da pesquisa.

O Instituto de Longa Permanência para Idosos Butantã administrada pela iniciativa pública, tem a capacidade para acolher até 90 idosos em 38 apartamentos compartilhados e no momento da coleta dos dados, apresentava 61 idosos residentes.

A aplicação do questionário foi realizada nos dias 17/04, 24/04, 04/05 e 08/05 no período compreendido entre às 14h00 e 16h00. A amostra foi selecionada pela gerência da ILPI Butantã, de acordo com o critério de inclusão estabelecido na pesquisa.

Desta coleta de dados participaram 23 idosos, acima de 60 anos, de ambos os sexos. Dois idosos recusaram-se a responder os instrumentos de avaliação.

Na Casa de Repouso Solar das Mercedes mantida pela iniciativa privada, abrigava no momento do estudo 32 pacientes.

Participaram da pesquisa 8 idosos, de ambos os sexos, selecionados pela direção da ILPI, sendo que os demais apresentavam problemas cognitivos, incluindo-se, portanto, nos critérios de exclusão.

A aplicação das escalas realizou-se no dia 11/06, iniciando às 14h00 e encerrando - se às 16h00.

Concluindo a coleta de dados nas duas instituições de longa permanência, obtivemos uma amostra $n = 31$ idosos.

No Centro de Acolhida Especial para Idosos Morada São João, administrada pelo poder público, apresentava 210 pessoas acolhidas no período de coleta de dados para a realização do estudo.

Foram avaliados 50 idosos institucionalizados de ambos os sexos e possuindo idade acima de 60 anos.

A aplicação das escalas ocorreu nos dias 19/06 e 21/06, iniciando-se às 9h00 e encerrando-se às 15h30. A seleção dos participantes foi realizada pelo pesquisador, obedecendo aos critérios de inclusão propostos.

O período da visita aos locais de estudo e das respectivas coletas de dados foram realizados de acordo com o que foi estabelecido pela direção, obedecendo aos horários e rotinas da instituição e atividades realizadas pelos idosos.

3.8. Análise Estatística

Os dados foram analisados utilizando o software SPSS® para Windows 21.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Testes t independentes foram usados para comparar os

escores, GDS-15 e Katz entre as duas instituições: CAEI e ILPI. Testes Qui-Quadrado X^2 foram usados para investigar possíveis diferenças relacionadas a sexo e diagnóstico de depressão entre as duas instituições.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da População / Dados Demográficos

O estudo foi realizado em dois modelos de instituição, sendo um centro de acolhida para idosos (CAEI) e dois centros de longa permanência de idosos (ILPI), totalizando a participação de 81 idosos (n=25 mulheres e n= 56 homens), com média de idade de 74,1 anos; DP = 8,56.

No CAEI e nas ILPIS, a pesquisa foi baseada em informações de entrevistas diretas, com a participação de 50 e 31 idosos, respectivamente, onde os participantes responderam questionários validados que verificaram a autonomia para realização de atividades cotidianas e a detecção de sintomas depressivos, além da avaliação das seguintes variáveis independentes:

DISTRIBUIÇÃO DE GÊNERO

No CAEI, no total da amostra n=50 que participaram do estudo, 36 indivíduos eram do sexo masculino (72%) e 14 participantes do sexo feminino (28%).

Nas ILPIS n = 31 indivíduos, sendo 20 mulheres (64,52%) e 11 homens (35,48%). (Tabela1).

Tabela 1 - Percentual de distribuição de gênero nas instituições CAEI e ILPI

	Feminino	%	Masculino	%	Total
CAEI	14	28,00%	36	72,00%	50
ILPI	20	64,52%	11	35,48%	31
Total	34	41,98%	47	58,02%	81

IDADE

Houve diferença na média de idade entre os dois modelos de instituição, com os indivíduos ILPI apresentando maior média em relação aos indivíduos CAEI ($p < 0,001$).

No CAEI, na amostra de 50 idosos, a média de idade apresentada foi de 68,22 anos e na ILPI a média de 76,03 anos. (Tabela 2)

NÍVEL DE FORMAÇÃO

Não houve diferenças estatísticas no tempo de frequência escolar entre os dois modelos de instituição (Likelihood ratio = 6,003; $p = 0,306$). (Quadro 1)

No CAEI, 30 idosos não concluíram o ensino fundamental I (60%), enquanto 12 idosos terminaram o ensino fundamental I (24%); em relação ao ensino médio, 1 morador não concluiu o estudo (2%) enquanto 6 idosos obtiveram a conclusão (12%); para o ensino superior um dos entrevistados apresentou a formação incompleta do ensino superior, totalizando 2% da amostra dos entrevistados. (Figura 1)

No ILPI, 23 pacientes não concluíram o ensino fundamental I (74,19%) enquanto 3 idosos terminaram o ensino fundamental I (9,67%); em relação ao ensino médio, 3 moradores concluíram o estudo (9,67%); para o ensino superior um dos entrevistados apresentou a formação incompleta do ensino superior (3,22%), enquanto um participante concluiu o ensino superior totalizando 3,22% dos entrevistados. (Figura 1)

Quadro 1 - Distribuição de frequência pelo nível de escolaridade nas instituições CAEI e ILPI.

		Instituições		Total
		CAEI	ILPI	
Nível de Formação	Fundamental Incompleto	30	23	53
	Fundamental Completo	12	3	15
	Médio Incompleto	1	0	1
	Médio Completo	6	3	9
	Superior Incompleto	1	1	2
	Superior Completo	0	1	1
Total		50	31	81

