

Leonardo Freitas e Silva

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU
BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL**

Programa de Pós Graduação em Saúde do Adulto
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG
2012

Leonardo Freitas e Silva

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM
INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU
BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS,
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto.

Área de concentração: Ciências Clínicas.

Orientadora: Valéria Maria de Azeredo Passos

Coorientador: Edgar Nunes de Moraes

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Clínica Médica

Ricardo Menezes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

Coordenadora

Teresa Cristina Abreu Ferrari

Subcoordenadora

Valéria Maria de Azeredo Passos

Colegiado:

Tereza Cristina Abreu Ferrari

Valéria Maria Azeredo Passos

Luiz Gonzaga Vaz Coelho

Suely Meireles Rezende

Francisco Eduardo Costa Cardoso

Marcus Vinícius Melo de Andrade



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 34099640 FAX: (31) 34099641



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **LEONARDO FREITAS E SILVA**, nº de registro 2010659052. Às quatorze horas do dia **dezesesseis do mês de maio de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar o trabalho final intitulado: **“SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL”**, requisito final para a obtenção do grau de mestre em Saúde do Adulto, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto – área de concentração em Ciências Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Valéria Maria de Azeredo Passos, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra ao candidato, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Valéria Maria de Azeredo Passos/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. Edgar Nunes de Moraes/Coorientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>
Profa. Ana Amélia Camarano	Instituição: IPEA	Indicação: <u>APROVADO</u>
Prof. Marco Aurélio Romano-Silva	Instituição: UFMG	Indicação: <u>APROVADO</u>

Pelas indicações, o candidato foi considerado: APROVADO

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 16 de maio de 2012.

Profa. Valéria Maria de Azeredo Passos

Prof. Edgar Nunes de Moraes

Profa. Ana Amélia Camarano

Prof. Marco Aurélio Romano-Silva

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari/Coordenadora

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Profª Teresa Cristina de Abreu Ferrari
Coord. PG. em Ciências Aplicadas
à Saúde do Adulto
Faculdade de Medicina / UFMG



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores Valéria Maria Azeredo Passos, Edgar Nunes de Moraes, Ana Amélia Camarano e Marco Aurélio Romano-Silva, aprovou a defesa da dissertação intitulada: **“SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL”**, apresentada pelo mestrando **LEONARDO FREITAS E SILVA**, para obtenção do título de Mestre em Saúde do Adulto, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto – área de concentração em Ciências Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 16 de maio de 2012.

Prof.a. Valéria Maria Azeredo Passos
Orientadora

Prof. Edgar Nunes de Moraes
Coorientador

Prof.a. Ana Amélia Camarano

Prof. Marco Aurélio Romano-Silva

Ao meu avô José (*in memoriam*),
pela amizade, e saudades que faz.

AGRADECIMENTOS

À professora Valéria Maria de Azeredo Passos

Ao professor Edgar Nunes de Moraes

Aos alunos Felipe Teixeira Menezes de Oliveira e Frederico Shimoya Belém

Ao professor Maurício Viotti Daker

À professora Luana Giatti Gonçalves

Ao professor Carlos Faria Santos Amaral

Aos moradores, equipes e coordenadores das ILPI's que participaram deste estudo.

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional aumenta a demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPI's). No Brasil, transtornos neuropsiquiátricos são apontados como fatores de risco para institucionalização e ainda são pouco estudados.

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia depressiva entre idosos em ILPI's públicas ou beneficentes em Belo Horizonte.

Metodologia: Estudo transversal com idosos (60 + anos) de cinco ILPI's do município, com pelo menos 50 moradores de ambos os sexos. Foram investigados, por questionário e em prontuários: sexo, idade, escolaridade, hábitos de vida, doenças crônicas e uso de medicamentos. O Mini Exame do Estado Mental foi utilizado para avaliação cognitiva. A sintomatologia depressiva foi aferida pela Escala Geriátrica de Depressão. As avaliações das atividades de vida diária (AVD's) instrumentais e básicas foram aferidas pelos índices de Pfeffer e Katz, respectivamente. Os dados foram inseridos em Epi-Info, e analisados em STATA 10. Projeto aprovado pelo COEP-UFMG.

Resultados: Dos 378 moradores, apenas 209 (55,3%) estavam capacitados a responder ao questionário e às escalas. Deste total, 126 (60,3%) eram mulheres e 83 (39,7%) homens, com média de idade igual $75,9 \pm 8,9$ anos. Sintomatologia depressiva foi encontrada em 34,0% dos moradores, déficit cognitivo em 49,7%, dependência para AVD's instrumentais em 82,3%, e dependência para AVD's básicas em 35,8%. A menor escolaridade foi associada com dependência para AVD's instrumentais, e a inatividade física associou-se com sintomatologia depressiva e com dependência funcional. Duzentos (95,6%) idosos tinham alguma doença: 142 (67,9%) tinham hipertensão arterial, 39 (18,7%) diabetes, 42 (20,1%) com história de acidente cerebrovascular, 23 (11,0%) com quadro demencial, 55 (26,3%) transtorno depressivo, 18 (8,6%) quadros psicóticos e dois (0,96%) transtorno bipolar. Uma grande proporção de idosos fazia uso de medicamento para transtornos psiquiátricos: 94 (45,0%) usavam antidepressivos, 62 (29,7%) antipsicóticos, 37 (17,7%) benzodiazepínicos e 11 (5,3%) estabilizadores de humor.

Conclusão: Ressaltam-se os altos percentuais de sintomatologia depressiva, déficit cognitivo e dependência funcional, assim como o de uso de medicação psiquiátrica, entre os moradores das ILPI's públicas ou beneficentes em Belo Horizonte, principalmente se considerarmos que 45% dessa população já se encontrava incapacitada para participar do estudo.

Palavras-chave: Instituições de longa permanência para idosos, saúde do idoso institucionalizado, sintomatologia depressiva.

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN RESIDENTS IN PUBLIC OR BENEFICENT LONG-TERM CARE HOMES OF BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRAZIL

ABSTRACT

Introduction: The aging population increases the demand for long-term care homes for the elderly (LTC's). In Brazil, neuropsychiatric disorders in elders are mentioned as risk factors for institutionalization and are still poorly studied.

Objective: To investigate the prevalence and factors associated with depressive symptoms among elderly in public or beneficent LTC's in Belo Horizonte.

Methodology: Cross-sectional study with elderly (60 + years) of five LTC's in the city, with at least 50 residents of both sexes. The following items were investigated by questionnaire and medical records: sex, age, education, lifestyle, chronic diseases and medication use. The Mini Mental State Examination Score was used for cognitive assessment. Depressive symptoms were measured by the Geriatric Depression Scale. Assessments of activities of daily living (ADL's) instrumental and basic were measured by Pfeffer and Katz indexes, respectively. The data were inserted into Epi-Info and analyzed in STATA 10. Project approved by the COEP-UFMG.

Results: Of 378 residents, only 209 (55.3%) were able to complete the questionnaire and the scales. Of this total, 126 (60.3%) were women and 83 (39.7%) were men, with an average age of 75.9 ± 8.9 years. Depressive symptomatology was found in 34.0% of residents, cognitive deficits in 49.7%, dependence for instrumental ADL's in 82.3% and dependence for basic ADL's in 35.8%. The lower educational level was associated with dependence for instrumental ADL's, and physical inactivity was associated with depressive symptoms and functional dependence. Two hundred (95.6%) elders had some disease: 142 (67.9%) had high blood pressure, 39 (18.7%) diabetes, 42 (20.1%) with a history of cerebrovascular accident, 23 (11.0%) with dementia, 55 (26.3%) depressive disorder, 18 (8.6%) psychotic behavior and two (0.96%) bipolar disorder. A large proportion of elderly people were taking medication for psychiatric disorders: 94 (45.0%) were using antidepressants, 62 (29.7%) antipsychotics, 37 (17.7%) benzodiazepines and 11 (5.3%) mood stabilizers.

Conclusion: Particular attention is drawn to the high percentage of depressive symptoms, cognitive impairment and functional dependency, as well as the use of psychiatric medication among residents of LTC's public or beneficent in Belo Horizonte, especially considering that 45% of this group was already unable to participate in the study.

Keywords: Long-term care homes for the elderly, health of institutionalized elderly, depressive symptomatology.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específico	13
3 ARTIGO.....	14
3.1 Resumo	15
3.2 Introdução	16
3.3 Metodologia	18
3.3.1 Análise de dados	19
3.4 Resultados.....	20
3.5 Discussão.....	28
3.6 Conclusão	33
REFERÊNCIAS.....	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
APÊNDICES	41
Apêndice A - Quadro 1: Descrição por sexo e idade dos residentes em Instituições de Longa Permanência em Belo Horizonte (julho de 2010).....	41
Apêndice B – Questionário	42
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	50
ANEXO	52
Anexo A - Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (documento digitalizado).....	52

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A instituição asilar destinada a idosos preenche uma lacuna existente na sociedade decorrente da necessidade de amparo desses indivíduos, seja em relação ao suporte familiar, à inserção social, às condições financeiras, ou ao manejo de fragilidades, decorrentes de doenças ou inerentes à própria senescência. A palavra “asilo” é oriunda do grego *ásylos*, e do latim *asylu*, que significavam “refúgio”¹. A origem dessas instituições remonta à história da caridade exercida por religiosos, destinada à população necessitada de abrigo e outros cuidados, como pobres, doentes, órfãos e velhos.

