



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

KELLY RANYELLE ALVES ARAUJO

**Perfil de idosos de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal**

BRASÍLIA

2013

KELLY RANYELLE ALVES ARAUJO

**Perfil de idosos de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à universidade de Brasília-UnB- Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Carolina Becker Abreu Bueno

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Patrícia Azevedo Garcia

BRASÍLIA  
2013

Araújo, Kelly Ranyelle Alves.

Perfil de idosos institucionalizados em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal / Kelly Ranyelle Alves Araujo.- Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

52f. : il.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Carolina Becker Abreu Bueno

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Patrícia Azevedo Garcia

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

1. Perfil de saúde 2. Idosos 3. Instituição de longa permanência

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética em Pesquisa da FS - UnB

Protocolo nº: 113/12

Data: 14 de Agosto de 2012

KELLY RANYELLE ALVES ARAUJO

**Perfil de idosos institucionalizados de uma instituição de longa permanência do Distrito  
Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – UnB- Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção do título de bacharel  
em Terapia Ocupacional.

APROVADA EM: \_\_\_\_\_

**Comissão Examinadora**

---

Prof. Dr. José Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília

---

Danielle Oliveira Pedrosa de Araújo  
Terapeuta Ocupacional

---

Prof<sup>a</sup>. Ms. Carolina Becker Bueno de Abreu  
Universidade de Brasília

*Dedico esse trabalho de conclusão de curso a todos os idosos que residem em instituições de longa permanência para que eles e toda a sociedade compreendam e valorizem a riqueza e a sabedoria que há em cada história e em cada fase da vida.*

*Ao meu pai Adão que me incentivou e encorajou a descobrir novos caminhos e que sempre apoiou as minhas decisões, me ensinando a ser forte e lutar sempre.*

*A minha mãe Maria das Graças, pedagoga nata, que sempre foi minha amiga e companheira e que me mostrou a importância dos estudos, o amor e a dedicação ao ser humano.*

*Aos meus irmãos Samuel e Thamyres por me darem tantas alegrias e se orgulharem de mim.*

*Ao meu namorado Paulo que está comigo em qualquer que seja o momento agindo como meu ponto de calma e sempre sendo meu porto seguro.*

*A toda minha família por confiar e acreditar em mim e nas possibilidades da Terapia Ocupacional.*

*Obrigada a todos vocês.*

## AGRADECIMENTOS

Em princípio agradeço a Deus por guiar meus caminhos, proteger e me amar incondicionalmente e a Maria Mãe de Deus por ser meu elo e minha intercessora.

Os meus pais e irmãos por compreenderem minhas ausências, estresses e angústias e estarem comigo em todas as minhas vitórias.

Ao meu namorado e minha amiga Milene por todos os ensinamentos durante esses anos e por ser parte integrante e presente nesse estudo.

A Universidade de Brasília, meus professores e colegas que me auxiliaram e me encaminharam na minha formação profissional e pessoal. Agradeço em especial aos professores Nazareth Malcher, Ioneide Campos, Paula Furlan, Kátia Menezes, Iturri de La Mata, Carolina Becker e Patrícia Garcia.

Agradeço imensamente as minhas orientadoras Carolina Becker e Patrícia Garcia não apenas pela dedicação e atenção destinada a mim e a minha pesquisa, mas também pelos conselhos e palavras de ânimo quando eu não as encontrava mais dentro de mim.

As minhas supervisoras de estágio em especial Cláudia Barroso que me ensinaram a amar e acreditar nas possibilidades do ser humano além de me mostrar na prática à magia de **SER** terapeuta ocupacional.

A Ana Paula, diretora da instituição onde realizei minha pesquisa por ter acreditado na importância desse trabalho. A todos os funcionários que me ajudaram na árdua missão de encontrar tantos idosos em meio a uma instituição tão grande.

A todos os idosos que participaram da pesquisa e por toda sabedoria que vocês emanam.

Por fim quero agradecer ao professor José Iturri e a Terapeuta Ocupacional Danielle Oliveira Pedrosa de Araújo por aceitarem fazer parte da comissão examinadora da presente pesquisa.

ARAÚJO, K.R.A. **Perfil de idosos institucionalizados em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal**. 2013. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Curso de Terapia Ocupacional, Brasília, 2013.

## RESUMO

O aumento do número de idosos no Brasil e no mundo nas últimas décadas traz consigo novas demandas como a necessidade de aprimoramento da assistência à saúde e assistência social, incluindo as instituições de longa permanência para idosos. A pesquisa buscou identificar e analisar o perfil socioeconômico, epidemiológico e de saúde de idosos em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) do Distrito Federal analisando o perfil socioeconômico, epidemiológico, funcionalidade, sintomas depressivos, suporte social e funções cognitivas. O estudo foi do tipo descritivo de abordagem quantitativa. Foi utilizado um instrumento elaborado pelas pesquisadoras para coleta de dados sócio demográficos, de saúde e de suporte social e os seguintes instrumentos padronizados: *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Mini Exame de Estado Mental. (MEEM). Participaram da pesquisa 79 idosos sendo que 41 responderam o questionário completo e 38 participaram da pesquisa apenas através de suas fichas cadastrais seguindo os critérios de inclusão da pesquisa. A maioria dos idosos é do sexo feminino, tem média de idade alta em comparação a média nacional e de algumas ILPIs. Apresentam poucas doenças e fazem uso de poucos medicamentos em comparação com populações de outros estudos. O índice de depressão é considerável e apresentam pouca dificuldade em Atividade de Vida Diária e Atividade Instrumental de Vida Diária. O suporte social externo existe, no entanto é pouco frequente, há fragilidade no suporte social dentro da própria instituição, cabendo intervenções a fim de fortalecer tanto o suporte social externo como o interno. O presente estudo foi capaz de identificar o perfil dos idosos que residem na instituição.

**Palavras Chaves:** Perfil de saúde, Idosos, Instituição de longa permanência.

ARAÚJO, K.R.A. **Profile of Institutionalized Elderly in a Long-stay Institution of Distrito Federal.2013.** Monograph Graduation – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Occupational Therapy, Brasília, 2013.

### **ABSTRACT**

The increasing number of elderly in Brazil and around the world in recent decades brings new consequences as the need and improvement in health care and social assistance, including homes for the aged.

The research sought to identify and analyze the socioeconomic profile, epidemiological and health of seniors in homes for the aged in Distrito Federal analyzing socioeconomic, epidemiological, functionality, depressive symptoms, social support and cognitive functions.

The study was descriptive quantitative approach. We used an instrument developed by the researchers to collect data sociodemographic, health and social support and the following standardized instruments: Health Assessment Questionnaire (HAQ), Geriatric Depression Scale (GDS), Mini Mental State Examination. (MMSE). Participants were aged 79 and 41 responded to the full questionnaire and 38 participated in the survey only through their registration forms following the inclusion criteria of the study. Most seniors are female, the average age is high compared to the national average and some NHs. Have fewer diseases and make use of a few drugs compared with populations in other studies. The rate of depression is considerable and generally have difficulties in ADL and IADL. The external social support exists, however infrequently, is fragile social support within the institution itself, fitting interventions to strengthen social support both the external and the internal. This study was able to identify the profile of the elderly who resides in the institution.

**Key Word:** Health Profile, Seniors, Homes for the aged.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Fluxograma da amostra.....	21
---------------------------------------	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Características demográficas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, 2012.....	22
Tabela 2 – Relação de doenças apresentadas por idosos da instituição de longa permanência pesquisada, 2012.....	24
Tabela 3 – Tabela de frequência de quedas e prática de exercícios físicos em idosos residentes em uma instituição de longa permanência, 2012.....	25
Tabela 4 – Características de funcionalidade, cognição e depressão de idosos residentes em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, 2012.....	26
Tabela 5 – Características de suporte social de idosos residentes em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, 2012.....	27
Tabela 6 – Comparação entre grupos da pesquisa, 2012.....	28

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVD – Atividade de Vida Diária.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AIVD– Atividades Instrumentais de Vida Diária

DF – Distrito Federal

CREAS – Centro de Referência em Assistência Social

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

FCE – Faculdade de Ceilândia

FS – Faculdade de Saúde

HAQ – Heath Assessement Questionnaire

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Mini Exame de Estado Mental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SEDEST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UnB – Universidade de Brasília

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	15
2.1. OBJETIVO GERAL: .....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	15
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	16
3.1 A PESQUISA .....	16
3.2 A INSTITUIÇÃO .....	16
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	19
3.3.1. HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ):.....	19
3.3.2. MINI EXAME DE ESTADO MENTAL (MEEM):.....	19
3.3.3 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG):.....	20
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	20
3.5 MÉTODOS PARA ANÁLISE DE DADOS .....	21
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	21
<b>4. RESULTADOS</b> .....	22
4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA .....	22
4.2. CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DA AMOSTRA .....	24
4.4. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS.....	29
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	30
5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA .....	30
5.2. CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DA AMOSTRA .....	32
5.3. CARACTERÍSTICAS DE SUPORTE SOCIAL .....	36
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	38

LIMITAÇÕES DOS ESTUDO.....	38
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>ANEXOS</b> .....	44
ANEXO A – QUESTIONÁRIO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS .....	45
ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG).....	46
ANEXO C – HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ) – VERSÃO EM PORTUGUÊS .....	47
ANEXO D - INSTRUMENTO PARA SUPORTE SOCIAL.....	48
ANEXO E- MINI EXAME DE ESTADO MENTAL (MEEM):.....	49
ANEXO F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	50
ANEXO G- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA .....	51

## 1. INTRODUÇÃO

A redução dos níveis de fecundidade e de mortalidade no Brasil tem produzido modificações no padrão etário da população. O combate à mortalidade, a melhoria do acesso aos serviços de saúde, as campanhas nacionais de vacinação, avanços da medicina, aumento do nível de escolaridade e investimentos na infra-estrutura de saneamento básico levaram ao aumento da expectativa de vida da população, influenciando efetivamente no aumento do número de idosos no Brasil e no mundo (CARVALHO, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde o país apresenta um contingente de aproximadamente 21 milhões de idosos, este número atingirá em média, 32 milhões em 2025 e ainda espera-se que em 2050 o percentual de idosos seja igual ou superior ao de crianças de 0 a 14 anos (BRASIL, 2005).