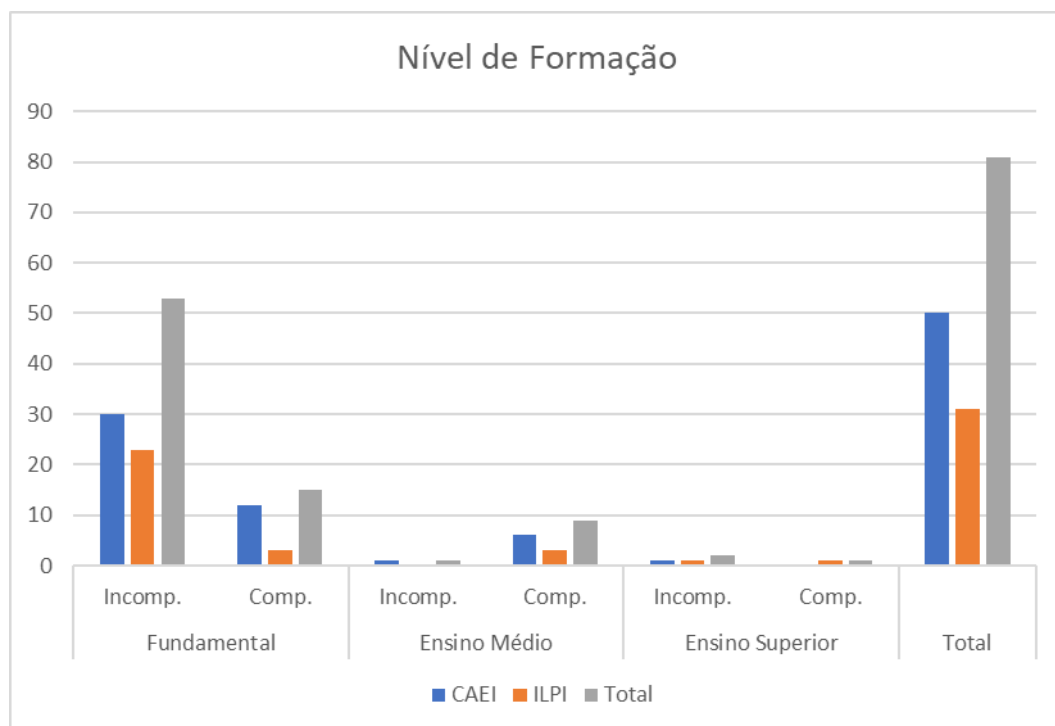


Figura 1 - Comparação do nível de instrução entre idosos nas instituições CAEI e ILPI.

PERMANÊNCIA NA INSTITUIÇÃO

A média de permanência no Centro de Acolhida de Idosos foi de 38,6 meses e na ILPI a média de permanência 37,5 meses. (Figura 2)

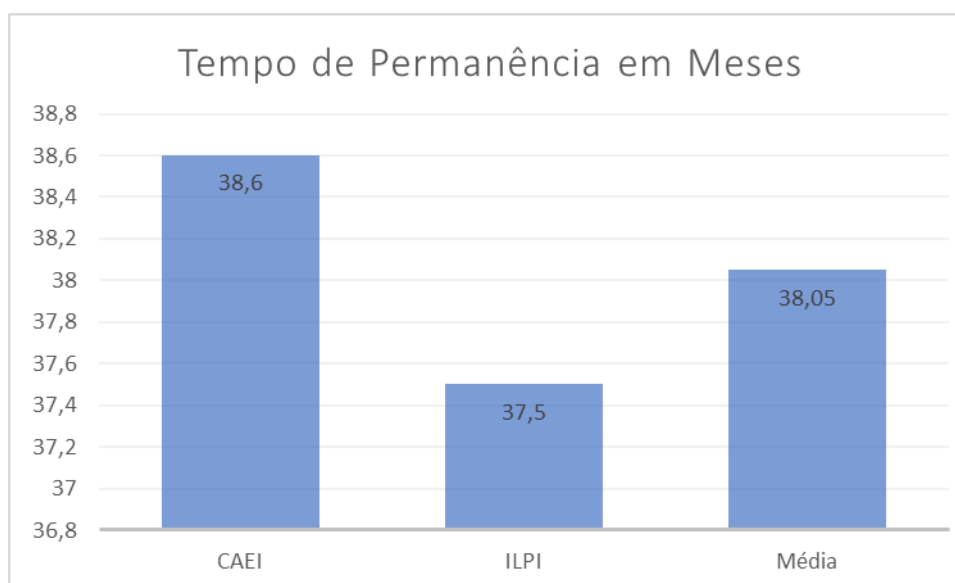


Figura 2 - Média de tempo de permanência na instituição CAEI e ILPI.

VÍNCULO FAMILIAR

No Centro de Acolhida, em relação ao vínculo familiar, 34 idosos apresentavam a perda do vínculo familiar (68%) enquanto 16 moradores (32%) estabeleciam contato com familiares.

Na Instituição de Longa Permanência, 17 idosos apresentavam a perda do vínculo familiar (54,83%) enquanto 14 moradores (45,16%) estabeleciam contato com familiares. (Figura 3)

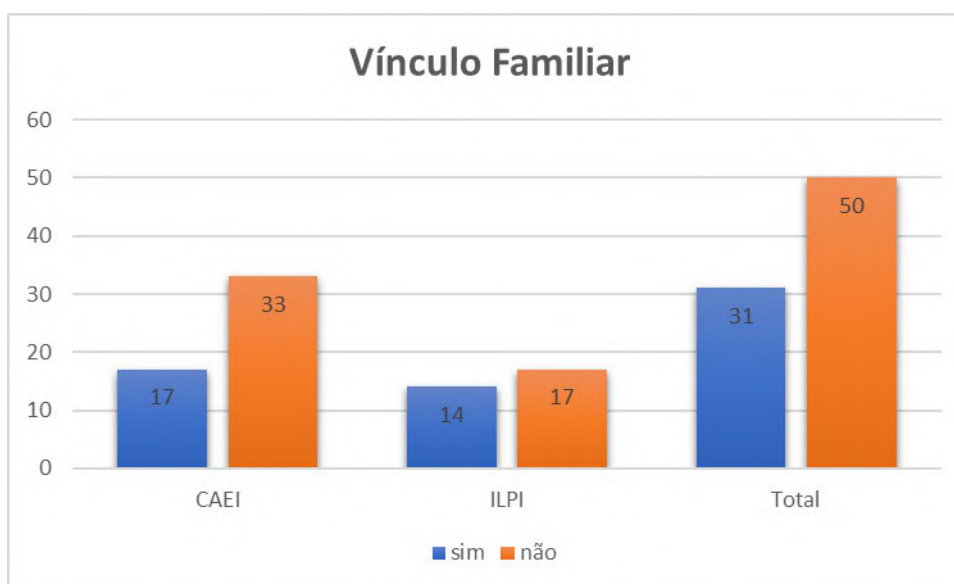


Figura 3 - Comparação da Porcentagem de Idosos que mantém vínculo familiar nas instituições CAEI e ILPI

AUTONOMIA PARA SAÍDAS

Essa variável é válida apenas para os moradores do Centro de Acolhida, pois esse modelo permite a saída de idosos no período das 7h00 às 22h00. Na amostra pesquisada 37 idosos confirmaram saídas diárias (74%) enquanto que 13 idosos (26%) entrevistados não costumam sair do centro de moradia. (Figura 4)