Há registro da existência de instituição filantrópica com finalidade de abrigar idosos no império Bizantino, no século V. Na Europa, no século IV, o Papa Pelágio II passa a abrigar pessoas idosas em dependências próprias da igreja católica. No Brasil, à época do colonialismo no século XVIII, é fundado um abrigo, inicialmente destinado à soldados que envelheciam ou que precisassem de cuidados permanentes, chamada “Casa dos Inválidos”². Mesmo com o mote de ancianato, a vocação histórica dessas instituições sempre perpassou pela situação do desamparo em geral do ser humano, estando portanto, sob o escopo do assistencialismo.

Com a transição demográfica iniciada nos últimos séculos nos países desenvolvidos, e nas últimas décadas nos países em desenvolvimento, observa-se uma proporção crescente da população idosa. Apesar deste crescimento ocorrer acompanhado por melhora das condições de saúde e da autonomia desse grupo etário, o número de idosos com fragilidades físicas ou mentais tende a aumentar. No Brasil, nas duas últimas décadas, o grupo populacional que mais cresceu foi o acima de 80 anos, ou seja, a população idosa também envelheceu. Assumindo que o avanço da idade traz o aumento de fragilidades e perda de autonomia para o desempenho das atividades cotidianas, o crescimento mais elevado desse segmento populacional requer um aumento da demanda por cuidados de saúde. Isto tem implicado aos estabelecimentos que abrigam idosos,

¹ Ferreira ABH. Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro; 1999. Asilo; p.210.

² Groisman D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. *Cad Pagu* 1999; 13:161-90.

que apenas sua tradicional vocação assistencialista não mais seja suficiente, mas que passem também a assumir as crescentes demandas de saúde³. Por entender as funções mais amplas dos estabelecimentos que abrigam idosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a nomenclatura “Instituição de Longa Permanência para Idosos” (ILPI).

Na fase pela qual passam as ILPI's no Brasil, de aumento por sua demanda e mudança no perfil de seus moradores, são de grande importância estudos que propiciem maior conhecimento de sua realidade. O momento é oportuno para se inventariar os aspectos relacionados à demografia e à saúde dessa população, mas ainda são poucos os trabalhos científicos que os investigue. Dentre os problemas de saúde que chamam a atenção por seu potencial incapacitante, encontram-se os transtornos mentais. Destes, os quadros depressivos ou sua sintomatologia são frequentemente subdiagnosticados e subtratados, e muitas das vezes são considerados como manifestações esperadas para a idade, até mesmo por profissionais médicos⁴. Trabalhos científicos em vários países já verificaram, de maneira concordante, que a prevalência de sintomas depressivos é maior em residentes de ILPI's que em residentes em comunidade⁵. Que fatores poderiam estar contribuindo para isso? Existem poucos estudos sobre a prevalência de sintomatologia depressiva e de fatores associados em residentes de ILPI's no Brasil, e até o momento ainda não havia tal investigação no município de Belo Horizonte.

³ Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Est População* 2010; 27(1):233-5.

⁴ Moraes EM, Moraes EN; Marino, MCA; Santos, RR; Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1):54-66.

⁵ Dow B, Lin X, Tinney J, Haralambous B, Ames D. Depression in older people living in residential homes. *Int Psychogeriatr* 2011; 24:1-19.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Investigar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia depressiva e funções cognitivas entre idosos em instituições de longa permanência, públicas e beneficentes, de Belo Horizonte.

2.2 Específico

Investigar a associação entre sintomatologia depressiva e funções cognitivas e as seguintes condições entre idosos residentes em algumas instituições de longa permanência de Belo Horizonte:

- Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade e religião);
- Aspectos de vida e saúde (visitas familiares, uso de álcool, tabagismo e atividade física);
- Fatores sociais (renda);
- Co-morbidades clínicas;
- Uso de medicamentos;
- Características das instituições (instalações físicas e equipe profissional).

3 ARTIGO

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL

Leonardo Freitas e Silva¹, Valéria Maria de Azeredo Passos^{1,2}, Felipe Teixeira
Menezes de Oliveira², Frederico Shimoya Belém², Edgar Nunes de Moraes^{2,3}

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da UFMG.

² Faculdade de Medicina da UFMG.

³ Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

3.1 Resumo

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PÚBLICAS OU BENEFICENTES DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRASIL

Introdução: O envelhecimento populacional aumenta a demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPI's). No Brasil, transtornos neuropsiquiátricos são apontados como fatores de risco para institucionalização e ainda são pouco estudados.

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados à sintomatologia depressiva entre idosos em ILPI's em Belo Horizonte. **Metodologia:** Estudo transversal com idosos (60 + anos) de cinco ILPI's, com pelo menos 50 moradores de ambos os sexos. Foram investigados: sexo, idade, escolaridade, hábitos de vida, doenças crônicas e uso de medicamentos. O Mini Exame do Estado Mental foi utilizado para avaliação cognitiva. A sintomatologia depressiva foi aferida pela Escala Geriátrica de Depressão. As avaliações das atividades de vida diária (AVD's) instrumentais e básicas foram aferidas pelos índices de Pfeffer e Katz. Projeto aprovado pelo COEP-UFMG.

Resultados: Dos 378 moradores apenas 209 (55,3%) estavam capacitados a responder ao questionário e às escalas. Sintomatologia depressiva foi encontrada em 34,0% dos moradores. A menor escolaridade foi associada com dependência para AVD's instrumentais, e a inatividade física associou-se com sintomatologia depressiva e com dependência funcional. **Conclusão:** Ressaltam-se os altos percentuais de sintomatologia depressiva, déficit cognitivo e dependência funcional e de uso de medicação psiquiátrica entre os moradores de ILPI's em Belo Horizonte.

Palavras-chave: Instituições de longa permanência para idosos, saúde do idoso institucionalizado, sintomatologia depressiva.

3.2 Introdução

O processo de envelhecimento da população tem levado, em diversos países, ao aumento da demanda por serviços voltados para idosos, como instituições de longa permanência (ILPI's)¹. Diversos fatores têm sido apontados como de risco para institucionalização, como idade avançada, problemas sociais e econômicos, dependência para atividades em sua vida diária, doenças crônicas e suas sequelas, hospitalização recente, e transtornos neuropsiquiátricos².

No Brasil, condições financeiras desfavoráveis e insuficiência familiar são os principais motivos de institucionalização do idoso, à frente de problemas físicos ou mentais³. A insuficiência familiar na velhice pode estar sendo influenciada por alterações na estrutura da família, observadas nas últimas décadas no país. Tem se verificado, principalmente nos grandes centros urbanos, que tem havido aumento na proporção de pequenas famílias em relação às famílias extensas, e que a diminuição do apoio familiar ao idoso está relacionada à maior mobilidade de seus integrantes e à quantidade crescente de separações⁴. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios revelaram crescimento da proporção de pessoas que moram sozinhas no Brasil, de 8,3% em 1997 para 11,1% em 2007. Neste mesmo ano, entre cerca de 6,7 milhões de pessoas que moravam sozinhas no país, 40,8% tinham 60 anos ou mais⁵. Entre outras alterações da estrutura familiar, verifica-se também a saída da mulher, tradicional cuidadora, de seu domicílio para o mercado de trabalho⁶.

O envelhecimento populacional e o aumento da sobrevivência de pessoas com problemas diversos de saúde, que resultam em incapacidade física, cognitiva e mental, têm requerido que os asilos exerçam não apenas seu histórico papel relacionado à moradia, mas que atendam às novas e crescentes demandas de saúde. Tradicionalmente essas instituições fazem parte apenas da rede de assistência social, mas não integram a rede de assistência à saúde⁶. No sistema de saúde brasileiro observa-se que o idoso institucionalizado não se encontra incluído nas ações programáticas em saúde. O desconhecimento entre o sistema público de saúde e as ILPI's prejudica o desempenho da função social destas instituições⁷. Estudos realizados em ILPI's em Belo Horizonte na década de 90 mostravam que 98% dos estabelecimentos não possuíam enfermeira e

em 96% delas o atendimento médico era realizado em postos de saúde e por médicos voluntários em visitas esporádicas⁸.