O avanço populacional dos idosos ocorre hoje em diversos países, incluindo o Brasil. Outros fenômenos que estão acontecendo no Brasil e no mundo são:

O envelhecimento da própria população idosa, mudanças nos arranjos familiares e no papel social da mulher, nos níveis de fecundidade reduzidos. Esses fatores estão resultando no aumento da população que demanda cuidados prolongados e numa redução da oferta de cuidadores familiares (CAMARANO, 2010).

Esta mudança sugere discussões acerca da nova realidade e, sobretudo se faz necessário importantes modificações/adaptações quanto à assistência social, infra-estrutura, e a assistência prestada pelo sistema de saúde pública, pois os idosos constituem uma parcela da sociedade bastante “diferenciada entre si e em relação aos demais grupos etários, e os custos econômicos e sociais decorrentes vêm transcendendo as projeções para esse grupo, numa situação vigente do sistema espoliado de saúde pública” (DAVIM, 2004).

Diante dessa situação e à medida que a população envelhece, aumenta a demanda por instituições de longa permanência. Nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 5% dos idosos residem em abrigos que oferecem serviços de saúde, lazer e assistência social. Na Inglaterra, a frequência de institucionalizações é minimizada por meio do atendimento em hospitais-dia, com assistência multidisciplinar à saúde, oferecida a essa população, principalmente na área da reabilitação, e elas prestam-se, em grande parte, para "aliviar" o trabalho extra dos familiares de idosos dependentes (CHAIMOWICZ, 1998).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2005) as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são estabelecimentos 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.

As ILPIs tem papel que vai além dos cuidados básicos e devem promover ações a fim de manter a autonomia, independência e valorização de redes sociais durante o processo de envelhecimento. Tais metas se configuram também fundamentais para cuidadores, profissionais de saúde e autoridades públicas.

Nos países considerados desenvolvidos, o processo de envelhecimento já faz parte da realidade cultural há algumas décadas e, por essa razão já existem “os alicerces de uma sociedade mais inclusiva e mais adequada à população idosa” (CAMARANO, 2010). Esta maior preparação age diretamente na forma de lidar com a nova realidade e as ferramentas que se incluem nesse contexto, como exemplo clássico, são as instituições de longa permanência. Tais países veem esses estabelecimentos como uma das possibilidades de se envelhecer bem, pois nestes espaços são promovidos estímulos, suporte social e emocional além da assistência a saúde física.

O significado simbólico brasileiro sobre as ILPIs pouco se assemelham ao dos países desenvolvidos, pois transita por diversas concepções, incluindo o abandono, como local de exclusão social, dominação ou simplesmente “depósito de idosos”, ou “um lugar para morrer”.

No entanto, estes modelos de pensamento podem estar se modificando e o trabalho proposto tenta observar, identificar e analisar o perfil de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência.

Estudos sobre o perfil dessa população ainda são insuficientes para entender as reais necessidades dos idosos institucionalizados, tais instituições devem adequar o serviço oferecido e a assistência prestada de maneira eficiente.

A necessidade de novas pesquisas reflete consideravelmente na identificação dos anseios deste grupo e incitam discussões no âmbito de políticas públicas, assistência previdenciária e de saúde, a fim de prestar melhores serviços e adequá-los se necessário.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL:**

- Identificar e analisar o perfil socioeconômico e epidemiológico de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) do Distrito Federal.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar a rede de suporte social, independência funcional e sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 A PESQUISA

O estudo foi do tipo descritivo de abordagem quantitativa. Foi realizada pesquisa de campo em uma instituição de longa permanência para idosos do Distrito Federal. A instituição foi selecionada por critérios de conveniência.

Foi realizada busca ativa no cadastro dos residentes a fim de coletar os seguintes dados: data de nascimento, sexo, cor, idade, naturalidade, profissão, estado civil, escolaridade, histórico de doenças, histórico de quedas, medicamentos utilizados e a prática de exercícios regulares.

Além dos dados das fichas cadastrais foram utilizados (ANEXO A), instrumentos padronizados e um elaborado pelas pesquisadoras a fim de analisar o suporte social dos idosos residentes. Os instrumentos abordaram os sintomas de depressão em idosos (Escala de Depressão Geriátrico – ANEXO B), o desempenho funcional (*Health Assessment Questionnaire* - ANEXO C), rede de suporte social (ANEXO D) e cognição (Mini Exame de Estado Mental – ANEXO E). O instrumento para análise do suporte social (ANEXO D) foi elaborado uma vez que, os instrumentos padronizados que se pesquisou abrangendo o suporte social em idosos, não retratavam as necessidades e o cotidiano de idosos institucionalizados.

Nos resultados a variável **Nada Consta** se apresentará em alguns momentos e representará dados ausentes nas fichas cadastrais dos idosos.

#### 3.2 A INSTITUIÇÃO

Fundada em 1980, a instituição abriga idosos de ambos os sexos, atualmente com 90 residentes, presta assistência integral nas áreas de saúde, higiene, alimentação, medicamentos e habitação. O abrigo conta com a colaboração de voluntários e se mantêm por recursos governamentais, doações e contribuições mensais dos idosos.

A instituição se organiza através de departamentos:



- Departamento de Integração e Lazer: responsável pela análise das necessidades dos idosos, planejamento e execução das atividades relacionadas à socialização, eventos e coordenação do Programa de Voluntariado.

- Departamento de Nutrição: responsável pela produção de alimentos e atendimento clínico-nutricional de todos os assistidos pela instituição, com o principal objetivo de oferecer alimentação saudável e balanceada.

- Departamento de Serviço Social: É o mediador entre a instituição, idoso e a família e visa estimular a participação da sociedade no cotidiano da instituição, através de parcerias, programas e projetos.

A instituição de longa permanência é localizada em uma grande área arborizada, existem salas onde os idosos realizam atividades artísticas, uma barbearia, aparelhos de ginástica e três casas onde moram idosos casados.

Os idosos residentes são assistidos por diversos profissionais dentre eles enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo entre outros.

A instituição conta com três alas que dividem os idosos pelo grau de dependência, os quartos são duplos ou individuais, são arejados e alguns quartos possuem banheiro privativo.

Os critérios de inclusão na instituição seguem etapas que envolvem familiares e outras pessoas relacionadas ao suporte social do idoso. A primeira etapa consiste na verificação da real necessidade da institucionalização, e é feita através da apresentação de alternativas para que o idoso não deixe o cuidado familiar, dentre estas alternativas estão: contratação de cuidador de idosos, distribuir o cuidado entre filhos, inserir o idoso em grupos de convivência. Caso não encontrado outro caminho a não ser a institucionalização, a família deve procurar o Centro de Referência em Assistência Social-CREAS, e agendar uma visita com a equipe profissional do órgão, após a visita será realizado uma análise das condições do idoso buscando a melhor qualidade de vida para o mesmo. Verificada a necessidade da institucionalização por parte dos órgãos competentes, será encaminhado um relatório para a Casa de Passagem do Adulto da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de renda do Distrito Federal – SEDEST que irá enviar para as instituições conveniadas as solicitações. Caso haja vaga, a instituição avaliará as condições físicas, mentais e sociais do idoso, além do seu interesse em residir na instituição. Atualmente a

instituição apenas recebe idosos independentes, sem comprometimentos mentais graves e de baixa renda.

### 3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

#### 3.3.1. HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ):

Segundo SHINJO (2006), este instrumento foi desenvolvido no ano de 1978 por James F. Fries, a fim de avaliar o desempenho funcional em uma grande variedade de doenças reumáticas, no entanto está sendo utilizado com portadores do Vírus HIV/AIDS e em estudos sobre envelhecimento. “A HAQ se apresenta em dois tipos HAQ forma completa e HAQ forma simplificada” (FRIES, 1980 citado por SHINJO, 2006). A versão simplificada é mais amplamente utilizada na prática médica, sendo composta por 20 itens subdivididos em 8 categorias para as quais o paciente é orientado a apontar seu grau de dificuldade funcional caracterizando suas respostas como incapaz de fazer, com muita dificuldade, com alguma dificuldade ou sem qualquer dificuldade.

A cada questão o indivíduo pode pontuar de zero a três sendo que 0 = sem dificuldade, 1 = com alguma dificuldade, 2 = com muita dificuldade, 3 = incapaz de fazer. O cálculo da HAQ simplificada se dá pela soma da pontuação máxima de cada categoria. Os valores obtidos são divididos por oito, obtendo-se pontuação que varia de zero a três sendo zero sem comprometimento funcional e três incapacidade para realização da tarefa. Quanto maior a pontuação, maior é o grau de comprometimento funcional do paciente.

#### 3.3.2. MINI EXAME DE ESTADO MENTAL (MEEM):

Esta ferramenta foi elaborada por Folstein et al. em 1975 . “É um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo” (LOURENÇO, 2006) e possui validação para população brasileira. Fornece informações sobre distintas funções cognitivas.

Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento (LOURENÇO, 2006).