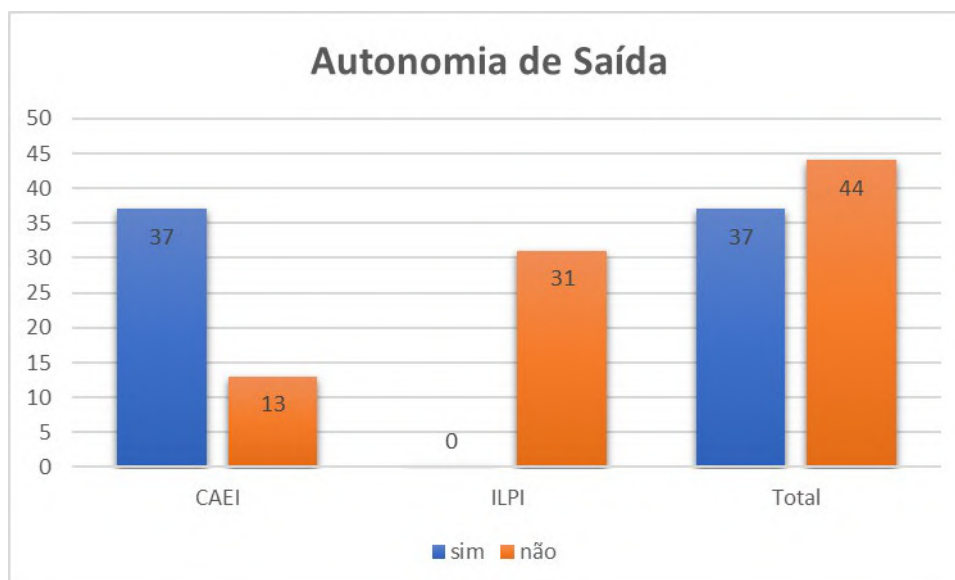


Figura 4 - Autonomia para saídas diárias nas instituições CAEI e ILPI.

Tabela 2 - Dados Demográficos

	CAEI	ILPI	Estatística	
	Média (DP)		teste t	<i>p valor</i>
Idade	68,22 (6,3)	76,03 (9,58)	-4,030	<0,001*
Tempo de instituição em meses	38,6 (26,11)	36,74 (23,66)	0,322	<i>p = 0,748</i>
			χ^2	
Sexo	H=36 M=14	H=11 M=20	10,476	<i>p = 0,001*</i>

H= homens; M= mulheres * $p < 0,05$

Tabela 3 - Características da Amostra

	CAEI		ILPI		TOTAL	
	Idade no dia da Avaliação	Tempo em meses de instituição	Idade no dia da Avaliação	Tempo em meses de instituição	Idade no dia da Avaliação	Tempo em meses de instituição
N	50	50	31	31	81	81
Média	68,22	38,60	76,03	36,74	71,21	37,89
Mediana	67,00	36,00	73,00	36,00	69,00	36,00
Moda	62	36	69	36	62	36
Desvio Padrão	6,300	26,115	9,589	23,667	8,566	25,072
Percentis						
25	62,00	17,00	69,00	16,00	64,00	17,00
50	67,00	36,00	73,00	36,00	69,00	36,00
75	73,00	60,00	84,00	60,00	76,00	60,00

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – GDS -15

No CAEI (n = 50) a pontuação média da escala GDS-15 foi de 4,48 pontos; 18 idosos obtiveram score acima de 5 pontos, indicando suspeita de depressão.

Na ILPI (n = 31) a pontuação média da escala GDS-15 foi de 3,07 pontos; 8 idosos apresentaram score acima de 5 pontos. (Tabela 4)

Na figura 5 e tabela 5 estão representados o índice de idosos que pontuaram em cada questão da GDS -15 e os respectivos percentuais dos resultados obtidos nas instituições CAEI e ILPI.

Em relação aos resultados obtidos na aplicação da escala Katz, podemos observar a pontuação 5,68 na instituição CAEI e 4,68 na instituição ILPI. (Tabela 4)

De acordo com o determinado pela escala Katz, observamos que no CAEI, 47 idosos (94,7%) dos entrevistados eram totalmente independentes, enquanto 3 idosos (5,3%) apresentaram dependência moderada.

Na ILPI, 22 idosos (70,96%) eram totalmente independentes, 5 idosos (16,12%) apresentaram dependência moderada e 4 moradores (12,90%) foram classificados como muito dependentes.

Na figura 6 e tabela 6 estão representados o índice de idosos que pontuaram em cada questão da Escala Katz e os respectivos percentuais dos resultados obtidos na aplicação da Escala Katz nas Instituições CAEI e ILPI.

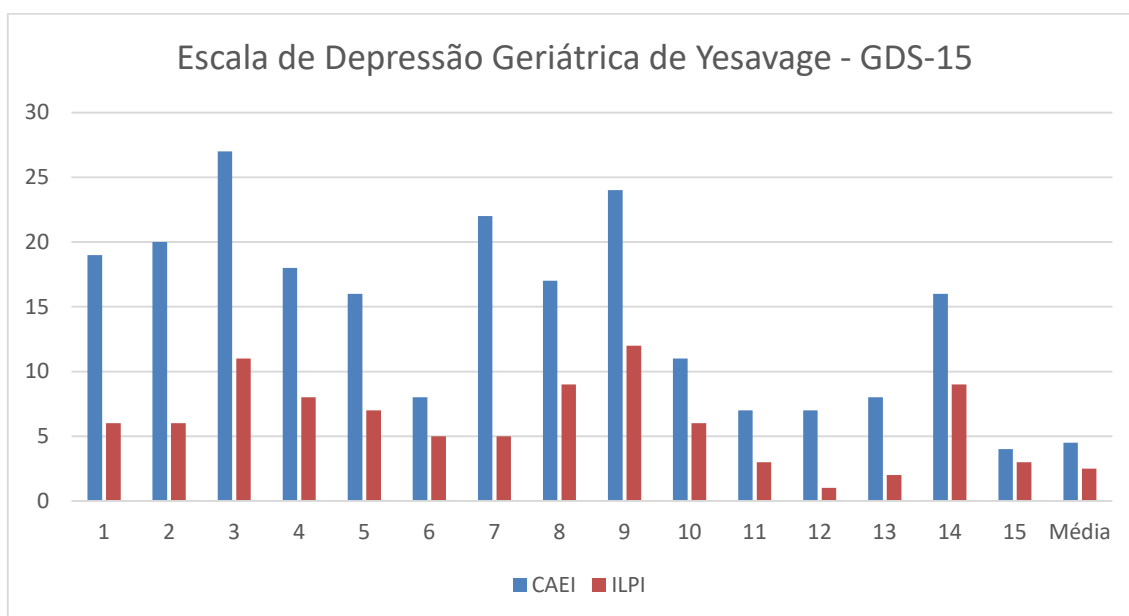


Figura 5 –Índice de idosos que pontuaram em cada questão da GDS – 15 nas Instituições CAEI e ILPI