Um aspecto relacionado à saúde de idosos vivendo em ILPI's, em que se verificou prevalência maior do que a encontrada na população não institucionalizada, é a presença de transtornos psiquiátricos⁹. Na área de saúde mental o atendimento ao idoso tem apresentado dificuldades. Nos países emergentes, em que a transição demográfica ocorre de forma mais acelerada, observa-se maior defasagem no desenvolvimento de serviços de saúde mental voltados para idosos¹⁰. Paralelamente, nas últimas décadas, tem-se observado diminuição do número de leitos de hospital psiquiátrico no Brasil. Entre 1995 e 2005 houve redução de 41% no número de leitos psiquiátricos em todo o país¹¹. De acordo com o relatório de Avaliação das Ações de Atenção à Saúde Mental, publicado em 2005, os hospitais psiquiátricos no Brasil tradicionalmente caracterizam-se tanto pelo atendimento terapêutico como pela residência de pacientes que apresentam transtornos mentais¹², e o processo da reforma psiquiátrica ocorreria por meio da constituição de unidades ambulatoriais substitutivas, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas. Esta cobertura de serviços comunitários, entretanto, ainda é insuficiente no momento de transição, com sua demanda recaindo sobre outros serviços de saúde, como a atenção básica¹³.

Existem poucos trabalhos realizados no Brasil sobre transtornos psiquiátricos na população das ILPI's e os fatores a eles associados. Esse desconhecimento resulta em maior dificuldade de planejamento de medidas individuais e coletivas por parte de gestores de saúde. Dentre os transtornos psiquiátricos, revisões de literatura e de estudos em idosos institucionalizados apontam que nestes, os quadros depressivos são pouco diagnosticados, tratados, e não apresentam remissão espontânea^{14,15}. O transtorno depressivo no idoso institucionalizado apresenta elevada persistência ao longo do tempo, com repercussões sobre o indivíduo e o aparato de cuidados requeridos, por estar associado à piora de funcionalidade e aumento de dependência^{16,17}.

Pretende-se com o presente estudo investigar a prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva entre idosos moradores de instituições públicas e beneficentes de Belo Horizonte, levantando condições demográficas e sociais associadas, e fornecer subsídios para melhorar a assistência a esses pacientes.

3.3 Metodologia

Estudo transversal, realizado em amostra de conveniência de população de idosos (60 anos ou mais), residentes em ILPI's públicas ou beneficentes do município de Belo Horizonte. Das 28 ILPI's existentes foram escolhidas cinco entre as maiores instituições, que aceitavam os dois sexos e tinham pelo menos 50 moradores.

Os critérios de inclusão foram ter idade de 60 anos ou mais, ser morador regular de ILPI, e concordar em participar do estudo. Foram excluídos os idosos sem capacidade para responder aos questionários ou realizar o teste de avaliação da cognição, por hipoacusia, cegueira ou afasia. Os idosos foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, obtendo-se seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A maior parte das informações foi obtida a partir de questionário padronizado, por entrevistadores treinados e certificados. As informações quanto à presença de doenças crônicas e uso de medicamentos foram obtidas em prontuários. As informações referentes às escalas de avaliação das atividades de vida diária (AVD's) instrumentais e básicas foram obtidas com cuidadores ou com equipe de enfermagem.

Foram investigadas as seguintes características individuais: sexo; idade; escolaridade; religião; visitas familiares; renda; uso de álcool; tabagismo e atividade física, em questionário estruturado a partir do protocolo ELSA- Brasil¹⁸.

O protocolo também inclui avaliação das características das ILPI's em relação aos cuidados com a saúde dos idosos, como disponibilidade de médico clínico ou especialista, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e a quantidade total de cuidadores. O protocolo aborda também a estrutura física dos estabelecimentos, como o número de leitos por quarto, o número de banheiros por quarto, a frequência semanal da faxina, presença de refeitório, área de convívio, jardim, área para lazer e para caminhada, e se são realizadas atividades fora da instituição.

A avaliação de comprometimento cognitivo foi realizada através do Mini Exame do Estado Mental¹⁹, em versão brasileira validada^{20,21}. A Escala Geriátrica de Depressão

(Geriatrics Depression Scale - GDS)²², com 15 itens, validada por Almeida e Almeida²³, foi empregada para a avaliação de sintomatologia depressiva. Para avaliação funcional investigada com o cuidador foram utilizados a escala de Pfeffer²⁴, para teste de atividades de vida diária (AVD's) instrumentais; e o índice de Katz²⁵, baseado no protocolo de avaliação multidimensional do Centro de Referência em Atenção ao Idoso, Prof. Caio Benjamim Dias / HC-UFGM²⁶, para avaliar atividades de vida diária (AVD's) básicas.

O projeto foi aprovado no COEP-UFGM, com o nº CAAE - 0595.0.203.000-07, em 02/07/2008.

3.3.1 Análise de dados

Os dados foram inseridos em banco EpiInfo, com dupla adjucação, e a análise estatística foi feita através do programa STATA, versão 10.

A investigação dos fatores associados à sintomatologia depressiva foi feita utilizando-se a regressão logística múltipla. Para as análises estatísticas os instrumentos utilizados foram categorizados segundo os pontos de corte mais adequados para a população em estudo, de acordo com a literatura. Para a GDS considerou-se como portador de sintomatologia depressiva todo idoso com pontuação igual ou acima de seis²³. Para o MEEM²⁷ considerou-se como provável déficit cognitivo o valor menor ou igual a 18. Para o Índice de Pfeffer considerou-se como dependência para atividades instrumentais de vida diária valores iguais ou acima de seis²⁸ e para o Índice de Katz considerou-se valores iguais ou acima de cinco como dependência para atividades básicas de vida diária²⁶.

Na análise multivariada foram utilizados os seguintes critérios para inclusão de variáveis no modelo logístico: a) existência de associação entre as variáveis independentes na análise univariada; b) variáveis que, mesmo não apresentando associação, pudessem ser potenciais fatores de confusão (sexo, idade e escolaridade). No modelo final foram consideradas as variáveis associadas que apresentem o valor de *p* para a razão de verossimilhança igual ou inferior a 0,05. A força das associações entre as variáveis nas análises univariadas e multivariadas foi determinada pelo "Odds ratio" (OR), com intervalos de confiança (IC) de 95%.

3.4 Resultados

Nas cinco instituições residiam 378 idosos. Destes, foram coletados os dados em 209 idosos, pois 169 (44,7%) apresentavam déficits cognitivos ou sensoriais que os incapacitavam de responder ao questionário ou às escalas empregadas. Dentre os participantes havia 126 mulheres (60,3%) e 83 (39,7%) homens. A média de idade foi 75,9 anos (DP = 8,9). Observou-se baixa escolaridade, apenas 56 (26,8%) indivíduos possuíam cinco ou mais anos de estudo. Todos os idosos possuíam renda, proveniente de aposentadoria do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), ou por benefício oriundo da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Visitas familiares eram recebidas por 138 (66%) idosos.

Foram encontrados 43 (20,6%) participantes fumantes e 54 (25,8%) ex-fumantes. Dentre os 73 idosos que já fizeram uso de bebida alcoólica, 64 relataram não o fazer mais. Destes, seis (9,4%) relataram ter cessado o uso há menos de um ano e 53 (82,9%) há mais de dois anos. Questões relacionadas à saúde foram motivo para que 19 (29,7%) indivíduos parassem de beber e 17 (26,6%) disseram ter parado o consumo por conselho de profissional de saúde.

Cento e seis (50,7%) idosos disseram realizar alguma modalidade de atividade física. Entre estes, a prática de caminhada foi relatada por 53 (50%), fisioterapia por 35 (33%), jardinagem por um (0,9%) e outras atividades por 17 (16%) moradores. Quanto à frequência, 21 (19,8%) relataram atividades físicas diárias, 19 (17,9%) de três a cinco vezes por semana, 62 (58,5%) de uma a duas vezes por semana e dois (0,9%) pelo menos uma vez por mês.

A sintomatologia depressiva foi identificada em 71 (34%) idosos, o provável déficit cognitivo em 104 (49,7%), a dependência para atividades instrumentais de vida diária em 172 (82,3%) e a dependência para atividades básicas de vida diária em 75 (35,9%) participantes.

Na análise univariada a sintomatologia depressiva associou-se com a dependência para atividades de vida diária instrumental e básica, mas não com o déficit cognitivo. Observou-se também associação entre déficit cognitivo e a dependência para atividades de vida diária instrumental e básica (Tabela 1).