Este protocolo contém sete categorias, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação espacial (5 pontos), orientação temporal (5 pontos), registro de palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo,

até uma pontuação total de no máximo de 30 pontos, o qual corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Para a análise do resultado no MEEM se considera a escolaridade do sujeito.

Segundo Bertolucci (1994) e Brucki (2003) o ponto de corte que melhor discriminou distúrbios cognitivos entre os sem escolaridade foi 13, para os que estudaram de 1 a 7 anos a pontuação foi de 18 e os que apresentavam anos de estudo  $\geq 8$  tem ponto de corte 26.

### 3.3.3 ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG):

Esta escala busca rastrear sintomas depressivos na população idosa. É apresentada em duas versões, a original formalizada por Yasavage e Sheikh (1986) que possui trinta itens em sua composição e a versão reduzida com quinze itens, proposta por ALMEIDA e ALMEIDA (1999), que foi utilizada no presente estudo.

Segundo PARADELA (2005) a EDG com 15 itens é uma versão adaptada da escala original elaborada em 1986, selecionando os itens que mais correspondem a aspectos relacionados ao diagnóstico da depressão.

Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Essa versão reduzida é bastante atraente para rastreamento dos transtornos do humor em ambulatórios gerais, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (PARADELA, 2005).

A nota de corte mais adequada segundo alguns autores (PARADELA, 2005, CWIKEL, 1989, ALMEIDA, 1999) apontam 5/6 como a mais adequada, ou seja, 6 pontos ou mais são indicativos de sintomas depressivos.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão estabelecidos para pesquisa foram:

- Ter idade igual ou superior a sessenta anos.
- Residir na instituição, no mínimo, há um ano, com o intuito de evitar vieses decorrentes do processo de adaptação às mudanças ocorridas pela institucionalização.

Os idosos com demência, problemas sensoriais ou de comunicação que impeçam a aplicação de parte do questionário foram incluídos na pesquisa apenas parcialmente, sendo utilizados os dados sócio demográficos e de saúde que constarem nas fichas cadastrais.

### 3.5 MÉTODOS PARA ANÁLISE DE DADOS

As análises estatísticas foram processadas utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS* versão 16.0. Foram realizadas análises descritivas utilizando medidas de frequência e porcentagem, tendência central (média) e de variabilidade (amplitude e desvio padrão) dos aspectos clínicos e demográficos e das escalas de qualidade de vida, funcionalidade, depressão e cognição.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Previamente à aplicação dos questionários, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília seguindo normas éticas por envolver seres humanos previsto na RESOLUÇÃO CSN 196/96, e aprovado conforme documento anexo (ANEXO G), sob o número do protocolo 113/12.

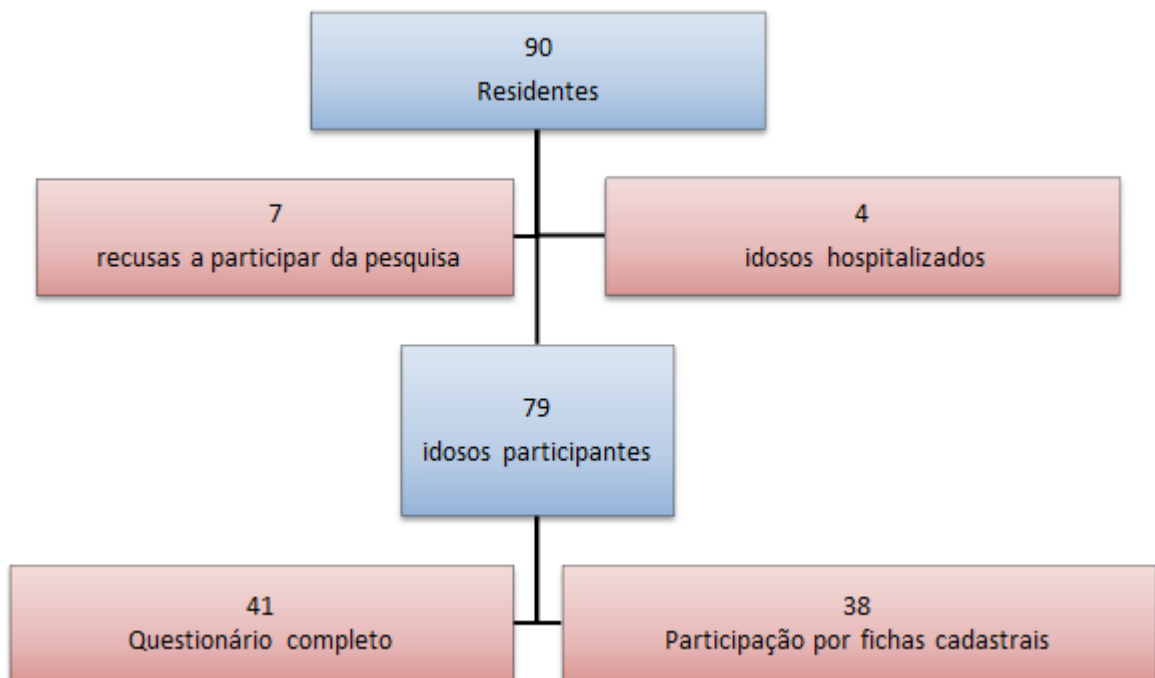
Foi realizado contato prévio com a instituição selecionada e houve solicitação formal de autorização através da assinatura do termo de concordância pela responsável da instituição concedendo acesso às fichas cadastrais e as entrevistas aos idosos residentes. Os idosos que desejaram participar voluntariamente da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação do questionário.

Idosos que por analfabetismo ou incapacidade física, não puderam assinar o TCLE, foram esclarecidos a respeito da pesquisa e seu consentimento foi manifesto e registrado mediante a assinatura do responsável pela instituição.

#### 4. RESULTADOS

No momento da pesquisa residiam na instituição noventa idosos. Destes noventa, sete se recusaram a responder o questionário e cinco encontravam-se hospitalizados, restando para pesquisa o número de 79 idosos participantes. Dos 79 pesquisados 41 responderam o questionário completo e 38 participaram da pesquisa apenas através de suas fichas cadastrais seguindo os critérios de inclusão da pesquisa. Abaixo é apresentado um fluxograma para melhor visualização do processo de formação da amostra

**Figura 1.** Fluxograma da amostra



##### 4.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

A média de idade dos idosos pesquisados é 78,54 ( $\pm 8,67$ ) anos que variam de 60 anos como a idade mínima e 106 anos. A maioria da população estudada é do sexo feminino (57,0%). A maior parte dos institucionalizados se considera da raça branca (48,1%), se dizem católicos (51,9%) e procedem de diversas regiões do Brasil e de um país estrangeiro. Solteiros (55,7%) e viúvos (20,3%) representam os principais estados civis dos idosos que fizeram parte da pesquisa. A metade dos idosos estudados não assinam o próprio nome (50,6%) e entre os que frequentaram a escola a média de estudos são 2,37 ( $\pm 3,35$ ) anos. Os

trabalhadores domésticos e profissionais liberais foram as profissões exercidas no passado mais citadas. Os dados demográficos são apresentados com detalhes na tabela 1.

**Tabela 1.** Características demográficas de idosos residentes de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, 2012.

Variáveis		Frequência	Média	DP
<b>Idade</b>		-	78,54 (60 – 106)	8,67
<b>Sexo</b>	Feminino	57,0% (45)	-	-
	Masculino	43,0% (24)		
<b>Raça</b>	Branca	48,1% (38)	-	-
	Parda	35,4% (28)		
	Negra	15,2% (12)		
	Amarela	1,3% (1)		
	Nada Consta	3,8% (2)		-
<b>Naturalidade</b>	MG	29,1% (23)		
	PB	6,3% (5)		
	CE	13,9% (11)		
	PE	2,5% (2)		
	GO	13,9% (11)		
	Estrangeiro	1,3% (1)		
	BA	12,7% (10)		
	SP	2,5% (2)		
	RN	2,5% (2)		
	MA	1,3% (1)		
	RJ	6,3% (5)		
	PR	1,3% (1)		
	TO	1,3% (1)		
	PI	1,3% (1)		
<b>Religião</b>	Católico	51,9% (41)		
	Evangélico	8,9% (7)		
	Espírita	7,6% (6)	-	-
	Cristã	2,5% (2)		
	Nada consta	29,1% (23)		
<b>Estado Civil</b>	Viúvo	20,3% (16)		
	Divorciado	15,2% (12)		
	Casado	7,6% (6)	-	-
	União estável	1,3% (1)		
	Solteiro	55,7% (44)		
<b>Escolaridade</b>	Frequentou escola	43,0% (34)		
	Sabe ler mas não foi a escola	1,3% (1)		
	Assina o próprio nome	5,1% (4)	-	-
	Não assina o próprio nome	50,6% (40)		
<b>Anos de Estudo</b>		-	2,37 (0-15)	3,35

<b>Profissões</b>	Trabalhadores de transporte	10,1% (8)		
	Trabalhadores domésticos	20,3% (16)		
	Trabalhadores da construção	7,6% (6)	-	-
	Profissões ligadas ao comércio	7,6% (6)		
	Profissionais liberais	20,3% (16)		
	Sem profissão	2,5% (2)		
	Servidores Público	2,5% (2)		
	Não Consta	29,1% (23)		

---

#### 4.2. CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DA AMOSTRA

Os idosos institucionalizados da amostra apresentam a média de co-morbidades por idoso de 1,32 ( $\pm 0,95$ ) doenças por idoso e fazem uso de uma média de 2,58 ( $\pm 1,66$ ) medicamentos cada. As principais enfermidades presentes foram as doenças neurológicas (56,9%), nesta variável estão inseridos os idosos que apresentaram algum tipo de demência, doença esta, que se mostra a mais recorrente dentre esse grupo. As doenças cardiovasculares (49,4%) também apresentam percentual considerável e dentre elas a mais citada foi a hipertensão arterial. Dentre as enfermidades ortopédicas representadas por 8,9% da amostra, as osteoartroses, fratura femoral, problemas de coluna inespecíficos e específicos além de fibromialgia foram citados. A esquizofrenia, depressão e insônia compõem o grupo das doenças psiquiátricas (7,6%) sendo a depressão a mais recorrente. As doenças relacionadas ao sistema endócrino também foram referidas, sendo a diabetes a doença mais presente. Apenas um idoso apresentou quadro de doença respiratória. Doenças urológicas e oncológicas também fazem parte da relação de moléstias coletadas nos dados. Problemas sensoriais ou de comunicação nos residentes apareceram em 24,1% da amostra. Os idosos que relatam fazer uso de álcool ou serem tabagistas atingem o percentual de 24,1% do total da amostra.