Tabela 4 - Dados Clínicos

	CAEI	ILPI	Test t	p valor
	Média (DP)			
KATZ	5,68 (0,587)	4,68 (1,904)	2,849	$p = 0,007$
GDS	4,48 (4,559)	3,0 (2,989)	1,764	$p = 0,082$

Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária; Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage

* $p < 0,05$

Tabela 5 - Percentual dos Resultados Obtidos na Aplicação da GDS-15 nas Instituições CAEI e ILPI

Questão	CAEI		ILPI	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
1	19	38%	6	19%
2	20	40%	6	19%
3	27	54%	11	35%
4	18	36%	8	26%
5	16	32%	7	23%
6	8	16%	5	16%
7	22	44%	5	16%
8	17	34%	9	29%
9	24	48%	12	39%
10	11	22%	6	19%
11	7	14%	3	10%
12	7	14%	1	3%
13	8	16%	2	6%
14	16	32%	9	29%
15	4	8%	3	10%

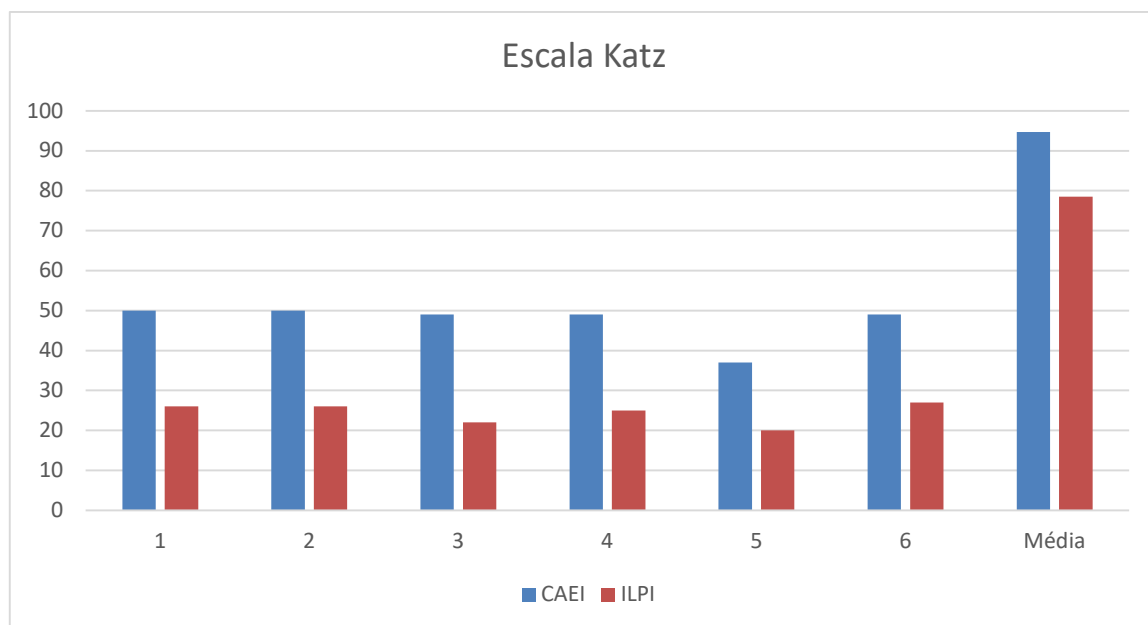


Figura 6 –Índice de idosos que pontuaram em cada questão da Escala Katz nas instituições CAEI e ILPI.

Tabela 6 - Percentual dos Resultados Obtidos na Aplicação da Escala Katz nas Instituições CAEI e ILPI

Questão	CAEI		ILPI	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
1	50	100%	26	84%
2	50	100%	26	84%
3	49	98%	22	71%
4	49	98%	25	81%
5	37	74%	20	65%
6	49	98%	27	87%

5. DISCUSSÃO

5.1. Caracterização dos idosos institucionalizados no estudo realizado

Este estudo teve como principal objetivo verificar a prevalência de depressão em idosos (n=81) em dois modelos de instituição de acolhimento de idosos. Os idosos residentes no CAEI obtiveram maiores scores de depressão na escala GDS-15 em relação aos moradores da ILPI, 4,48 e 3,0, respectivamente. Apesar dessa diferença não houve significância estatística para afirmarmos que o CAEI apresenta uma maior prevalência de depressão maior.

A Escala de Depressão em Geriatria ('Geriatric Depression Scale' — GDS) é um instrumento confiável e bastante utilizado para a detecção de transtornos depressivos em idosos e a versão reduzida como a GDS-15 é frequentemente aplicada, pois diminui o tempo gasto para o participante da pesquisa responder o questionário (ALMEIDA e ALMEIDA; 1999).

A GDS apresenta 15 perguntas negativas/ afirmativas que verifica sintomas depressivos, no qual uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve a moderada e 11 a 15 depressão severa.

A aplicação de escalas tem como objetivo avaliar a depressão na população de idosos institucionalizados é um instrumento necessário e importante pois ao investigar a presença de sintomas depressivos, direciona quais as intervenções terapêuticas e o tipo de acompanhamento a ser implementado são necessários para o tratamento da doença (Gordilho; 2002).

Paradela et al (2005) afirma que a escala GDS -15 é muito utilizada em centros especializados para diagnosticar sintomas de depressão em idosos, mas também pode ser um instrumento de grande utilidade para rastrear a depressão maior em ambientes não especializados. Os grandes problemas nessas instituições, geralmente públicas, são a falta de recurso humanos, materiais disponíveis e a ausência de processos de capacitação para conhecimento e aplicação dessa escala que avalia a prevalência de depressão em idosos.

É importante a existência de programas que estimulem a utilização da GDS - 15 nas instituições asilares e centros de acolhida de idosos, pois apresenta uma metodologia simples de aplicação, tem boa aceitação e a colaboração dos idosos em

responder as questões, apresenta baixo custo e diversos estudos já comprovaram que ela oferece medidas válidas e confiáveis.