Tabela 1 - Nível de significância entre as sintomatologias aferidas

Sintomatologia depressiva		Provável déficit cognitivo		Dependência para AVD's instrumentais		Dependência para AVD's básicas	
		Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sintomatologia depressiva							
Não		71	67	30	108	92	42
Sim		34	37	7	64	38	33
		$\chi^2 = 0,24$ $p = 0,63$		$\chi^2 = 4,54$ $p = 0,03$		$\chi^2 = 5,24$ $p = 0,02$	
Provável déficit cognitivo							
Não				24	81	78	27
Sim				13	91	56	48
				$\chi^2 = 3,84$ $p = 0,05$		$\chi^2 = 9,49$ $p = 0,00$	
Dependência AVD's instrumentais							
Não						36	1
Sim						98	74
						$\chi^2 = 21,51$ $p = 0,00$	

As características sócio-demográficas, idade, sexo, presença de religião e escolaridade foram analisadas em relação à sintomatologia depressiva, déficit cognitivo, dependência para atividades instrumentais e básicas de vida diária. A idade, categorizada em três faixas, de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos, e de 80 ou mais anos, bem como o sexo dos participantes, e a presença ou não de religião, não apresentaram associação significativa em relação às sintomatologias investigadas. A escolaridade foi categorizada pelo tempo de cinco ou mais anos de estudo, ou menos de cinco anos.

Não foram observadas associações entre os aspectos de vida e saúde dos idosos, visitas familiares, tabagismo, história de uso de álcool e prática de atividade física. Foram analisados, em relação à sintomatologia depressiva, déficit cognitivo e dependência para atividades instrumentais e básicas de vida diária. Idosos com maior escolaridade apresentaram menor dependência para AVDI's (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos residentes em ILPI's de acordo com características sociodemográficas e de hábitos de vida, em relação à sintomatologia depressiva e déficits funcionais

	Sintomatologia depressiva		Provável déficit cognitivo		Dependência para AVD's instrumentais		Dependência para AVD's básicas	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Sexo								
Masculino	57	26	48	35	10	73	52	31
Feminino	81	45	57	69	27	99	82	44
	$\chi^2 = 0,43$ $p = 0,51$		$\chi^2 = 3,17$ $p = 0,07$		$\chi^2 = 3,02$ $p = 0,08$		$\chi^2 = 0,13$ $p = 0,72$	
Idade								
60 – 69 anos	41	15	27	29	10	46	35	21
70 – 79 anos	46	28	45	29	13	61	47	27
≥ 80 anos	51	28	33	46	14	65	52	27
	$\chi^2 = 1,86$ $p = 0,39$		$\chi^2 = 5,66$ $p = 0,059$		$\chi^2 = 0,002$ $p = 0,99$		$\chi^2 = 0,17$ $p = 0,92$	
Escolaridade								
≥ 5 anos de estudo	75	35	58	52	25	85	75	35
< 5 anos de estudo	63	36	47	52	12	87	59	40
	$\chi^2 = 0,48$ $p = 0,49$		$\chi^2 = 0,57$ $p = 0,45$		$\chi^2 = 4,02$ $p = 0,04$		$\chi^2 = 1,67$ $p = 0,19$	
Recebe visitas								
Sim	91	47	70	68	23	115	85	53
Não	47	24	35	36	14	57	49	22
	$\chi^2 = 0,001$ $p = 0,97$		$\chi^2 = 0,04$ $p = 0,84$		$\chi^2 = 0,29$ $p = 0,58$		$\chi^2 = 1,12$ $p = 0,29$	
Tabagismo								
Nunca fumou	73	39	57	55	20	92	75	37
Ex-tabagista	34	20	26	28	8	46	30	24
Tabagista	31	12	22	21	9	34	29	14
	$\chi^2 = 0,97$ $p = 0,62$		$\chi^2 = 0,13$ $p = 0,94$		$\chi^2 = 0,62$ $p = 0,73$		$\chi^2 = 2,32$ $p = 0,31$	
Consumo de álcool								
Nunca consumiu	90	46	65	71	26	110	86	50
Já consumiu	48	25	40	33	11	62	48	25
	$\chi^2 = 0,004$ $p = 0,95$		$\chi^2 = 0,93$ $p = 0,33$		$\chi^2 = 0,53$ $p = 0,46$		$\chi^2 = 0,13$ $p = 0,72$	

A inatividade física foi associada à presença de sintomatologia depressiva e dependência para atividades de vida diária, instrumentais e básicas na análise univariada. Na análise categorizada da frequência de atividade física diária, a inatividade apresentou associação com provável déficit cognitivo (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da população idosa residente nas ILPI's, de acordo com a prática de atividade física, em relação à sintomatologia depressiva e déficits funcionais

	Sintomatologia depressiva		Provável déficit cognitivo		Dependência para AVD's instrumentais		Dependência para AVD's básicas	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Pratica Atividade Física								
Sim	77	29	60	46	25	81	79	27
Não	61	42	45	58	12	91	55	48
	$\chi^2 = 4,19$ $p = 0,04$		$\chi^2 = 3,48$ $p = 0,06$		$\chi^2 = 5,11$ $p = 0,02$		$\chi^2 = 10,14$ $p = 0,001$	
Modalidade								
Caminhada	39	14	28	25	16	37	45	8
Outras	38	15	32	21	9	44	34	19
	$\chi^2 = 0,04$ $p = 0,08$		$\chi^2 = 0,61$ $p = 0,43$		$\chi^2 = 2,56$ $p = 0,11$		$\chi^2 = 6,01$ $p = 0,01$	
Frequência								
Todos os dias	16	5	17	4	6	15	16	5
3-5x/semana	46	16	31	31	14	48	46	16
1-2x/semana	13	8	11	10	4	17	16	5
	$\chi^2 = 1,39$ $p = 0,49$		$\chi^2 = 6,32$ $p = 0,04$		$\chi^2 = 0,56$ $p = 0,75$		$\chi^2 = 0,05$ $p = 0,97$	

Foram identificados 200 idosos em que alguma doença foi descrita em prontuário. Desses, 142 (67,9% do total de 209) referiam-se à hipertensão arterial sistêmica (HAS), 39 (18,7%) à diabetes, 20 (9,6%) à dislipidemias, 14 (6,7%) à doenças respiratórias crônicas, 42 (20,1%) à história de acidente cerebrovascular (AVC), cinco (2,4%) à doenças neoplásicas, 46 (22,0%) à doenças osteoarticulares, seis (2,9%) à doença de Parkinson, 23 (11,0%) à quadro demencial, 55 (26,3%) à transtorno depressivo, dois (0,96%) à transtorno bipolar, quatro (1,9%) à transtorno de ansiedade, 18 (8,6%) à quadros psicóticos e 102 (48,8%) à outras doenças.

Foram identificados 199 idosos que faziam uso de algum medicamento, descrito em prontuário ou em folha de prescrição. Desses, 140 (66,9% do total de 209) referiam-se à anti-hipertensivos, 34 (16,3%) à hipoglicemiantes, 60 (28,7%) à antilipêmicos, três

(1,4%) à corticóides, 17 (8,1%) à hormônio tireoideano, 39 (18,7%) à analgésicos, cinco (2,4%) à antiparkinsonianos, 15 (7,2%) à anticolinesterásicos, 19 (9,1%) à anticonvulsivantes, 94 (45,0%) à antidepressivos, 11 (5,3%) à estabilizadores de humor, 37 (17,7%) à benzodiazepínicos, 62 (29,7%) à antipsicóticos e 106 (50,7%) à outros medicamentos.

A tabela 4 mostra os resultados da análise univariada entre sintomatologia depressiva, provável déficit cognitivo, dependência para atividades instrumentais e básicas de vida diária, as doenças de base e uso de medicamentos pelos participantes, em que houve associação significativa. A hipertensão arterial foi associada com provável déficit cognitivo, a presença de dislipidemia associada com dependência para AVD's básicas, a história de AVC associou-se com dependência para AVD's instrumentais e básicas. A ausência de doença osteoarticular associou-se com dependência para AVD's instrumentais. O uso de antipsicótico associou-se com dependência para AVD's instrumentais, e o uso de anti-hipertensivo com dependência para AVD's básicas.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos residentes em ILPI's de acordo com a presença de doenças e de uso de medicamentos, em relação à sintomatologia depressiva e déficits funcionais