Dados detalhados sobre as doenças que atingiram os idosos estudados são apresentados na tabela 2.



**Tabela 2.** Relação de doenças apresentadas por idosos da instituição de longa permanência pesquisada, 2012.

Variáveis	Frequência	Média	DP
<b>Média de Co-morbidades</b>	-	1,32 (0-4)	0,955
<b>Doença cardiovascular</b>	<b>49,4% (39)</b>		
Hipertensão arterial	79,5% (31)	-	-
Cardiopatia	7,7% (3)		
Trombose	2,6% (1)		
Hipertensão e cardiopatia	10,3% (4)		
<b>Doença respiratória</b>	<b>1,3% (1)</b>	-	-
Asma	100% (1)		
<b>Doenças Neurológicas</b>	<b>56,9% (45)</b>		
Hemiplegia	21,7% (5)		
Sequela de AVE	47,8% (11)		
Déficit intelectual	8,7% (2)	-	-
Parkinson	8,7% (2)		
Epilepsia	4,3% (1)		
Demência	48,1% (38)		
<b>Doenças Psiquiátricas</b>	<b>7,6%(6)</b>		
Esquizofrenia	50%(3)		
Depressão	33,3%(2)		
Insônia	16,7% (1)	-	-
<b>Doença ortopédica</b>	<b>8,9% (7)</b>		
Osteoartrose	14,3% (1)		
Problemas de coluna inespecíficos	14,3% (1)		
Hérnia de disco	14,3% (1)		
Fratura femoral	14,3% (1)		
Osteoporose	14,3% (1)		
Amputação	14,3% (1)		
Fibromialgia	14,3% (1)		
<b>Doenças endocrinológicas</b>	<b>13,9% (11)</b>		
Diabetes	90,9% (10)	-	-
Hipertireoidismo	9,1% (1)		
<b>Doenças urológicas</b>	<b>3,8% (3)</b>		
Insuficiência renal	66,7% (2)	-	-
Prostatite	33,3% (1)		
<b>Doença oncológica</b>	<b>5,1% (4)</b>	-	-
<b>Hérnia inguinal</b>	<b>1,3% (1)</b>	-	-
<b>Diagnóstico de problemas sensoriais ou de comunicação</b>	<b>22,8% (18)</b>	-	-
<b>Tabagista ou etilista</b>	<b>24,1% (19)</b>		
<b>Quantidade de medicamentos</b>		2,58 (0-9)	1,661

A prática regular de exercício físico é citada por muitos idosos, sendo que 39,2% deles relatam que se exercitaram frequentemente nas últimas 4 semanas. As quedas descritas nos últimos seis meses tiveram média de 0,75 ( $\pm 1,50$ ) variando de 0 a 9 quedas. As informações detalhadas são apresentadas na tabela 3.

**Tabela 3.** Tabela de frequência de quedas e prática de exercícios físicos em idosos residentes em uma instituição de longa permanência, 2012.

Variável	Frequência	Média	DP
<b>Prática de exercício regular</b>	39,2% (31)	-	-
<b>Quedas nos últimos 6 meses</b>			
Nenhuma queda	65,8% (52)	0,75 (0-9)	1,50
1 queda	17,7% (14)		
2 ou mais quedas (queda recorrente)	16,5% (13)		

Dos 79 idosos participantes, 41 responderam o questionário completo e 38 participaram apenas com os dados colhidos das fichas cadastrais, pois apresentavam algum tipo de demência ou problemas sensoriais que impediam a resposta do questionário. Foram utilizados os questionários Mini Exame de Estado Mental (MEEM), Heath Assesment Questionnaire (HAQ), Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

A EDG tem como objetivo rastrear sintomas de depressão em idosos. A pesquisa indicou que a média dos 41 idosos que responderam a EDG é de 5,19 ( $\pm 2,71$ ) variando de 0 a 12 pontos, 36,58% da amostra que responde o questionário completo apresenta risco de depressão.

HAQ tem como papel demonstrar a saúde funcional quantitativamente. A média deste instrumento na pesquisa foi de 0,97 variando de 0 a 3. Os idosos que declaravam não ter nenhuma dificuldade nas AVDs e AIVDs (32%) e os que possuem alguma dificuldade (29%) foram os mais presentes na pesquisa. Os que sentiam muita dificuldade representavam 24% da amostra e os que relatam serem incapazes de desempenhar a maioria das atividades atingiram o percentual de 15%.

O MEEM é utilizado para rastrear déficit cognitivo. O estudo mostrou a média de 18,56 ( $\pm 6,56$ ) pontos da amostra do grupo que respondeu todo o questionário. Considerando a nota de corte de Bertoluci et. al (1994), os idosos que apresentaram indicativo de déficit cognitivo (41,5%) foi menor do que daqueles que não apresentaram nenhum tipo (58,5%). Os dados completos serão apresentados na tabela 4.

**Tabela 4.** Características de funcionalidade, cognição e depressão de idosos residentes de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, 2012.

VARIÁVEL	FREQUÊNCIA (N)	MÉDIA	DP
Escore EDG	-	5,19 (0-12)	2,71
Risco de Depressão segundo EDG	36,58%(15)	-	-
Escore HAQ	-	0,97 (0-3)	0,99
Nenhuma dificuldade	32%(13)		
Alguma dificuldade	29%(12)		
Muita dificuldade	24%(10)	-	-
Incapaz de fazer	15%(6)		
Escore MEEM	-	18,56 (1-30)	6,56
Sem déficit cognitivo	58,5% (24)	-	-
Com déficit cognitivo	41,5% (17)	-	-

#### 4.3 CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS AO SUPORTE SOCIAL

Dentre os 41 idosos que responderam o questionário completo, 35 (85,4%) relataram que recebem ou receberam alguma visita. Dos 35 sujeitos que recebem visitas 29 (82,85%) expuseram que recebem visitas com frequência.

Dos sujeitos que recebem algum tipo de visita com frequência a maioria refere que o(s) filho(s) (31,7%) são os que mais realizam visitas, seguidos de outros familiares como primos, sobrinhos e irmãos (20%). Dos 41 idosos pesquisados 29,3% não recebem nenhum tipo de visita frequente e 14,6% relata nunca ter recebido nenhum tipo de visita.

Dentre os idosos que responderam o questionário completo 48,8% confiam em alguém dentro da instituição e destes 65% depositam sua confiança em outros residentes. Com a indagação sobre a quem o idoso recorreria em uma necessidade financeira a maioria respondeu que não teria ninguém (51,2%) para pedir o auxílio. As informações são apresentadas em detalhes na tabela 5.

**Tabela 5.** Características de suporte social de idosos residentes de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, 2012.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA
<b>Recebe ou já recebeu visitas</b>	85,4% (35)
<b>Confia em alguém</b>	48,8% (20)
<b>Se sim, quem confia</b>	
Cônjuges (marido ou esposa)	10,0% (2)
Funcionários	15,0% (3)
Internos	65,0% (13)
todos	10,0% (2)
<b>Visitas frequentes</b>	
Filhos	31,7% (13)
Irmãos	12,2% (5)
Amigos	17,1% (7)
Ninguém	29,3% (12)
Igreja	2,4% (1)
Primos	2,4% (1)
Sobrinhos	4,9% (2)
<b>Recorrer em caso de ajuda financeira</b>	
Filhos	17,1% (7)
Esposo	2,4% (1)
Irmãos	4,9% (2)
Amigos	4,9% (2)
Ninguém	51,2% (21)
Coordenadora	2,4% (1)
Funcionários	4,9% (2)
Assistente social	2,4% (1)
Internos	2,4% (1)
Sobrinhos	2,4% (1)
Netos	2,4% (1)
Ex-esposa	2,4% (1)

#### 4.4. COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS

Separando os dados dos idosos que responderam ao questionário completo daqueles que participam parcialmente em grupo A e grupo B, respectivamente, podemos observar que: a média de idade dos idosos com demência e problemas sensoriais (grupo B) é maior que a dos idosos sem estes diagnósticos (grupo A). A média de anos de estudo dos idosos do grupo A é maior que a média do grupo B. A média de co-morbidades são praticamente correspondentes. Os dados mostram que a média de caídores do grupo A é maior do que em idosos do grupo B. As informações detalhadas estão descritas na tabela 6.

**Tabela 6.** Comparação entre grupos da pesquisa

VARIÁVEL	GRUPO B (n = 38)			GRUPO A (n = 41)		
	FREQUENCIA (N)	MÉDIA	DP	FREQUÊNCIA (N)	MÉDIA	DP
Idade	-	81,05	8,624	-	76,22	8,141
Anos de Estudo	-	0,71	1,723	-	3,90	3,760
Quantidade de Medicamentos	-	2,95	1,559	-	2,24	1,700
Quantidade de co-morbidades	-	1,37	0,852	-	1,27	1,049
Quedas nos últimos 6 meses	-	0,29	0,565	-	1,17	1,922

## 5. DISCUSSÃO

O estudo teve como objetivo identificar e analisar o perfil socioeconômico e epidemiológico de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) do Distrito Federal além de identificar a rede de suporte social, independência funcional e sintomas depressivos nos residentes dessa instituição. A discussão deste trabalho será apresentada por blocos assim como os resultados.