No CAEI, as questões 3 (Sente que sua vida está vazia?) ,7(Sente-se feliz na maioria das vezes?) e 9 (Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?) da escala GDS-15 foram pontuadas por mais de 40% dos idosos pesquisados, enquanto na ILPI, as questões 3(Sente que sua vida está vazia?) e 9 (Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?) apresentaram uma pontuação maior de 30% entre os idosos participantes do estudo.

Os centros de acolhida são de fundamental importância, no entanto, pode interferir nos processos de reinserção social de forma negativa ao fazer com que o acolhido que está passando por uma fase de muitas dificuldades(avanço da idade, comorbidades, a falta de emprego, inexistência ou baixa renda, fragilidade dos laços familiares), sintam-se desestimulados para a busca de sua autonomia, mantendo-se na instituição por mera segurança e acomodação, contribuindo para a fragilização da sua autoestima e fragmentação de sua identidade.(NORONHA et.al 2011)

Para verificar o grau de autonomia dos idosos na realização das atividades diárias, foi aplicado o Index de Independência nas Atividades de Vida Diária, desenvolvido por Sidney Katz em 1963. Essa escala já foi validada e adaptada para a população brasileira, que indicam a capacidade do indivíduo de desenvolver atividades básicas do cotidiano relacionadas a capacidade funcional no desempenho de seis funções: vestir-se, tomar banho, transferir-se, ir ao banheiro, ter continência e alimentar-se.

O Índice de Katz foi avaliado pelo auto relato do paciente e os dois modelos de instituição onde o estudo foi realizado, a maioria dos idosos foram considerados independentes, ou seja, realizavam as atividades funcionais diárias sem auxílio.

Na avaliação das instituições, o centro de acolhida apresentou uma maior independência relacionada às atividades básicas diárias (média 5,8) comparando-se a ILPI (média 4,68). Esses dados obtidos podem estar relacionados ao fato de a média de idade dos participantes do estudo ser superior na ILPI.

Estudos comprovam que a longevidade está associada ao declínio do estado de saúde físico e mental, o aparecimento de doenças crônicas e a perda da capacidade funcional na realização das atividades do cotidiano. (LIMA et. al, 2007).

Nos modelos de institucionalização de idosos onde o estudo foi realizado, não é prática a aplicação dessas escalas para a avaliação de transtornos depressivos nos

idosos residentes e verificação da capacidade de realização das atividades funcionais diárias.

A adoção por parte das instituições em aplicar essas ferramentas para verificar sintomas depressivos e o grau de autonomia para realização de atividades diárias é fundamental para promover ações de intervenção quando a obtenção do resultado indicar depressão e ou diminuição na execução das atividades cotidianas. Os estudos indicam que o tratamento precoce de indivíduos que apresentam os estágios iniciais de depressão apresenta uma maior probabilidade de não desenvolverem doenças demenciais.

A inserção do idoso em instituições de repouso acontece por causas variadas, como o abandono da família, problemas crônicos de saúde, distúrbios de comportamento, falta de recursos financeiros e a perda de autonomia para a realização de atividades da vida diária (CARREIRA et al 2011).

Observou-se que a maioria dos moradores das duas instituições avaliadas (90,12%) foram encaminhados para as instituições pela condição de vulnerabilidade social, ou seja, sem vínculos familiares e moradia, falta de recursos financeiros para a sua manutenção e também por serem portadores de comorbidades crônicas.

Na amostra total houve um pequeno predomínio do sexo masculino (58%). Nas ILPIs, o percentual de mulheres foi maior (64,52%) comparado ao CAEI (28%). Esses dados corroboram com a maioria dos estudos revisados, onde o número de mulheres nas ILPIs é muito acima da população de homens (ARAÚJO F, et al.,2007; FOCHAT RC, et al.,2012; SOUZA CC, et al.)

O número menor de mulheres residentes no CAEI comparando-se à população masculina deve-se ao fato de que esses moradores são encaminhados para esse modelo de instituição por serem classificados em situação de rua, condição essa vivenciada predominantemente por homens. Para a mulher, viver nas ruas é muito difícil, sendo fundamental a companhia de um parceiro para que possa defendê-la dos perigos das ruas, como o assédio sexual. (NORONHA et.al 2011)

Este estudo verificou baixa escolaridade dos institucionalizados em ambos locais. A baixa escolaridade apresentada na população de idosos deve-se a dificuldades existentes no passado, como a falta de oportunidade de aprendizado e acesso aos estudos, principalmente os indivíduos do sexo feminino (PACHECO e SANTOS; 2004)

Em relação a idade, foi observado que na ILPI os idosos participantes da pesquisa apresentavam uma média de idade superior comparada aos moradores do CAEI. Geralmente essa diferença ocorre, pois, os idosos que ainda preservam as suas funções cognitivas convivem com os seus familiares e são encaminhados para as casas de repouso (ILPI) quando o avanço da idade leva a alterações funcionais, necessitando de cuidados especiais e atenção integral ao idoso.

Apesar de o modelo CAEI ser uma moradia temporária, não houve diferença na média do tempo de permanência dos idosos nas instituições participantes do estudo.

O CAEI permite saídas diárias sem acompanhante dos seus moradores, sendo que 74% dos participantes da pesquisa utilizavam-se dessa autonomia. Na ILPI as saídas eram esporádicas, com o acompanhamento de cuidadores, com o objetivo de ida as unidades básicas de saúde ou para caminhadas no entorno da instituição. Na manutenção do vínculo familiar, podemos constatar um maior contato dos idosos residentes na ILPI privada com os seus familiares, enquanto que os moradores da CAEI e ILPI pública apresentaram uma maior perda do laço familiar. Essa diferença ocorre pelo fato dos idosos internados na ILPI particular são mantidos pela família ocorrendo em sua maioria a manutenção desse vínculo afetivo.

Muitos idosos que participaram do estudo relataram o sentimento de tristeza por ter perdido o vínculo afetivo de seus familiares enquanto outros disseram que o desligamento familiar foi uma opção de vida.

SECCHI (2008) afirma que o afastamento prolongado da família, influencia diretamente o sentimento de abandono, angústia e solidão por parte do idoso, podendo ocasionar o desencadeamento de processos depressivos.

Outra questão comentada e lamentada pelos idosos de ambos os modelos de instituição foi a falta da atividade laboral, pois os mesmos acreditam que o exercício de uma atividade remunerada daria condição de melhoria de vida, contribuindo para a aquisição de um imóvel próprio e sua independência financeira.

O trabalho tem a sua significância na formação do indivíduo, porque pode proporcionar melhores perspectivas de vida e aspirações pessoais e para o idoso é determinante, pois permite o ato de existir enquanto cidadão. (GHIRARDI, et al.,2005).