	Sintomatologia depressiva		Provável déficit cognitivo		Dependência para AVD's instrumentais		Dependência para AVD's básicas	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Hipertensão Arterial								
Não	44	23	42	25	12	55	48	19
Sim	94	48	63	79	25	117	86	56
	$\chi^2 = 0,006$ $p = 0,94$		$\chi^2 = 6,11$ $p = 0,01$		$\chi^2 = 0,003$ $p = 0,96$		$\chi^2 = 2,43$ $p = 0,12$	
Dislipidemia								
Não	125	64	92	97	31	158	117	72
Sim	13	7	13	7	6	14	17	3
	$\chi^2 = 0,01$ $p = 0,92$		$\chi^2 = 1,93$ $p = 0,16$		$\chi^2 = 2,29$ $p = 0,13$		$\chi^2 = 4,19$ $p = 0,04$	
História de AVC								
Não	111	56	87	80	35	132	116	51
Sim	27	15	18	24	2	40	18	24
	$\chi^2 = 0,07$ $p = 0,79$		$\chi^2 = 1,14$ $p = 0,28$		$\chi^2 = 6,04$ $p = 0,01$		$\chi^2 = 10,32$ $p = 0,001$	
Doença Osteoarticular								
Não	105	58	79	84	22	141	104	59
Sim	33	13	26	20	15	31	30	16
	$\chi^2 = 1,58$ $p = 0,21$		$\chi^2 = 0,93$ $p = 0,33$		$\chi^2 = 8,99$ $p = 0,003$		$\chi^2 = 0,31$ $p = 0,86$	
Antipsicótico								
Não	101	46	79	68	31	116	98	49
Sim	37	25	26	36	6	56	36	26
	$\chi^2 = 1,58$ $p = 0,21$		$\chi^2 = 2,43$ $p = 0,12$		$\chi^2 = 3,89$ $p = 0,04$		$\chi^2 = 1,40$ $p = 0,24$	
Anti-Hipertensivos								
Não	44	25	38	31	14	55	51	18
Sim	94	46	67	73	23	117	83	57
	$\chi^2 = 0,23$ $p = 0,63$		$\chi^2 = 0,96$ $p = 0,33$		$\chi^2 = 0,47$ $p = 0,49$		$\chi^2 = 4,29$ $p = 0,03$	

Na análise multivariada (Tabela 5), o provável déficit cognitivo foi associado à presença da HAS, e à frequência de atividade física categorizada. A dependência para atividades instrumentais de vida diária associou-se com menor escolaridade, inatividade física, uso de antipsicótico e história de AVC. A dependência para atividades básicas de vida diária permaneceu associada às covariáveis dependência para atividades instrumentais de vida diária, provável déficit cognitivo, bem como à inatividade física e história de AVC.

Tabela 5 - Modelo final de significância estatística com as sintomatologias aferidas

Sintomatologia depressiva	N	O.R.	I.C. (95%)
Idade			
60-69	56 (26,8%)	1,00	
70-79	74 (35,4%)	1,56	0,71-3,44
≥80	79 (37,8%)	1,58	0,73-3,49
Pratica atividade física			
Sim	106 (50,7%)	1,00	
Não	103 (49,3%)	1,76	0,96-3,22
Uso de antidepressivo			
Não	115 (55%)	1,00	
Sim	94 (45%)	2,12	1,15-3,92
Dependência em AVD's instrumentais			
Não	37 (17,7%)	1,00	
Sim	172 (82,3%)	2,34	0,94-5,79
Déficit cognitivo	N	O.R.	I.C. (95%)
Sintomatologia depressiva			
Não	138 (66%)	1,00	
Sim	71 (34%)	1,68	0,63-4,50
Idade			
60-69	56 (26,8%)	1,00	
70-79	74 (35,4%)	0,26	0,08-0,84
≥80	79 (37,8%)	0,52	0,16-1,61
Frequência de at. física			
Todos os dias	21 (10%)	1,00	
3-5 x/semana	19 (9,1%)	5,34	1,49-19,04
1-2 x/semana	62 (29,7%)	4,91	1,11-21,70
HAS			
Não	142 (67,9%)	1,00	
Sim	67 (32,1%)	3,84	1,41-10,46

Continua

Tabela 5 - Modelo final de significância estatística com as sintomatologias aferidas

Dependência em AVD's instrumentais	N	O.R.	I.C. (95%)
Idade			
60-69	56 (26,8%)	1,00	
70-79	74 (35,4%)	1,31	0,49-3,52
≥80	79 (37,8%)	1,65	0,61-4,43
Escolaridade			
5 ou mais anos	56 (26,8%)	1,00	
menos de 5 anos	153 (73,2%)	2,20	1,10-4,87
Déficit cognitivo			
Não	105 (50,2%)	1,00	
Sim	104 (49,8%)	1,57	0,71-3,46
Prática atividade física			
Sim	106 (50,7%)	1,00	
Não	103 (49,3%)	2,48	1,12-5,52
Uso de antipsicótico			
Não	147 (70,3%)	1,00	
Sim	62 (29,7%)	3,20	1,17-8,70
História de AVC			
Não	167 (79,9%)	1,00	
Sim	42 (20,1%)	7,28	1,58-33,61
Dependência em AVD's básicas	N	O.R.	I.C. (95%)
Idade			
60-69	56 (26,8%)	1,00	
70-79	74 (35,4%)	1,17	0,52-2,63
≥80	79 (37,8%)	0,87	0,39-1,97
Dependência em AVD's instrumentais			
Não	37 (17,7%)	1,00	
Sim	172 (82,3%)	19,99	2,63-152,08
Déficit cognitivo			
Não	105 (50,2%)	1,00	
Sim	104 (49,8%)	2,21	1,15-4,25
Prática atividade física			
Sim	106 (50,7%)	1,00	
Não	103 (49,3%)	2,18	1,15-4,13
História de AVC			
Não	167 (79,9%)	1,00	
Sim	42 (20,1%)	2,49	1,17-5,29

Conclusão

Não foram identificadas associações significativas entre as características investigadas das instituições e à sintomatologia depressiva ou aos déficits funcionais de seus moradores. Todas as cinco instituições dispunham de médico clínico (três dispunham de médicos especialistas), enfermeiro, fisioterapeuta e assistente social. Terapeuta ocupacional e psicólogo integravam a equipe de quatro instituições e a fonoaudiologia

foi encontrada em três delas. O número de técnicos de enfermagem variou de quatro (para 62 moradores), oito (para 62 moradores), 12 (para 87 moradores), 13 (para 67 moradores) a 19 (para 100 moradores). O número de cuidadores variou respectivamente em oito (para 62 moradores), dez (para 62 moradores), 12 (para 67 moradores), 19 (para 87 moradores) e 33 (para 100 moradores), nas cinco instituições.

Quanto à estrutura física, em duas instituições havia dois leitos em cada dormitório, em outras duas havia três leitos para cada quarto e em uma instituição esta proporção era de cinco leitos em cada quarto. Os banheiros, assim como os dormitórios, possuíam tamanhos e capacidades diferentes. Em uma instituição havia um banheiro servindo a cada dormitório, em três instituições havia um banheiro servindo a quatro quartos e em uma instituição havia um banheiro para seis dormitórios. A frequência da faxina foi de sete vezes por semana em três instituições e de seis vezes por semana nas outras duas. Todos os cinco estabelecimentos dispunham de área de lazer, como sala de televisão, jogos ou outros, sala de estar ou de convívio, área para caminhada, jardim em suas dependências, refeitório, além de atividades regulares fora da instituição.

3.5 Discussão

A população passível de investigação neste estudo representa apenas metade dos residentes nas ILPI's, já que 45% dessa população encontrava-se incapacitada para participar do estudo. Mesmo assim, observamos altas prevalências de sintomatologia depressiva, déficit cognitivo e dependência funcional, assim como de uso de medicação psiquiátrica.

A proporção de participantes do sexo feminino, de 60,3%, aproxima-se à encontrada em um estudo que realizou levantamento censitário em mais de três mil ILPI's nas cinco regiões do país, e revelou 57,3% de residentes do sexo feminino⁶. No Brasil o número de mulheres é superior ao de homens na faixa acima dos 60 anos⁵ devido à maior expectativa de vida do sexo feminino, com mortalidade diferencial por sexo²⁹. Em relação à faixa etária, quanto mais avançada maior o risco de adoecimento, de dependência e de institucionalização^{30,31}. Entre os participantes de nosso estudo, 26,8%

encontravam-se entre 60 a 69 anos, 35,4% entre 70 a 79 anos e 37,8% com 80 anos de idade ou mais.

Uma característica muito importante verificada na população de nosso estudo foi o baixo nível de escolaridade. Possuíam menos de cinco anos de estudo 73,2% dos idosos, sendo 16,7% analfabetos. Esses percentuais foram semelhantes aos referidos em outros estudos relacionados, no entanto, encontram-se proporções de até 46% de analfabetismo³, ilustrando o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de instrução entre moradores de asilos públicos ou beneficentes de nosso país. A baixa escolaridade entre os idosos é uma realidade em países em desenvolvimento, como o Brasil, remontando o histórico da falta de prioridade das políticas públicas em relação à educação³². Acerca desse baixo nível educacional, reflete-se o quanto essa é uma população de perfil desfavorecido.