### 5.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

De acordo com os resultados apresentados é possível analisar e comparar a outros estudos semelhantes, o perfil demográfico dos idosos residentes na instituição de longa permanência estudada.

Segundo dados do Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE dentre o ano de 1960 ao ano de 2010, a esperança de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos, passando de 48,0 para 73,4 anos. O presente estudo demonstra que a média de idade dos idosos residentes foi superior a média nacional atingindo 78,54 ( $\pm 8,670$ ) anos. Observa-se em estudos que a média de idade em idosos institucionalizados costuma ser maior que a média da população brasileira como no estudo de Nascimento (2009) que demonstrou que a média de idade de idosos do sexo masculino foi de 74,29 ( $\pm 8,43$ ) anos e de mulheres 77,54 ( $\pm 8,20$ ) anos. Outro estudo é o de Pereira (2003) que encontrou em uma instituição a média de idade de 75,5 ( $\pm 8,83$ ). Um estudo estrangeiro em país considerado desenvolvido mostrou que a idade média de um idoso institucionalizado é de 77,1 ( $\pm 7,2$ ) anos (CARVALHO, 2007) resultado semelhante ao encontrado na amostra.

Com base nesses estudos pode-se afirmar que a média de idade dos idosos da amostra realizada no Distrito Federal é maior que a média nacional e que a média de algumas instituições de longa permanência. Observa-se também que há uma grande variação das idades, o idoso pesquisado mais jovem possui 60 anos e o mais idoso 106.

O estudo demonstrou que a maioria dos idosos residentes é do sexo feminino (57%) indo ao encontro do Censo 2010 que revelou que, a razão de gênero é de 100 mulheres para 96 homens, “o resultado decorre da superioridade da mortalidade masculina em relação à feminina” (IBGE, 2012). Uma hipótese para o maior número de mulheres idosas é que elas

apresentam maior cuidado com a saúde e buscam com mais frequência os serviços de saúde em comparação aos homens. (BERTOLDI,2004).

O Censo 2010 mostra diferenças na composição da cor ou raça na população brasileira. Os dados demonstram que houve uma redução da proporção de pessoas que se consideravam brancos, que no ano de 2000 atingia 53,7% e em 2010 diminuiu para 47,7%, houve também um crescimento de negros de 6,2% para 7,6% e pardos de 38,5% para 43,1%. A partir dos dados pode-se analisar que a população parda e negra (50,7%) representa a maioria da população brasileira (IBGE, 2010). A raça mais citada entre os idosos residentes foi a branca (48,1%), porém as raças parda (35,4%) e negra (15,2%) juntas configuram a maioria (50,6%) na classificação racial dos residentes e correspondem aos números demonstrados pelo Censo 2010, representando a nova composição racial brasileira.

A maior parte dos residentes são solteiros (55,7%) ou viúvos (20,3%). Esses índices são comuns em instituição de longa permanência concordando com estudos (DANILOW, 2007; GONÇALVES, 2008; CONVERSO,2007; GALHARDO, 2010). Solteiros e viúvos, ou seja, indivíduos sem cônjuge refletem uma rede de suporte mais frágil, aumentando a frequência de institucionalização (CHAIMOWICZ,1997).

Em sua pesquisa Neri e Guariento (2011) mostram que os cuidados não familiares talvez possam ser indicadores de uma maior frequência de viuvez principalmente entre as mulheres.

Para compreender o perfil demográfico da amostra é necessário que se entenda a história demográfica do Distrito Federal.

Brasília foi fundada em 1960 para ser a capital do país. A promessa da nova capital de oportunidades trouxe centenas de operários, suas famílias e pessoas em busca de oportunidades. Os principais imigrantes eram do nordeste do país. Em busca de abrigar esses trabalhadores, foi construída a primeira região administrativa do Distrito Federal chamada de Núcleo Bandeirante, Região Administrativa que hoje abriga a instituição que foi estudada. Esse processo histórico pode ter contribuído para o resultado da naturalidade dos pesquisados, visto que, a grande maioria é oriundo da Região Nordeste (40,5%) seguido de outros Estados que se localizam próximos ao DF como Goiás (13,9%) e Tocantins (1,3%).

A religião Católica foi a mais citada entre os entrevistados sendo coerente com os dados do Censo 2010 e de outras pesquisas que mostram que a maior parte da população brasileira e idosa se declara Católica (IBGE, 2012; COSTA, 2006).

Entende-se como escolaridade, o tempo de permanência de um indivíduo na escola. Pesquisas demonstram que o percentual de indivíduos com mais de 60 anos sem escolaridade é alto (DANILOW, 2007; ANDERSON, 1998; CONVERSO, 2007). A presente pesquisa também chegou a dados significativos na população institucionalizada que não frequentou a escola, sendo que 57% dos idosos não possuem nenhuma escolaridade. Dos que estudaram a média de anos de estudo também é baixa 2,37( $\pm$ 3,35) anos como observado em outros estudos (ANDERSON, 1998; PAULO, 2010).

Em relação às ocupações desenvolvidas antes da institucionalização pelos sujeitos da pesquisa, foram mais citadas profissões que não exigem um alto nível de escolaridade, condizendo com a realidade dos residentes. Os ofícios mais representativos foram os trabalhadores domésticos e profissionais liberais. O estudo de Carvalho (2011) também encontrou em sua amostra atividades profissionais que não exigiam escolaridade como agricultura, costureiras, donas de casa e trabalhadores liberais.

## 5.2. CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DA AMOSTRA

Com o passar dos anos o organismo dos seres vivos entra no processo de envelhecimento natural. Esse processo vem acompanhado, por vezes, por alterações da saúde.

O processo do envelhecimento por si só traz consigo um ritmo diferente para as funções orgânicas. Já “é conhecido o fato que com o passar dos anos há um aumento exponencial da mortalidade e que esta é precedida por elevação também de exponencial da prevalência de entidades patológicas” (PAPALÉO NETTO, 2007).

Nota-se que as doenças mais prevalentes entre os sujeitos da pesquisa estão as doenças neurológicas seguidas por doenças cardiovasculares, endócrinas como a diabetes, moléstias ortopédicas e doenças sensoriais e de comunicação. O estudo de Danilow (2007) foi realizado com idosos institucionalizados também do Distrito Federal, e demonstrou dados semelhantes aos do presente estudo, todavia as doenças cardiovasculares foram as mais citadas. Acidentes vasculares encefálicos, diabetes e doenças ortopédicas também foram citados na presente pesquisa e no estudo de Danilow (2007). Todas as doenças descritas condizem com o perfil epidemiológico da população idosa do Brasil (BORN, 2002; FREIRE, 2006; GARRIDO, 2002).



A média de 1,32 ( $\pm 0,955$ ) doenças por indivíduo é baixa em comparação a outros estudos (ALVES, 2007; GARRIDO, 2002). Uma hipótese é que por a instituição possuir como critérios de inserção o não comprometimento grave e por haver uma ala de idosos totalmente independentes e com poucas doenças, a média seja a apresentada.

Com o crescimento no número de idosos verifica-se um aumento considerável de hospitalização e reações adversas a medicamentos (SANTOS, 2009) são imprescindíveis as mudanças no modelo de atenção à saúde no país, incluindo “a assistência farmacêutica prestada à população idosa” (NOBREGA, 2004).

O uso de medicamentos ingeridos pelos idosos que fizeram parte da pesquisa é menor que a média de idosos comunitários (TEIXEIRA, 2001; SAYD 2000; FLORES, 2005) e idosos institucionalizados dados esses demonstrados em outros estudos (BERTOLDI, 2004; ALMEIDA, 1999). A pesquisa realizada mostra que a média de medicamentos ingeridos pelos pesquisados é 2,58, no entanto a maioria dos estudos demonstra que o número médio de medicamentos utilizado por idosos está entre 3 a 3,69 (BERTOLDI, 2004; ALMEIDA, 1999). Tal afirmação também pode estar relacionada com o processo de inserção na ILPI.

As quedas são responsáveis por uma série de fatores que podem causar dependência nas atividades de vida diária, atividades práticas de vida diária e até direta e indiretamente a morte. Segundo Gonçalves (2008) o aumento da idade, alguns fatores biológicos, doenças e mesmo outras causas externas podem favorecer a ocorrência de quedas. O presente estudo demonstrou que a maioria dos idosos (65,8%) não teve nenhuma queda nos últimos seis meses. Os que caíram apenas uma vez e, portanto não são considerados caídores frequentes constituem 17,7% da amostra. Os que apresentam queda recorrente é a minoria (16,5%) todavia se faz necessário avaliações mais precisas, pois, esse índice pode configurar possíveis prejuízos a saúde e até morte dos idosos que caem frequentemente.

Os idosos com diagnósticos de demência ou problemas sensoriais graves tiveram uma média menor na prevalência de quedas, esse processo se justifica, pois esses se encontram, em sua maioria, acamados ou utilizando cadeira de rodas e por sua condição de saúde os cuidadores estão mais próximos, enquanto os idosos que apresentam um grau de independência maior transitam mais pela instituição e podem manter hábitos que os exponham a um maior risco de quedas.