Para STOPPE JUNIOR; LOUZÃ NETO, 1999, é natural as alterações fisiológicas que ocorrem na velhice, como problemas na mobilidade, nas funções cognitivas e muitas vezes o desenvolvimento de um comportamento de introspecção

e isolamento. Essas incapacidades progressivas nas atividades funcionais podem contribuir para uma tristeza recorrente e o aparecimento de sintomas depressivos.

Estudos tem demonstrado que a prevalência de depressão em ambientes institucionalizados é maior quando comparados a idosos não institucionalizados.

De acordo com Moraes e Duarte (2002), é fundamental o desenvolvimento de atividades com os idosos pelas entidades acolhedoras de idosos visando diminuir os riscos de sintomas depressivos. Essas atividades devem envolver o idoso e fazer com que o mesmo perceba o sentido em realizá-las.

Na CAEI e ILPIs onde o estudo foi realizado, o desenvolvimento de atividades lúdicas é recorrente. Existe a formação de parcerias com entidades do terceiro setor e privadas, onde o idoso é envolvido em diversas atividades, como pintura, artesanato, aulas de música, sessões de cinema, festas temáticas, entre outras.

Em relação ao gênero, não houve diferença na instituição de longa permanência entre os sexos, relacionadas a uma maior perda de capacidade funcional, não apresentando relação estatisticamente significativa.

No centro de acolhida os idosos que apresentaram dependência moderada quanto a sua capacidade funcional para a realização das atividades diárias eram os indivíduos do sexo masculino.

A capacidade de banhar-se e alimentar sozinho foi a atividade com maior porcentagem de independência para a realização (100%) na instituição CAEI e na ILPI as atividades funcionais de atividades diárias que apresentaram maior percentual de realização independente foram alimentar-se (87%), banhar-se (84%) e vestir-se (84%).

A continência ou o ato de controle da micção foi a atividade e menor frequência de independência (74%) no CAEI e na ILPI (65%). Nenhum idoso avaliado relatou ter dependência completa para realizar as atividades avaliadas.

Esse percentual elevado de independência dos idosos institucionalizados deve-se também a amostra do estudo, pois foram selecionados indivíduos que não apresentavam nenhum quadro demencial perceptivo, os acamados e os idosos com limitações sensoriais como problemas graves de visão e audição.

Oliveira et.al (2006) afirma que existe um grau de hierarquia na perda da capacidade funcional na execução das tarefas diárias. A alimentação geralmente é preservada na maior parte da vida do idoso, pois é uma atividade que mantém a sua subsistência, diferente da continência que exige os mecanismos anatômicos e

fisiológicos do aparelho renal que armazenam e eliminam a urina, além da motivação e capacidade cognitiva do idoso de ir ao banheiro e executar a atividade satisfatoriamente.

Os idosos residentes em asilos apresentam certas características bem definidas como a falta de autonomia, o sedentarismo e a perda de vínculos familiares, isso aumenta a probabilidade do aparecimento de morbidades relacionadas à autonomia. (GONÇALVES et al 2008).

Analisando a capacidade funcional desses idosos que participaram da pesquisa e apresentaram capacidade funcional baixa ou moderada, não foi possível verificar se o declínio cognitivo apresentado para a realização das atividades diárias iniciou-se anteriormente a institucionalização.

No relato dos idosos no momento de responder a escala de Katz, em ambas instituições, foi notório a preocupação dos participantes da pesquisa em demonstrar a sua independência para a realização da maioria das atividades funcionais cotidianas.

Embora estudos prévios tenham sugerido associação entre depressão e perda de capacidade na realização de atividades cotidianas (FERRARI e DALACORTE, 2017), o presente estudo mostrou falta de evidências de correlação entre maior pontuação na escala GDS-15 e maior grau de dependência na realização de atividades diárias.

6. CONCLUSÃO

Estamos em um processo de envelhecimento da população brasileira e a tendência nos próximos anos será o aumento considerável das instituições que cuidam de idosos. Estudos demonstram que a prevalência de sintomas depressivos e conseqüentemente o declínio da capacidade funcional é maior nos idosos institucionalizados e está associada ao aumento do risco de morbidade e mortalidade.

No idoso institucionalizado, são poucos os estudos relacionados à prevalência e incidência de depressão, principalmente no modelo de acolhida especial de idosos. Muitas vezes os elevados índices de depressão nessa população passam despercebidos pelos profissionais de saúde.

A aplicação das escalas GDS-15 e Katz são instrumentos importantes para verificar a presença de sintomas depressivos e o rebaixamento na realização das atividades cognitivas, mas devem estar associados a uma avaliação criteriosa realizada pelos diversos profissionais da área da saúde para obtenção do diagnóstico real de depressão.

Nesse estudo podemos verificar uma maior prevalência de sintomas depressivos na amostra de idosos residentes no CAEI que participaram da pesquisa, mas não foi possível afirmar que esse modelo asilar favorece uma maior prevalência de depressão comparada as instituições de longa permanência, devido à alta porcentagem de idosos da ILPI que apresentavam patologias que limitavam a aplicação do instrumento, sendo excluídos do estudo.

É fundamental o aumento de estudos que abordem essa questão e também a criação de programas que possam implementar medidas e ações que previnam a depressão e que tenham como objetivo principal agregar qualidade aos anos adicionais de vida aos idosos que utilizam estes modelos institucionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S., LOPES, A., TIBYRIÇÁ, R. F., SIQUEIRA, R.C. L., & GRAEFF, B. Idosos em situação de rua e demandas judiciais: estudo exploratório e pistas para investigação gerontológica. **Rev. Kairós Gerontologia**, 19(N.o Especial 22, “Envelhecimento e Velhice”), pp. 85-108, São Paulo, 2016.

ALMEIDA O.P, ALMEIDA S.A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int J. Geriat Psychiatry**.; 14(10): p.858-865,1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Washington DC: **American Psychiatric** Imprensa.

ARAÚJO F, et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**; 25(2); 2007.

BATISTONI, S. S.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Depressão entre idosos: medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.6, p.1137-1143, 2010.

BELTRÃO, K.I. CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2004.

BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L.J.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L.H.T. Atividade Física e estado saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p.302-307, 2008.

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: Ministério da Saúde, 2006.192 p. il. – **(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)**.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [texto na Internet].

Brasília; 1994. [citado 2005 Maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. "Como vive o idoso brasileiro?", in CAMARANO, A. A. (Org.) Os novos idosos brasileiros muito além dos 60; Rio de Janeiro: **IPEA**, p. 25-76, 2004.