Neste estudo foi observada alta prevalência (34%) de sintomatologia depressiva. Em revisão de 26 trabalhos realizados na Europa, América do Norte e Ásia, que estudaram a prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados¹⁵, verificou-se que essa prevalência variou de 14% a 82%, com média de 29%. Estudos no Brasil revelaram prevalências maiores do que as encontradas em Belo Horizonte. Em um estudo realizado em ILPI's no estado de Pernambuco³³, e também por outro estudo no Rio Grande do Norte³⁴, foi encontrada prevalência de 51%. Um estudo em Pouso Alegre-MG revelou 65% de idosos com sintomatologia depressiva em ILPI's³⁵. Em outro estudo realizado em uma ILPI no Rio de Janeiro³⁶ realizou-se aferição da sintomatologia depressiva em seus moradores, uma vez por ano, durante três anos, e os resultados obtidos variaram de 24,5% a 34,2%. Nesta instituição, em que foram encontrados valores menores que os reportados na literatura, havia uma pré-seleção em que os futuros usuários precisavam demonstrar seu desejo de lá ficarem, o que pode ter influenciado os resultados verificados.

Como esperado a literatura aponta maiores prevalências de sintomatologia depressiva no âmbito institucional que no comunitário¹⁷. Um estudo comparativo, realizado no Paraná, confrontou a prevalência de sintomas depressivos encontrada em idosos institucionalizados, que foi de 60%, com a encontrada em idosos vivendo em seu domicílio⁹, que foi de 23%. Um estudo em comunidade no nordeste do Brasil encontrou

prevalência de sintomatologia depressiva em 25,5% de idosos³⁷, um realizado em comunidade em Bambuí – MG³⁸ encontrou 19,2%, um na cidade de São Paulo³⁹ revelou 13% e outro em comunidade em Montes Claros – MG⁴⁰ apontou 20,9%.

As diferentes prevalências de sintomatologia depressiva verificadas entre estudos com idosos talvez possam ser explicadas pela variabilidade no número de indivíduos estudados, características peculiares de cada população, instrumentos empregados, bem como em diferenças em seus pontos de corte⁴⁰. O instrumento mais utilizado em trabalhos em todo o mundo para a detecção de sintomas depressivos em idosos é a Escala de Depressão Geriátrica (GDS)¹⁷, considerada como de fácil compreensão pelos idosos, e de rápida aplicação em testes de rastreio. Já se atentou para uma possível baixa sensibilidade desta escala no caso de depressão menor, ao compará-la com critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) nos mesmos pacientes⁴¹. No entanto, essa escala tem como principal diferencial o fato de não contemplar queixas somáticas, que são mais comuns em indivíduos idosos do que em não idosos, mesmo sem depressão, e poderiam interferir em sua acurácia⁴². Sabe-se que sintomas depressivos em indivíduos idosos se apresentam de forma diferente do que em adultos jovens⁴³, e que podem ocorrer também como manifestações iniciais de uma síndrome demencial, sem que haja depressão propriamente dita⁴⁴, assim como um quadro depressivo pode repercutir na cognição do indivíduo, podendo até mesmo mimetizar uma síndrome demencial⁴⁵.

A associação entre sintomas depressivos e dependência funcional é bem estabelecida na literatura⁴⁶, e também foi verificada em nosso estudo, tanto para atividades de vida diária instrumentais, quanto básicas. Quanto à relação de causa e efeito, há estudos longitudinais que investigam essas variáveis, e que apontam relação bidirecional entre as mesmas^{47,48}. O tipo desse estudo, de caráter transversal, encontra limitações para inferências acerca das associações verificadas, já que não podem ser estabelecidas relações de causa e efeito entre as condições de saúde encontradas e possíveis exposições.

No presente estudo, a prática regular de atividade física associou-se negativamente em relação à sintomatologia depressiva, ao déficit cognitivo e à dependência funcional. Há descrições acerca de possível fator de proteção que a prática de atividades físicas

diversas exerceria sobre as condições cognitivas^{49,50}. Não obstante, deve-se também atentar para a possibilidade do comprometimento cognitivo, funcional ou do humor exercer dificuldade ou mesmo impedimento à prática de atividade física na população deste estudo.

O padrão de saúde dos moradores das ILPI's varia de residentes hígidos a portadores de comorbidades clínicas, doenças psiquiátricas, síndromes demenciais, sequelas de acidentes vasculares cerebrais e síndromes de imobilidade⁵¹. No presente estudo não foram encontradas associações entre a sintomatologia depressiva e a presença de doenças de base ou uso de medicamentos, a não ser com o uso de antidepressivos, fato este esperado. Essa ausência de associação pode estar relacionada à grande homogeneidade da população estudada no que se refere à alta frequência de comorbidades e uso de medicamentos. Comorbidades clínicas são apontadas na literatura como importantes fatores de risco para sintomatologia depressiva⁵², e sabe-se também que medicamentos de diversas categorias farmacológicas, como anti-hipertensivos, cardiotrópicos, antiparkinsonianos, antibióticos, entre outros, podem produzir a sintomatologia em questão⁵³.

Além disso, a população do presente estudo é composta somente pelos participantes que possuíam capacidade para responder à entrevista e proceder à aplicação dos testes (58,5% dos moradores). Os participantes eram, portanto, justamente os moradores mais preservados do ponto de vista cognitivo e funcional, e é possível que fossem os menos acometidos por patologias diversas, principalmente síndromes demenciais e doenças cerebrovasculares, e que seu padrão de medicação diferisse bastante dos demais.

O encontro frequente de prescrições de psicofármacos a idosos institucionalizados é descrito na literatura, e estima-se que a prevalência de seu uso chegue a 63,0% nessa população⁵⁴. Entre os participantes do presente estudo foi encontrada a proporção de 66,5% de idosos em uso de pelo menos uma medicação psicotrópica. Deve-se atentar para o fato de 62 (29,7%) idosos receberem medicação antipsicótica, enquanto que apenas 18 (8,6%) possuíam diagnóstico de quadro psicótico descrito em prontuário. Um estudo sobre medicamentos antipsicóticos em idosos de 40 ILPI's realizado na Austrália apontou que essas medicações têm sido largamente utilizadas em outros quadros que não os psicóticos primários, mas para o controle do comportamento em geral e nas

síndromes demenciais⁵⁵. Esse fato relacionado aos antipsicóticos foi verificado também em outro trabalho, que estudou o uso de medicamentos psicotrópicos em 1163 moradores de ILPI's na Noruega⁵⁶. Possivelmente a proporção de uso de antipsicótico entre a população de nosso estudo seria ainda maior, nesse caso, se fossem incluídos no estudo os idosos com maior comprometimento cognitivo e funcional, uma vez que a prescrição desses medicamentos na população asilar tem como peculiaridade seu frequente uso para o controle comportamental⁵⁷.

Quanto às características das ILPI's de maiores capacidades, como as que compuseram este estudo, usualmente são locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. Em geral, as instituições asilares possuem regras de entradas e saídas, horários pré-estabelecidos para refeições, atividades ou de recolhida⁵⁸, como se enquadravam as ILPI's deste trabalho. As possibilidades de vida social, afetiva e de seus desdobramentos podem encontrar as limitações do próprio ambiente e de sua rotina. Fatores como o compartilhamento de espaços com outros, a falta de privacidade e a falta também de relacionamentos interpessoais próximos são apontados como associados à sintomatologia depressiva⁵⁹, e são situações plausíveis de ocorrerem em regimes institucionais.

As características relacionadas às instituições asilares podem influenciar de forma importante a funcionalidade de seus moradores. Observa-se que a piora do funcionamento global em muitos idosos institucionalizados não é sempre devida somente às mudanças biológicas negativas, mas podem ser também consequência de um ambiente que reforce o comportamento dependente em seus moradores⁶⁰. A dependência comportamental pode se induzir tanto por um ambiente superprotetor, que não encoraje o indivíduo a exercer suas capacidades, quanto em um ambiente negligenciador, que faça com que o idoso se sinta desamparado⁶¹. Ressalta-se, portanto, o quanto condições ideais de ambiente e de qualificação do trabalho realizado pelos profissionais são necessárias para a manutenção da independência física e comportamental do idoso institucionalizado pelo maior tempo possível.

Há que se observar que as cinco instituições que fizeram parte deste estudo eram justamente as maiores do município de Belo Horizonte, e que todas elas eram parte integrante de grupos ainda maiores, de cunho religioso, designadas fundações

beneficentes. São grupos que possuem estrutura física e profissional robusta, e por sua peculiaridade é improvável que suas ILPI's espelhem a realidade da maioria deste município. Conforme os achados deste estudo, todos os estabelecimentos dispunham de equipe de saúde com enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e médico clínico assistente, além de assistente social. A análise realizada com os dados relacionados às instituições participantes limitou-se a identificar diferenças entre as mesmas, no que concerne às características físicas que propiciassem conforto, funcionalidade e até mesmo lazer aos seus moradores, e também quanto à assistência multiprofissional. Correlacionando tais características com as sintomatologias investigadas em seus moradores não foram encontradas associações.