Os exercícios físicos constituem uma forma de envelhecimento ativo “para que os idosos, mesmo asilados, possam ter autonomia e independência por mais tempo com melhor

auto-estima” (BENEDETTI, 2003). Segundo Menezes (2008) “Faz-se necessário criar nas instituições estratégias para aumentar o nível de atividade física dos idosos”.

Dos residentes pesquisados 60,8% não praticam nenhum tipo de exercício físico. Resultados do estudo de Menezes (2008) realizado com 95 idosos residentes em ILPI na cidade de Goiânia demonstram que (62,1%) não realizam exercícios físicos regulares, resultado similar ao da nossa amostra.

A mudança de hábitos é algo de extrema complexidade por fatores subjetivos de cada ser humano. O consumo de álcool ou tabaco pode trazer consequências capazes de fragilizar a saúde do idoso. Dos pesquisados 24,1% admitem fazer uso de alguma dessas substâncias. O estudo de Duca (2012) encontra em uma ILPI em Pelotas – RS que o percentual de fumantes é de 9,4%, no entanto o percentual daqueles idosos que se consideram ex-fumantes 27,5%. O presente estudo não coletou dados sobre os idosos que deixaram de fazer uso do tabaco e álcool. Não foram encontrados estudos com dados do uso de álcool dentro das instituições, no entanto a média de idosos brasileiros que consomem álcool é de 9,4% a média de idosos brasileiros que consomem álcool é de 9,4% (CAVALCANTI, 2009). No presente estudo as duas substâncias foram incluídas no mesmo item e não foram encontrados estudos com essas variáveis juntas impossibilitando a comparação exata, todavia, alguns estudos foram citados a fim de informar a realidade em instituições.

Doenças crônicas e degenerativas, doenças reumáticas e outras estão presentes no cotidiano de grande parte dos idosos podendo contribuir com a perda ou a diminuição da capacidade funcional.

A capacidade funcional envolve a habilidade que um indivíduo apresenta para realizar tarefas do dia-a-dia como cuidar de si mesmo, realizar atividades de vida diária (banhar-se, vestir-se) atividades instrumentais de vida diária (fazer compras, pegar um ônibus) desempenhar papéis e tarefas sociais.

Os danos às capacidades funcionais se configuram pela dificuldade de realizar tarefas básicas do cotidiano e podem influenciar a “motivação para atividades e para a busca de satisfação, senso de autoeficácia, estruturas de metas e habilidades sociais” (NERI e GUARIENTO, 2011).

O instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ) foi utilizado na pesquisa com o objetivo de avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades de vida diária (AVD) e instrumentais de vida diária (AIVD).

A amostra entrevistada (n=41) em sua maioria não apresenta dificuldades na realização de AVDs e AIVDs (32%) ou apresenta alguma dificuldade (29%) nessas atividades. Poucos idosos relataram incapacidade nas AVDs e AIVDs (15%). Tais resultados demonstram que, em geral, os entrevistados apresentam um bom estado funcional e baixo índice dependência. O estudo de MURAKAMI e SCATTOLIN (2010) também indicou pouca dependência funcional de idosos institucionalizados indo ao encontro do presente estudo e do estudo de Converso (2007) que mostra que da sua amostra a maioria dos idosos apresentam “um bom estado funcional e/ou independência para suas AVD”. No entanto, se considerarmos que os idosos que não responderam a todo o questionário são mais dependentes que os que responderam a tudo, a proporção de idosos dependentes na ILPI pode aumentar.

O processo de envelhecimento traz consigo mudanças que podem afetar o cotidiano, a autoestima, autonomia do idoso.

Quando há falta de cuidadores familiares ou situação econômica difícil, a institucionalização passa a existir como opção, a institucionalização impõe ao idoso um novo ritmo de vida com novas rotinas de horários, dividir seu espaço com pessoas desconhecidas e que ele não confia além da distância da família. Esses fatores influenciam na individualidade e escolhas podendo fazer com que o idoso se sinta desamparado e então um processo depressivo pode ser instaurado (PORCU, 2002; GROENWALD, 2005).

Pinho (2010) considera a nota de corte para EDG entre 5/6, ou seja, a obtenção de 6 ou mais pontos na escala identificaria uma suspeita de depressão. A média da amostra foi de 5,19 ( $\pm 2,71$ ).

Mesmo a ficha cadastral mostrando apenas 2 idosos com depressão em toda a amostra, quando analisados os 41 que responderam o questionário completo observa-se que o risco de depressão pela EDG atinge 36,58% dos entrevistados, resultado que demonstra que esse número pode ser maior, cabendo avaliações especializadas.

A cognição envolve diversos fatores como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio. O déficit cognitivo é uma das condições de alta prevalência na população idosa, e representa influência direta na qualidade de vida dos idosos (CAVALINI, 2003).

Constatamos que, entre os idosos sem diagnóstico de demência nem problemas sensoriais graves e respeitando os pontos de corte conforme escolaridade, 41,5% dos idosos

apresenta déficit cognitivo segundo o MEEM, o que sugere a necessidade de investigação clínica para diagnóstico de demência.

Se considerarmos apenas a amostra dos idosos que responderam o questionário completo a porcentagem de déficit cognitivo é baixa em comparação ao estudo de Converso (2007) que pesquisou o perfil de déficit cognitivo em três instituições de longa permanência do Estado de São Paulo demonstrando que 76,72% dos idosos apresentavam déficit cognitivo.

No entanto se for considerado a amostra dos idosos que já possuem o diagnóstico de demência (41,1% dos residentes) este número de déficits cognitivo na ILPI pode ser maior.

### 5.3. CARACTERÍSTICAS DE SUPORTE SOCIAL

Historicamente as instituições de longa permanência funcionavam como instituições totais, abrigando indivíduos marginalizados e sem suporte social, normatizando e privando a subjetividade de quem nela residia. Este paradigma perdurou por décadas e ainda hoje existem resquícios dessa realidade.

Segundo Araújo (2006) “o suporte social destina-se a integrar o idoso na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas”.

Avaliações positivas em suporte social de idosos estão intensamente relacionadas “com melhores condições de saúde e bem-estar, com melhor funcionamento cognitivo, com maior capacidade funcional e com níveis mais baixos de estresse psicológico” (NERI, 2011).

No estudo de Galhardo (2010) as visitas eram presentes em 74% dos institucionalizados. No presente estudo 85,4% dos idosos relatam receber visitas, que representa um número considerável, entretanto, 14,6% dos idosos nunca recebeu nenhum tipo de visita, dado que sugere atenção visto que esses idosos podem estar vivendo em total abandono em relação ao suporte social externo e por essa razão propõe-se o resgate da rede social desse idoso, caso exista, além de reforçar o suporte social dentro da instituição.

Os visitantes mais presentes são os filhos (31,7%) e amigos (17,1%) e uma grande parcela desses não recebe nenhuma visita frequente (29,3%).

Quando perguntados se depositavam sua confiança em alguém que residia ou trabalhava dentro da instituição menos da metade (48,8%) relatou ter alguma relação de confiança com alguém. Dos que confiam, 65% são nos próprios residentes e apenas 3 (15%)

idosos referiram funcionários da instituição como pessoas em quem eles confiavam. Através das afirmações pode se inferir que o suporte social interno percebido pelos sujeitos é precário.

Segundo Scheibe e Cartensen (citado por Neri, 2011) a teoria da seletividade emocional demonstra que os idosos tendem a diminuir sua rede de contatos mais periféricos que se relacionam com o investimento na troca de informações e tendem a intensificar relações com pessoas que lhes transmitam conforto emocional. E esse processo é considerado uma medida adaptativa permitindo que os idosos poupem recursos emocionais que seriam gastos em relacionamentos com pessoas desconhecidas.

Em sua maioria, idosos pesquisados relatam que não recorreriam a ninguém caso necessitassem de dinheiro.

Inferre-se com essas informações que existe considerável suporte social externo, no entanto esse suporte se apresenta com pouca frequência. Outra inferência observada é a fragilidade que existe no suporte social dentro da própria instituição, cabendo intervenções a fim de fortalecer tanto o suporte social externo como o interno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo conseguiu identificar o perfil socioeconômico e epidemiológico dos idosos residentes em uma ILPI do Distrito Federal.

O estudo demonstrou que os idosos que residem na ILPI pesquisada, são em maior parte do sexo feminino, tem média de idade alta para padrões nacionais e de algumas ILPIs, são em sua maioria pardos e negros, advêm de várias regiões do Brasil e de um país latino-americano. A religião Católica é a mais seguida entre os pesquisados. Apresentam em média baixa escolaridade e tinham profissões que não requeriam um grau de instrução tão elevado.

No geral apresentam poucas doenças e usam poucos medicamentos. As doenças que atingem o maior quantitativo de residentes são as neurológicas e cardiovasculares, situações que condizem com a realidade de ILPIs.

Há relatos de prática de atividade física regular, no entanto uma grande parte dos residentes não costuma se exercitar.

Embora não seja maioria, um número significativo dos residentes usa álcool ou tabaco.

Observou-se que os residentes entrevistados nessa pesquisa não costumam cair e que os idosos que não possuem demência ou problemas sensoriais graves caem mais em comparação aos que possuem essas doenças.

Dos idosos que responderam o questionário completo os instrumentos utilizados demonstraram que, em geral os pesquisados possuem alguma dificuldade para realização de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida prática, todavia estas dificuldades não são incapacitantes, também evidenciaram que mesmo a instituição possuindo poucos casos de depressão diagnosticada, uma parcela considerável desses que responderam o questionário completo possui risco de depressão. Dos 41 idosos que participaram da pesquisa respondendo o questionário completo demonstrou que uma grande parte deles apresentam indícios de déficit cognitivo. Esses resultados sugerem que se façam investigações diagnósticas para depressão e demência dos sujeitos triados.