CARNEIRO, A. M., BAPTISTA, M. N., & SANTOS, A. A. A. Measures of depressive symptoms in older adults: Relationship with sociodemographic variables. **Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá** (Colômbia), 31, p.483–492, 2013.

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

CHELONI, C., et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte **Expressão**, v. 34, n. 1-2, p. 61-73, 2003.

CHRISTOPHE, M. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração; **Dissertação (Curso de Mestrado)** – Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Programa de Pós-Graduação em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 2009.

COUTINHO, M.P.L.; GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L. F.; SÁ, R. C. N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF** 8(2):183-192, 2002.

CUIJPERS, P.; SIJBRANDIJ, M; KOOLE, S.; HUIBERS, M.; BERKING, M.; ANDERSSON, G.; Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis; **Clin. Psychol Rev.** 130-40, 2014.

DAMIAN, J.; PASTOR - BARRIUSO, R.; VALDERRAMA-GAMA, E.; Factors associated with self-rated healthy in order people living in institutions, **BMG Geriat**, 2008.

FAGUNDES, K.V.D.L.; ESTEVES, M. R.; RIBEIRO, J.H.M.; SIEPIERSKI, C. T.; SILVA, J.V.; MENDES, M.A.; Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas; **Rev. Saúde Pública** 19 (2), 2017.

FERRARI, J. F.; DALACORTE, R. R. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 3–8, 2007.

FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C., COSTA, S. M.G.; SILVA, A.O.; MOREIRA, M.A.S.P.; Envelhecimento ativo e sua relação com a independência; **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 21(3): 513-8,2012.

FERNANDES, F.S.L., RAIZER, M.V. & BRÊTAS, A.C.P.; Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. Ribeirão Preto (SP): **Rev.Latino-Americana de Enfermagem**, 2007.

FINNEGAN, S.; BRUCE, J.; LAMB, S. E.; GRIFFITHS; F.; Predictors of attendance to group exercise: a cohort study of older adult in long term care facilities. **BMC Geriatrics**, 2015.

FOCHAT RC, et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Rev Ciênc Farm Básica Apl** ; 33(3):p.447-54;2012.

GHIRARDI, M.I.G.; LOPES, S.R.; BARROS, D.D.; GALVANI, D. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. **Rev. Interface - Comunic., Saude, Educ.** 9(18): 601-10,2005.

GIAVONI, A.; MELO, G. F.; PARENTE, I.; DANTAS, G.; Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 (5):p. 975-982, 2008.

GONÇALVES,L.G.et.al; Prevalência de quedas em idosos asilados no município do Rio Grande/RS; São Paulo, **Rev. Saúde Pública**,v.42,n.5,2008.

GORDILHO, A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al (eds.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 25, p. 204-215; 2002.

GORZONI, M. L., & PIRES, S. L. (2006). Aspectos Clínicos da Demência Senil em Instituições Asilares. **Rev. Psiq. Clin.**, 33(1), 18-23.

HARTMANN J.J.A.S.; GOMES, G. C.; Depressão em idosos institucionalizados: as singularidades de um sofrimento visto em sua diversidade. **Rev. SBPH** vol.17 no. 2 Rio de Janeiro 2014.

HARTMANN JUNIOR, J. A. S.; Depressão em idosos institucionalizados. **Tese de doutorado**. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000. Rio de Janeiro; 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**). Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI; Subsídios para as projeções da população/ Leila Regina Ervatti; Gabriel Mendes Borges; Antônio de Ponte Jardim, organizadores. - Rio de Janeiro, 156p. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**). Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI / Adma Hamam de Figueiredo, organizadora. - Rio de Janeiro: **IBGE, Coordenação de Geografia**, 435p. 2016.

JEREZ-ROIG, J.; OLIVEIRA, N. P. D; LIMA FILHO, B.F., BEZERRA, M. A. F.; MATIAS, M.G.L; FERREIRA, L.M.; AMARAL, F.L.J.S.; SOUZA, D.L.B.; LIMA, K.C. Depressive Symptoms and Associated Factors in **Institutionalized Elderly**. **Experimental Aging Research**, 42: 479–491p; 2016.

JESUS, I.S. et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) ;v.1n.2, p. 285-92;2010.

LIMA, M. F.; LOYOLA F. A. I.; MATOS D.L. Tendências nas Condições de Saúde e Uso de Serviços de Saúde entre Idosos Brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública.**; 23 (10): 2467-78;2007.

MENDES, M.R.S.S.B; GUSMÃO, J.L.; FARO A.C.M.; LEITE, R.C.B.O.; A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**18(4):p.422-6;2005.

MINGHELLI, B.; TOMÉ, B.; NUNES, C.; NEVES, A.; SIMÕES, C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. Psiq Clín, Silves**, v. 40, n. 2, p.71-76; 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007)– BRASIL. Suicídio. Saber, Agir e Prevenir; **Boletim Epidemiológico**; Secretaria de Vigilância em Saúde; Vol.48; nº 30.

MORAES, I. A. L. DUARTE, M. J. R. S. Cuidando do idoso asilado: universalidades e diversidades para fundamentação das ações de enfermagem. **Enfermagem Atual**. São Paulo: v.2, n.11, p.15-18, 2002.

NAHAS, M. V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina, **Editora Mediograf**, 4ª edição, 2006.

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 [online], vol.39, n.105, pp.536-550,2015.

NORONHA, A.; FONSECA, P.M.M.; CARNEIRO, A.M.C; NERI, E.C.F.P; Centro de Acolhimento para Adultos: Impacto na Sociedade; **Brazilian Journal of Health**; v. 2, n. 2/3, p. 115-122, 2011.

NOVAES, R. H. L.; Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro: Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – **Instituto de Medicina Social**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ,2003.

OLIVEIRA, D. L. C, GORETTI, L.C., PEREIRA L.S.M.; O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: Estudo piloto; São Carlos; **Rev. Bras. Fisioter** ;10(1):91-96; 2006.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentavam centros de convivência. Revista de Saúde Pública, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2005.

PACHECO,R.O.; SANTOS,S.S.C.;Avaliação global de idosos em unidades de PSF. Textos sobre Envelhecimento 7(2), 2004.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P.; Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral; **Rev.Saúde Pública**;39(6):p.918-23,2005.

PORCU,M.SCANTAMBURLO,V.M.;ALBRECHT,N.R.;VALLIM,F.L.;ARAÚJO,C.L.Estudo comparativo sobre a prevalência de Sintomas Depressivos em Idosos Hospitalizados, Institucionalizados e Residentes na Comunidade.**Acta Sci**.24(3);p.713-7;2002.