3.6 Conclusão

Foram encontrados altos percentuais de sintomatologia depressiva, déficit cognitivo e dependência funcional, assim como o de uso de medicação psiquiátrica, entre os moradores das ILPIs públicas ou beneficentes de Belo Horizonte, principalmente se considerarmos que 45% dessa população já se encontrava incapacitada para participar do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Damiani G, Colosimo SC, Sicuro L, Burgio A, Battisti A, Solipaca A, *et al.* An ecological study on the relationship between supply of beds in long-term care institutions in Italy and potential care needs for the elderly. *BMC Health Serv Res* 2009; 9:174.
2. Luppá M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing* 2010; 39(1):31-8.
3. Davim RM, Torres Gde V, Dantas SM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal-RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Lat Am Enfermagem* 2004; 12(3):518-24.
4. Freitas EV, Neri AL. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; 2009*. Acesso em: 12 nov. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>
6. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Est População* 2010; 27(1):233-5.
7. Creutzberg M, Gonçalves LH, Sobottka EA, Ojeda BS. Long-term care institutions for elders and the health system. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007; 15(6):1144-9.
8. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica de institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5):454-60.
9. Porcu M, Scantamburlo VM, Albrecht NR, Silva SP, Vallim FL, Araújo CR, *et al.* Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Sci* 2002; 24(3):713-7.
10. Shah A. Do socio-economic factors, elderly population size and service development factors influence the development of specialist mental health programs for older people? *Int Psychogeriatr* 2008; 20(6):1238-44.
11. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Acesso em: 12 nov. 2011. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
12. Kilsztajn S, Lima LZ, Rocha PAF, Carmo MSN. Leitos psiquiátricos e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(10):2354-62.
13. Andreoli SB, Almeida-Filho N, Martin D, Mateus MD, Mari JJ. É a reforma psiquiátrica uma estratégia para reduzir o orçamento da saúde mental? O caso do Brasil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(1):43-6.

14. Moraes EN; Marino, MCA; Santos, RR; Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1):54-66.
15. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(7):1025-39.
16. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis L, Gundy CM, Beekman AT, Eefsting JA. The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(4):325-32.
17. Dow B, Lin X, Tinney J, Haralambous B, Ames D. Depression in older people living in residential homes. *Int Psychogeriatr* 2011; 24:1-19.
18. Aquino EM, Barreto SM, Bensenor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, *et al.* Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *Am J Epidemiol* 2012; 175(4):315-24.
19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12(3):189-98.
20. Bertolucci PHF, Mathias SMD, Bruki SMD. Proposta de padronização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) [resumo]. *Arq Neuropsiquiatr* 1994; 52 Supl 1.
21. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3-B):777-81.
22. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-1983; 17(1):37-49.
23. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2-B):421-6.
24. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37(3):323-9.
25. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-9.
26. Moraes EN, *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Coopmed 2008 157-86.
27. Caramelli P, Herrera JRE, Nitrini R. O mini-exame do estado mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos [resumo]. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57 Supl. 1: S7.

28. Ministério da Saúde. Brasil. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 162p. Acesso em: 20 nov. 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf
29. Berquó ES. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: *Anais do I Seminário Internacional "Envelhecimento Populacional; uma agenda para o final do século"*. Brasília: MPAS; 1996. p.16-34.
30. Marin MJS, Angerami ELS. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(1):33-41.
31. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):655-62.
32. Kinsella K. Population ageing in developing countries. In: *Meeting the challenges of ageing populations in the developing world*. Malta: United Nations Institute on Ageing; 1996. p. 23-46.
33. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(1):253-9.
34. Cheloni CFP, Pinheiro FLS, Cavalcanti Filho M, Medeiros AL. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). *Expressão* 2003; 34(1-2):61-73.
35. Galhardo VAC, Mariosa MAS, Takata JPI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev Méd Minas Gerais* 2010; 20(1):16-21.
36. Munk M, Laks J. Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(2):98-100.
37. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1):26-33.
38. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(1):17-27.
39. Barcelos-Ferreira R, Pinto JA Jr, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17(7):582-90.

40. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(3):190-7.
41. Adams KB. Do the GDS and the GDS-15 adequately capture the range of depressive symptoms among older residents in congregate housing? *Int Psychogeriatr* 2011; 27:1-11.
42. Adams KB, Moon H. Subthreshold depression: characteristics and risk factors among vulnerable elders. *Aging Ment Health* 2009; 13(5):682-92.
43. Kals-Godley J, Gatz M, Fiske A. Depression and depressive symptoms in old age. In: Nordhus IH, VandenBos GR, Berg S, editors. *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association; 1998. p.211-7.
44. Parmelee PA, Kleban MH, Lawton MP, Katz IR. Depression and cognitive change among institutionalized aged. *Psychol Aging* 1991; 6(4):504-11.
45. Emery VOB. *Pseudodementia: a theoretical and empirical discussion*. Cleveland, OH: Case Western Reserve Geriatric Education Center; 1988.
46. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol* 1991; 46(6):M210-5.
47. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(6):1147-56.
48. Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2008; 21(3):183-97.
49. Fichter MM, Bruce ML, Schröppel H, Meller I, Merikangas K. Cognitive impairment and depression in the oldest old in a German and in U.S. communities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245(6):319-25.
50. Stein LM, Argimon IL. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: estudo longitudinal. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(1):64-72.
51. Lucchetti G, Granero AL, Pires SL, Gorzoni ML, Tamai S. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2010; 32(2):38-43.
52. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(3):149-59.
53. Garavaglia B. Avoiding drug-induced depression in nursing home residents. *Nursing Homes: Long Term Care Management*, 53, 110-11.

54. Stella F, Caetano D, Pacheco JL, Sé EV, Lacerda AL. Factors influencing psychotropic prescription by non-psychiatrist physicians in a nursing home for the elderly in Brazil. *São Paulo Med J* 2006; 124(5):253-6.
55. Snowdon J, Day S, Baker W. Why and how antipsychotic drugs are used in 40 Sydney nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(12):1146-52.
56. Selbaek G, Kirkevold Ø, Engedal K. The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22(9):843-9.
57. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005; 294(15):1934-43.
58. Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo M Netto. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996.
59. Choi NG, Wyllie RJ, Ransom S. Risk factors and intervention programs for depression in nursing home residents: nursing home staff interview findings. *J Gerontol Soc Work* 2009; 52(7):668-85.
60. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56(4):267-72.
61. Baltes MM, Silverberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: Néri AL. *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papyrus; 1995. p.73-110.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta dos dados em instituições de maior capacidade foi uma escolha que buscou priorizar a logística dessa etapa do trabalho, mesmo que em detrimento de se obter uma amostra aleatória. Para essa etapa já se previa uma duração relativamente longa. O quadro 1 (Apêndice A) mostra as 28 ILPI's públicas ou beneficentes do município de Belo Horizonte, com destaque para as cinco que foram escolhidas, em levantamento realizado neste trabalho, junto à órgãos municipais e subsequentemente junto à cada ILPI. Coletar dados de mais de 200 idosos, com um questionário (Apêndice B) que requer o tempo de aproximadamente 40 minutos para sua aplicação em cada participante, além do prévio esclarecimento individual quanto ao objetivo da pesquisa, obtendo-se o seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C), não é tarefa simples. Levando-se também em conta que uma parcela importante dos moradores das ILPI's seria considerada incapaz de participar, e que muitas das ILPI's da cidade eram de pequena capacidade, teria que se aumentar sobremaneira o número de instituições participantes para que se conseguisse um determinado número de moradores, incorrendo em aumento do tempo requerido para as visitas. Deve-se lembrar também que existe um processo burocrático de contato, explanação de todo o trabalho e pedido de permissão para a pesquisa, junto à coordenação de cada instituição, processo este que requer inerente demanda de tempo. Deve-se ressaltar o quão importante foi a colaboração de dois alunos de iniciação científica, treinados e certificados para então participar da coleta dos dados.

A amostra, relativamente pequena, bem como suas características peculiares devido à escolha das ILPI's, pode ter contribuído para que não se encontrassem algumas associações entre variáveis, que já foram descritas na literatura. Mesmo assim, consideramos como muito valioso o maior conhecimento dessa população, no que tange aos aspectos sócio demográficos, de hábitos de vida, de doenças e uso de medicamentos, bem como os achados das prevalências que se pretendeu.

Trabalhos existentes têm sido concordantes em revelar alta prevalência de sintomas depressivos entre residentes de ILPI's. Entender melhor os fatores que tem se mostrado associados aos sintomas depressivos nessa população é fundamental para que se possa embasar ações que contribuam para sua prevenção, bem como para balizar o manejo e

tratamento de quadros depressivos em questão. Para tanto, é fundamental que próximos trabalhos investiguem as relações temporais entre o desfecho e as exposições. Nessa população, outro campo ainda com grande desconhecimento é o da investigação acerca de outros transtornos mentais que cursam com importantes alterações do comportamento, como os quadros psicóticos primários e os quadros bipolares do humor, por exemplo. Essa investigação certamente é bastante complexa se levarmos em conta que os quadros demenciais, frequentes nessa população, também podem cursar com alterações do comportamento similares àqueles. O estabelecimento do diagnóstico epidemiológico desses quadros e dos fatores a eles relacionados certamente contribuiria muito para o entendimento de como a maior sobrevivência dos extratos populacionais muito idosos, acima de 80 anos, pode estar influenciando o perfil de saúde da população residente em ILPI's. Poder-se-ia também formular hipóteses para outras investigações, no âmbito das políticas públicas existentes, como as da assistência social e do sistema de saúde, e entender como estas têm influenciado, e como poderiam se adequar às exigências da nova realidade demográfica do país.