A pesquisa mostrou que a maioria dos idosos recebe ou já recebeu algum tipo de visita pós-institucionalização também mostrou que alguns idosos nunca receberam nenhum tipo de visita. Os filhos foram os que mais visitaram e visitam frequentemente os residentes. Mesmo morando a mais de um ano na instituição nem a metade dos residentes relatam confiar em alguém na instituição e dos que confiam preferem depositar essa confiança em outros

residentes. A grande maioria respondeu que não teria ninguém para contar para ajuda financeira e segundo relatos confiariam apenas nas suas próprias aposentadorias.

Com o aumento da demanda por institucionalização de idosos cabe às ILPIs e toda a sociedade o dever de mudar paradigmas, que esse lugar deixe de habitar no inconsciente das pessoas e dos próprios idosos como ambiente que exclui, normatiza, priva as subjetividades, de abandono e que seja meramente um local para esperar a hora da morte.

O ideal possível se dá a partir de instituições que entendam o processo de envelhecimento com qualidade de vida, autonomia e independência, que sejam capazes de oferecer estímulo e acreditar mesmo quando as capacidades dos residentes pareçam se esgotar.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES DE OUTRAS PESQUISAS

Observou-se na presente pesquisa dificuldades em coletar alguns dados nas fichas cadastrais, talvez outra alternativa seria coletar esses dados com funcionários que estivessem em contato direto com os residentes como a equipe de enfermagem, serviço social ou da própria direção da ILPI, no entanto firma-se a ideia da importância de prontuários atualizados e da capacitação de funcionários para lidar com essa tarefa.

Os prontuários ou fichas cadastrais tem o papel de auxiliar o trabalho da equipe das instituições que prestam atenção a qualquer tipo de população sendo frequentemente atualizadas. Segundo Carvalho (2008) “as falhas no preenchimento de prontuários dificultam a defesa do profissional em caso de reclamação, podem prejudicar o seguimento da doença, o ensino, a pesquisa, a qualidade do serviço” e sugere capacitação do recurso humano.

Outro entrave observado foi o item do uso de tabaco e álcool se apresentarem condensados, não discriminando qual das substâncias eram usadas, este fato impossibilitou uma eficaz comparação com outros estudos.

Pesquisas sobre idosos institucionalizados ainda são escassas no Brasil, o que limitou a possibilidade de comparação dos resultados do presente estudo. Por outro lado, verificamos a necessidade de novas pesquisas que abranjam a complexa realidade dessa população.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. ALMEIDA, S. A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida.** Arq Neuropsiquiatr. São Paulo, 1999.

ALVES, L.C . et al. **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

ANDERSON, M. I. P. **Saúde e condições de vida do idoso no Brasil.** Textos Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, nov. 1998.

ARAÚJO, S. S. C; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. **Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. Salvador, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa para idosos.** Brasília: ANVISA; 2005

BERTOLDI. A,D.et al. **Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais.** Rev Saúde Pública. Pelotas, 2004.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado.** In: Fretas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 2002.

BENEDETTI, T, B. PETROSKI, E. L.; GONGALVES, L. T.. **Exercícios físicos, auto-imagem e auto-estima em idosos asilados.** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. Florianópolis, 2003.

CAMARANO, Ana Amélia. **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro, 2010.

CAMARANO A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. **Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil.** Brasília: Ipea, v.3, 2009.

CARVALHO, J.A.M.; RODRÍGUEZ-WONG, L.L. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008

CARVALHO, J. ; PINTO, J. ; MOTA, J. **Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados.** Rev. Port. Cien. Desp. Portugal, 2007.



CARVALHO, R.S; KARA-JOSÉ, N.; NOMA, R.K; NOVAES, H.M.D. **Prontuário incompleto no pronto-socorro: uma barreira para a qualidade em saúde.** São Paulo, 2008.

CARVALHO, P; DIAS, O. **Adaptação dos Idosos Institucionalizados.** Millenium, 40: 161-184. Portugal, 2011.

CAVALCANTI, C. L.et al. **Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros.** REVISTA DE SALUD PÚBLICA. *Volumen 11(6), Diciembre 2009.*

CAVALINI, L. T; CHOR, D. **Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria.** Rev. Bras. Epidemiol. Rio de Janeiro, 2003

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros do século XXI: demografia, saúde e sociedade.** Postgraduate; Belo Horizonte,1998.

CHAIMOWICZ, F. **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas.** Revista de Saúde Pública, p.184-200. São Paulo, 1997.

CONVERSO, M. E; IARTELLI, I. **Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições publicas de longa permanência.** J. Bras. Psiquiatria. São Paulo, 2007.

COSTA, E.C; NAKATANIA,Y; BACHION, M. M. **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.** Acta Paul Enferm. Goiás, 2006.

CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. **Idoso Asilado – Um estudo gerontológico.** Ed. EDUCS. Rio Grande do Sul, 2005.

CWIKEL J, Ritchie K. *Screening for depression among the elderly in Israel: an assessment of the short geriatric depression scale (S-GDS).* Isr. J. Med. Sci. 1989.

DANILOW, M.Z. MOREIRA, A. C. S.; VILELA, C. G.; BARRA, B. B.; NOVAES, M. R. C.; GARBI; O. M. P. F. **Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal.** Com. Ciências Saúde. Distrito Federal, 2007.

DAVIM, R. M. **Estudo com Idosos de Instituições Asilares no Município de Natal/Rn: Características Socioeconômicas e de Saúde.** Rev. Latino-americana de Enfermagem. Rio Grande do Norte, 2004.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, S. G.; THUMÉ, E. ; SANTOS, I. S.; HALLAL, P. C. **Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles.** Rev Saúde Pública. Pelotas, 2012.

FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. **Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil**. Rev. Saúde Pública. Porto Alegre, 2005.

FRIES, J. F., SPITS, P, KRAINES, R.G., HOLMAN, H.R. *Measurement of patient outcome in arthritis*. Arthritis Rheum. California, 1980.

FOLSTEIN M.F., FOLSTEIN S. E., MCHUGH P. R. **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician**. J. Psychiatric. Res. 1975.

FREIRE JÚNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. **A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil**. Rev. Bras. Geriatria Gerontologia. Rio de Janeiro, 2006.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. **O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica**. Rev Bras Psiquiatria. São Paulo, 2002.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. **Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo**. Rev. Med. Minas Gerais, 2010.

GONÇALVES, L.G.; VIEIRA, S. T.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. **Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS**. Rev. Saúde Pública. Rio Grande do Sul, 2008.

GROENWALD, R. Idosos Asilados no município de Canoas. In: CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. Idoso Asilado – Um estudo gerontológico. Porto Alegre: EDIPUCRS. 2005.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

IBGE- **Sinopse do Censo Demográfico: 2010/ IBGE**. Rio de Janeiro, 2012.

JULIANE, F. F. DALACORTE, R. R. **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados**. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 2007.

LOURENÇO, R. A., VERAS, R. P. **Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais**. Revista de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006.

MENEZES, R. L.; BACHION, M. M. **Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados**. Goiás. 2008.

MURAKAMI, L.; SCATTOLIN, F. **Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados.** *Rev Med Hered*, ene. São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, F.A; VARESCHIL, A. P.; ALFIERI F. M. **Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizado.** Arquivos Catarinenses de Medicina. São Paulo, 2008.

NERI, A. L; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos – Dados do estudo FIBRA Campinas.** Alínea. Campinas, 2011.

PAPALÉU NETTO, M. **Tratado de gerontologia.** 2ª edição, Atheneu 2007.

NÓBREGA, O.T; KARNIKOWSKI, M. G.O. **A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação.** Ciência & Saúde coletiva. Brasília, 2004.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. **Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral.** *Rev. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2005.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. **Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade.** *Rev. Psiqu. Clín.* São Paulo, 2010

PEREIRA, I.C., ABREU, F.M.C.A., VITORETI, A.V.C., LÍBERO, G.A. **Perfil da autonomia funcional em idosos institucionalizados na cidade de Barbacena.** *Fitness & Performance Journal*, v.2, p.285-288. Minas Gerais, 2003.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M.; CARVALHO A. C. C. **Confiabilidade e Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Idosos com Doença Arterial Coronariana.** *Arq. Bras. Cardiologia.* São Paulo, 2010.

PORCU, M.; SCANTAMBURLO, V. M.; ALBRECHT, N. R, SILVA, S. P.; VALLIM, F. L.; ARAUJO, C. R.; DELTREGGIA C. F.; FAIOLA, R. V. **Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade.** *Acta Sci.* Paraná, 2002.

SAYD, J. D.; FIGUEIREDO, M. C.; VAENA, M.L.H.T . **Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da UnATI-UERJ.** In: *Textos sobre envelhecimento.* Rio de Janeiro, 2000.

SHINJO, S. K. ; GONÇALVES, R.; GONCALVES, C. R. **Medidas de avaliação clínica em pacientes com espondilite anquilosante: revisão da literatura.** *Revista Brasileira de Reumatologia.* São Paulo, 2006.

SANTOS, R. G. S., **Os medicamentos e seus usos.** In: ABREU, C. B. B.; RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R. *Cuidando de quem já cuidou: o livro do cuidador.* São Paulo: Atheneu. 2009.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFEVRE, F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso.** Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2001.

## ANEXOS

## ANEXO A – QUESTIONÁRIO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Sexo:  Feminino  MasculinoRaça:  Branca  Pardo  Negro  Amarelo

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Profissão (anterior): \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Viúvo  Divorciado  Casado  União estável  Solteiro  OutroEscolaridade:  freqüentou escola – anos de estudo: \_\_\_\_\_ Sabe ler, mas não freqüentou a escola Assina o próprio nome Não assina o próprio nome

Quedas (últimos 6 meses):

Co-morbidades Presentes:

Tabagista ou etilista:

 Sim  Não

Possui diagnóstico de demência?