PIZARRO RADS. A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da cidade de São Paulo. [**Dissertação**]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis; 2004.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições longa permanência para idosos –ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. de Geriatria e Gerontologia**; vol. 11, núm. 1, p. 29-43,2008.

PORCU,M.SCANTAMBURLO,V.M.;ALBRECHT,N.R.;VALLIM,F.L.;ARAÚJO,C.L.Estudo comparativo sobre a prevalência de Sintomas Depressivos em Idosos Hospitalizados, Institucionalizados e Residentes na Comunidade.**Acta Sci**.24(3);p.713-7;2002.

RABELO, D.F. & NERI, A.L. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. **Rev. Kairós Gerontologia**, 16(6), p.43-63; 2013.

RODRIGUES L.R.; TAVARES D.S.; DIAS F.A. et al.; Estudo de Vida de Idosos Comunitários e Fatores associados. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 3):1430-8, mar., 2014.

SANTOS, N.F.; SILVA, M. R. F.; As políticas públicas voltadas ao idoso: Melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, p. 358-371, 2013.

SECCHI,S.R.; Memória do idoso: o papel da Terapia Ocupacional; Campinas; **Metrocamp**,2008.

SIQUEIRA,G. R.,VASCONCELOS, D. T.,DUARTE, G. C., ARRUDA, I. C., COSTA, J. A. S., & CARDOSO, R. O. Análise de sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Rev. Ciência & Saúde Colectiva**, 2009.

SMALL G.W.; Differential diagnoses and assessment of depression in elderly patients. **J.Clin Psychiatry**.,2009.

SOARES, E.; COELHO, M. O.; CARVALHO, S. M. R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de Relações e Correlações. **Revista Kairós Gerontologia**,15(5), p.117-139, 2012.

SOUZA CC, et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontologia**; 16(2):p.285-93,2013.

STELLA, F; GOBBI, S.; CORAZZA, D. I; COSTA, J. L. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. **Rev. Motriz**, Universidade Estadual Paulista - Rio Claro. Vol. 8 n.3, pp.91-98, 2002.

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M. R. Etiopatogenia da depressão em idoso. In: Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica. São Paulo: **Lemos**, p. 89-97;1999.

TIER, C.G.; Depressão em idosos residentes em uma instituição de longapermanência (ILP): **identificação e ações de enfermagem e saúde**; Rio Grande: Furg, 110f.2006..

TUESTA, M. R.; FIERRO, H. N.; MOLINARES; S.A.; OVIEDO; M.F.; POLO, A. Y.; POLO, C. J. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. **Rev Esp Salud Pública**.77:595-604, 2003.

VALDERRAMA-GAMA,E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. **Journal of the American Medical Directors Association**, Vol.11, 312–319. ,2010.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, 43(3):548-54, 2009.

NORMAS ADOTADAS

Manual de Normatização de Trabalhos Acadêmicos. 2ª. edição. São Paulo. UNISA-Universidade de Santo Amaro. Biblioteca Milton Soldani Afonso. 2016.

Guia ABNT-Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR-Nova Versão da Norma Brasileira 6023 que orienta a elaboração de referências. 2ª. Edição. 14/11/2018. <https://tecnoblog.net/236041/guia-normas-abnt-trabalho-academico-tcc/>

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

PROTOCOLO: Estudo da Prevalência de Depressão Maior em Idosos em Dois Modelos de Instituição: Centro de Acolhida Especial para Idosos e Instituto Longa Permanência para Idosos(ILPI).

Você está sendo convidado a participar de forma livre e voluntária de um projeto de pesquisa: O Estudo da Prevalência de Depressão Maior em Idosos em Dois Modelos de Instituição: Centro de Acolhida Especial para Idosos e Instituto Longa Permanência para Idosos(ILPI)., do Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Ciências da Saúde da Universidade Santo Amaro - UNISA, que será realizado pelo pesquisador MARCOS HENRIQUE DE ARAÚJO.

O objetivo desta pesquisa é entender melhor como o grau de autonomia do idoso pode impactar na prevalência da depressão em pessoas internadas em instituição de longa permanência e em moradias de acolhimento. Com isso podemos contribuir na melhoria da sua qualidade de vida.

Há alguns estudos que demonstram que idosos que apresentam maior autonomia, tem menor probabilidade de desenvolver sintomas depressivos.

Para obtermos estas informações, você deverá responder a dois questionários contendo perguntas sobre a sua percepção de vida e a avaliação do nível de dependência. Os questionários serão aplicados pelo pesquisador, agora, ou em outro momento, conveniente para você.

Não há riscos ou desconfortos previstos para esta pesquisa. Caso você não se sinta à vontade ou não queira responder alguma pergunta, sua liberdade está garantida.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais da pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O pesquisador responsável é Marcos Henrique de Araújo, que pode ser encontrado na Universidade Santo Amaro, Campus I, localizada no endereço Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP e pelos telefones (11) 99851-7171 e (11)2141-9911.

**ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE VERSÃO
REDUZIDA (GDS-15)**

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

1	Está satisfeito(a) com sua vida?	Não =1
2	Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	Sim = 1
3	Sente que sua vida está vazia?	Sim = 1
4	Aborrece-se com frequência?	Sim = 1
5	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Não =1
6	Teme que algo de ruim lhe aconteça?	Sim = 1
7	Sente-se feliz na maioria das vezes?	Não = 1
8	Sente -se frequentemente desamparado(a)?	Sim = 1
9	Prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	Sim = 1
10	Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	Sim = 1
11	Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	Não = 1
12	Você se sente inútil?	Sim = 1
13	Você se sente cheio (a) de energia?	Não = 1
14	Acha que sua situação tem solução?	Não = 1
15	Acha que a maioria das pessoas estão melhores do que você?	Sim = 1

Contagem máxima de GDS = 15

Avaliação: 0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses. 1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses. Total > 5 = suspeita de depressão

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.

**ANEXO D – INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA
DIÁRIA (KATZ)**

Nome: _____		Data da avaliação: ___/___/___	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. <input type="checkbox"/>	
Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido. <input type="checkbox"/>	
Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <input type="checkbox"/>	
Transferência - a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências;			
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. <input type="checkbox"/>	Não sai da cama. <input type="checkbox"/>	
Continência - "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente;			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. <input type="checkbox"/>	
Alimentação - a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência. <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. <input type="checkbox"/>	