 Sim  Não

Possui diagnóstico de problemas sensoriais ou de comunicação?

 Sim  Não

Quantidade de Medicamentos em uso \_\_\_\_\_

Prática de Exercício Regular (4 últimas semanas)  Sim Não

## ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

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

ANEXO C – HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ) – VERSÃO EM PORTUGUÊS

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)- Versão em português					COMO FAZER O ESCORE				
0 = Sem dificuldade 1 = Com alguma dificuldade 2 = Com muita dificuldade 3 = Incapaz de fazer					1º. Passo: Em cada domínio (C1;C2....) selecionar o mais alto escore obtido 2º. Passo: Somar os 8 escores e tirar a média O resultado deverá ficar entre <b>0 e 3</b> , sendo 0 a melhor condição funcional e 3 a pior.				
INICIAL: _____ pontos - DATA: ____/____/____					REAVLIAÇÃO: _____ pontos - DATA: ____/____/____				
Você é capaz de					Você é capaz de				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C1 – Vestir-se e cuidar-se</b>					<b>C1 – Vestir-se e cuidar-se</b>				
1. Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?					1. Vestir-se, inclusive amarrar os cordões dos sapatos e abotoar suas roupas?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
2. Lavar sua cabeça e seus cabelos					2. Lavar sua cabeça e seus cabelos				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C2- Levantar-se</b>					<b>C2- Levantar-se</b>				
1. Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?					3. Levantar-se de maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
2. Deitar-se e levantar-se da cama?					4. Deitar-se e levantar-se da cama?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C3 – Comer</b>					<b>C3 – Comer</b>				
5. Cortar um pedaço de carne?					8. Cortar um pedaço de carne?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
6. Levar à boca um copo cheio de café, leite ou água?					9. Levar à boca um copo cheio de café, leite ou água?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
7. Abrir um saco de leite comum?					10. Abrir um saco de leite comum?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C4 – Caminhar</b>					<b>C4 - Caminhar</b>				
11. Caminhar em lugares planos?					13. Caminhar em lugares planos?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
12. Subir 5 degraus?					14. Subir 5 degraus?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C5 – Higiene</b>					<b>C5 – Higiene</b>				
15. Lavar e secar seu corpo após o banho?					18. Lavar e secar seu corpo após o banho?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
16. Tomar banho de chuveiro?					19. Tomar banho de chuveiro?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
17. Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?					20. Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C6 – Alcançar</b>					<b>C6 - Alcançar</b>				
21. Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima da cabeça?					23. Levantar os braços e pegar um objeto de aproximadamente 2,5 quilos, que está posicionado um pouco acima da cabeça?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
22. Curvar-se para pegar suas roupas no chão?					24. Curvar-se para pegar suas roupas no chão?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C7 – Preensão</b>					<b>C7 - Preensão</b>				
25. Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?					28. Segurar-se em pé no ônibus ou metrô?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
26. Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos?					29. Abrir potes ou vidros de conservas que tenham sido previamente abertos?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
27. Abrir e fechar torneiras?					30. Abrir e fechar torneiras?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
<b>C8 - Outras atividades</b>					<b>C8 - Outras atividades</b>				
31. Fazer compras nas redondezas aonde mora?					34. Fazer compras nas redondezas aonde mora?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
32. Entrar e sair de um ônibus?					35. Entrar e sair de um ônibus?				
0	1	2	3		0	1	2	3	
33. Realizar tarefas, tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para água?					36. Realizar tarefas, tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para água?				

## ANEXO D - INSTRUMENTO PARA SUPORTE SOCIAL

## I- O SENHOR (A) RECEBE VISITAS?

1( ) Sim. Quem? \_\_\_\_\_ 2( ) Não.

## II- O SENHOR (A) TEM AMIGOS OU ALGUÉM EM QUEM CONFIA, NA INSTITUIÇÃO ONDE MORA?

1( ) Sim. Quem? \_\_\_\_\_ 2( ) Não

## III- QUAIS AS PESSOAS QUE O (A) VISITAM FREQUENTEMENTE?

1( ) Filhos 3( ) Irmãos 5( ) Ninguém

2( ) Esposo 4( ) Amigos 6( ) Outros: \_\_\_\_\_

## IV- A QUEM O(A) SENHOR(A) RECORRERIA SE PRECISASSE DE AJUDA FINANCEIRA:

1( ) Filhos 3( ) Irmãos 5( ) Ninguém

2( ) Esposo 4( ) Amigos 6( ) Outros: \_\_\_\_\_



## ANEXO E- DESEMPENHO COGNITIVO:

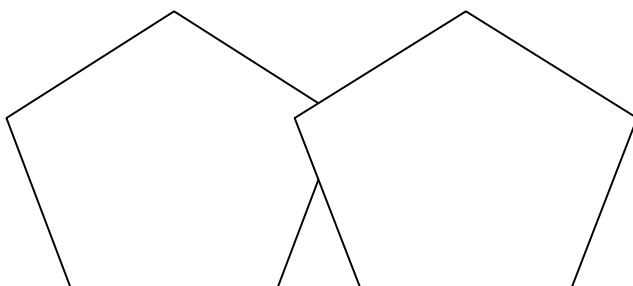
**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

**Instruções:** Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

<b>ORIENTAÇÃO NO TEMPO</b>		<b>Certo</b>	<b>Errado</b>
1. Que dia do mês é hoje?			
2. Em que mês estamos?			
3. Em que ano estamos?			
4. Em que dia da semana estamos?			
5. Que horas são agora aproximadamente? ( <b>correto</b> =variação de + ou - uma hora)			
<b>ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO</b>			
6. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão, andar)			
7. Que local é este aqui? (num sentido mais amplo para a casa, prédio)			
8. Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)			
9. Em que cidade nós estamos?			
10. Em que estado nós estamos?			
<b>REGISTRO:</b> Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr(a) vai repetí-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos. Certo? As palavras são: <b>CARRO</b> [pausa], <b>VASO</b> [pausa], <b>TIJOLO</b> [pausa]. Agora repita as palavras pra mim [permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira]			
	<b>11. CARRO</b>		
	<b>12. VASO</b>		
	<b>13. TIJOLO</b>		
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO:</b> Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) me dissesse quanto é:			
	<b>14. 100 - 7</b>	{93}	
	<b>15. 93 - 7</b>	{86}	
	<b>16. 86 - 7</b>	{79}	
	<b>17. 79 - 7</b>	{72}	
	<b>18. 72 - 7</b>	{65}	
<b>MEMÓRIA DE EVOCACÃO:</b> O (a) senhora (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Correto = única tentativa sem dicas; repetição das 3 palavras em qualquer ordem).			
	<b>19. CARRO</b>		
	<b>20. VASO</b>		
	<b>21. TIJOLO</b>		
<b>LINGUAGEM:</b> [Aponte o caneta e o relógio e pergunte: o que é isto?]			
	<b>22. CANETA</b>		
	<b>23. RELÓGIO</b>		
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: <b>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.</b> (Correto = repetição perfeita, sem dicas.)			
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão.			
	<b>25. PEGAR COM A MÃO DIREITA</b>		
	<b>26. DOBRAR AO MEIO</b>		
	<b>27. JOGAR NO CHÃO</b>		
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que <b>fizesse</b> o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).			
29. Gostaria que o (a) senhor (a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se o idoso não compreender, ajude-o dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.			
30. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor (a) copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos formando uma figura de 4 lados ou com 4 ângulos)			
<b>TOTAL - INICIAL: DATA:</b>		/	/

FRASE: \_\_\_\_\_

DESENHO:



## ANEXO F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

*Prezado (a) Sr. (a)*

Estamos desenvolvendo um estudo que visa identificar e analisar o perfil socioeconômico e epidemiológico de idosos que residem nesse asilo. Com os dados pretendemos identificar os principais problemas na saúde física e mental do idoso que mora nesta instituição. Esse estudo também tem como objetivo analisar a qualidade de vida e sintomas de depressão nos idosos. O título trabalho é PERFIL DE IDOSOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL. Por residir nesta instituição a mais de um ano, o (a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo.

Esclarecemos que não haverá riscos à sua saúde, podendo ocorrer apenas de o(a) senhor(a) ficar cansado e, nesse caso, poderemos interromper o questionário e retomar em outro momento. Não haverá custos ou forma de pagamento pela sua participação no estudo. A fim de garantir a sua privacidade, seu nome não será revelado.

Estaremos sempre à disposição para qualquer esclarecimento acerca dos assuntos relacionados ao estudo através dos telefones 8489-5598 e 3371-5741 e na Universidade de Brasília-Campus Ceilândia.

A presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, que pode ser contatado pelo telefone (61) 3107-1947

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito.

Pedimos a sua assinatura neste consentimento, para confirmar a sua compreensão em relação a este convite, e sua disposição a contribuir na realização do trabalho.

Desde já, agradecemos a sua atenção.

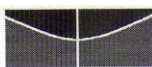
---

**Pesquisador responsável**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura deste consentimento declaro que compreendi o objetivo deste estudo e confirmo meu interesse em participar desta pesquisa.

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO G- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **113/12**

Título do Projeto: “Perfil dos idosos de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal”.

Pesquisadora Responsável: Carolina Becker Bueno de Abreu  
Data de Entrada: 23/07/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **113/12** com o título: “Perfil dos idosos de uma instituição de longa permanência do Distrito Federal”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 27 de setembro de 2012.

  
Prof. Natan Monsores  
Coordenador do CEP-FS/UnB