APÊNDICES

Apêndice A - Quadro 1: Descrição por sexo e idade dos residentes em Instituições de Longa Permanência em Belo Horizonte (julho de 2010)

ILPI	Idosos residentes				
	Total	Total Feminino	Total Masculino	Extremos de Idade Feminina	Extremos de Idade Masculina
1- Lar de Idosas Santa Teresa/Santa Teresinha	17	17	0	79-106	0
2- Ministério do Lar das Vovós	24	24	0	70-96	0
3-Asilo Recanto Feliz São Francisco de Assis	29	29	0	75-95	0
4- Recanto da Saudade	23	23	0	70-95	0
5- Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem*	87	73	14	60-95	80-85
6- Recanto dos Amigos	14	11	3	80-95	60-86
7- Centro de Convivência Paulo Fagundes da Fonseca Penido*	67	35	32	60-90	60-90
8- Lar Cristo Rei*	62	40	22	70-90	80-101
9- Lar dos Idosos São José	98	72	26	80-90	75-90
10- Casa Santa Zita	26	26	0	70-95	0
11- Centro de Assistência Benedito Venâncio	8	4	4	62-93	56-90
12- Instituto de Geriatria Afonso Pena - IGAP	40	26	14	80-100	70-86
13- Lar dos Idosos Nossa Senhora da Saúde	22	13	9	60-87	60-95
14- República Nossa Senhora da Abadia	5	5	0	73-87	0
15- Casa do Ancião da Cidade Ozanan*	100	93	7	60-90	60-90
16- Lar Dona Paula	57	57	0	75-102	0
17- Lar dos Idosos Santa Rita de Cássia	23	23	0	80-90	0
18- Lar Frei Zacarias	26	26	0	67-94	0
19- Lar Santa Gema Galgani	15	15	0	65-94	0
20- Lar Santa Maria	27	0	27	0	70-90
21- Associação As Sempre Vivas	20	20	0	72-94	0
22- Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus*	62	34	28	70-96	70-96
23- Lar dos Velhinhos Clotilde Martins	35	23	12	70-100	75-90
24- Recanto Feliz São Francisco de Assis	29	29	0	75-85	0
25- Asilo Nossa Senhora da Piedade/Lar da Vovó	40	40	0	70-95	0
26- Lar de Idosas Padre Leopoldo Mertens	50	50	0	80-100	0
27- Lar dos Idosos Santo Antônio de Pádua	39	28	10	70-108	0
28- Abrigo Frei Otto	19	7	12	75-95	75-93
TOTAL	1087	859	228		

Fonte: Relação de instituições coletadas junto ao Conselho Municipal do Idoso e à Coordenadoria do Idoso; Dados numéricos obtidos junto às respectivas instituições. *ILPI's que participam do estudo

Apêndice B - Questionário

PESQUISA: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM BELO HORIZONTE

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

PROTOCOLO NÚMERO:

SCRIPT DE APRESENTAÇÃO

- *Olá, bom dia (tarde), qual o nome do senhor (senhora)?*
- *Estamos realizando uma pesquisa sobre a frequência de depressão e outros problemas emocionais em idosos moradores de asilos, abrigos e instituições, para obtermos informações que possam no futuro contribuir para ajudar estes idosos. Você gostaria de participar de nossa pesquisa?*
 - **Se NÃO:** Agradeça e explique que a negativa não o prejudicará em nada dentro da instituição.
 - **Se SIM:** Muito obrigado por sua participação, como gostaria de ser chamado? Por você ou senhor?

INSPEÇÃO DE CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

O prosseguimento da entrevista dependerá da não existência dos seguintes fatores:

1- AFASIA E/OU TRANSTORNOS DE LINGUAGEM QUE IMPOSSIBILITEM A ENTREVISTA ()

Sim () Não

2 () DISTÚRBIOS DE AUDIÇÃO OU VISÃO QUE COMPROMETAM A ENTREVISTA

ITENS UM E DOIS NEGATIVOS: INICIAR ENTREVISTA

- *Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal. Sua participação só poderá ocorrer após consentimento assinado deste termo de orientação. Gostaria de lê-lo ou que eu lesse para você?*
- *Muito obrigado.*

Se o participante ou responsável assinar o termo, iniciar a pesquisa.

Nome (letra forma): _____

ENTREVISTA

Sr(a). _____, quantos anos o(a) senhor(a) / você tem?

Gostaríamos de saber sobre seu estudo. / () Não se aplica.

01) Você O (A) Senhor (a) terminou o primeiro grau?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não | → | Qual a última série cursada com aprovação? |
| <input type="checkbox"/> Sim (item 2) | | <input type="checkbox"/> 1ª série <input type="checkbox"/> 5ª série
<input type="checkbox"/> 2ª série <input type="checkbox"/> 6ª série
<input type="checkbox"/> 3ª série <input type="checkbox"/> 7ª série
<input type="checkbox"/> 4ª série <input type="checkbox"/> 8ª série |

02) Qual seu grau de instrução?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1º grau completo | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto | <input type="checkbox"/> Superior completo |
| <input type="checkbox"/> 2º grau completo | |

Qual o seu estado civil? O senhor(a)/ você é: / () Não se aplica.

- Viúvo(a)
- Casado(a)
- Solteiro(a)
- Separado(a)
- Tem relação estável (amasiado, mora junto)

Quanto à religião, como você se considera? / () Não se aplica.

- Católico(a)
- Evangélico(a)
- Espírita
- Sem religião
- outros _____

VISITAS FAMILIARES

Você recebe visitas de seus familiares? / () Não se aplica.

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não | | |
| <input type="checkbox"/> Sim | → | Com que frequência? |
| | | () toda semana, quantas vezes _____ |
| | | () todo mês, quantas vezes _____ |
| | | () todo ano, quantas vezes _____ |

Agora, gostaríamos de saber um pouco sobre os seus hábitos de vida.

TABAGISMO

01. Você é ou já foi fumante, ou seja, já fumou pelo menos 100 cigarros (cinco maços de cigarros) ao longo da sua vida? <input type="checkbox"/> Não \longrightarrow <i>Se não, passar para uso de álcool</i> <input type="checkbox"/> Sim
02. Com que idade você começou a fumar? _ _ anos de idade
03. Você fuma cigarros atualmente? <input type="checkbox"/> Não \longrightarrow Com que idade você parou de fumar? _ _ anos <input type="checkbox"/> Sim

USO DE ÁLCOOL

O(a) Sr(a) já consumiu bebidas alcoólicas?

Sim

Não \longrightarrow

Se NÃO, vá para o próximo assunto, atividade física.

Atualmente o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?

Sim

Não \longrightarrow Há quanto tempo o sr.(a) parou de consumir bebidas alcoólicas?

Menos de 1 ano

Entre 1 a 2 anos

Há mais de 2 anos

O(a) sr.(a) parou de consumir bebidas alcoólicas por motivos de saúde?

Sim

Não

O(a) sr.(a) parou de consumir bebidas alcoólicas por conselho de um médico (ou outro profissional de saúde)?

Sim

Não

Se sim (respostas sim ou não):

C - Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

A - As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

G - O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?

E - O Sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

ATIVIDADE FÍSICA

Gostaríamos de saber se o senhor(a) faz alguma atividade física, dentro ou fora da instituição:

<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	—————→ Com que frequência?
↓	<input type="checkbox"/> todos os dias
O que o(a) senhor(a) faz?	<input type="checkbox"/> 3 a 5 vezes por semana
() caminhada	<input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes por semana
() jardinagem	<input type="checkbox"/> pelo menos uma vez por mês
() outros _____	

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre como tem se sentido:

Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15)

(Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas)

Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim NÃO
Você se aborrece com frequência?	SIM Não
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	SIM Não
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM Não
Você sente que sua situação não tem saída?	SIM Não
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	SIM Não
Você acha que sua situação é sem esperanças?	SIM Não
Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim NÃO
Você sente que sua vida está vazia?	SIM Não
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	SIM Não
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	SIM Não
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	SIM Não
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim NÃO
Você se sente cheio de energia?	Sim NÃO
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim NÃO

Agora vamos fazer um teste para ver sua memória.

Não se preocupe, não há respostas certas ou erradas. Cada um responde do seu jeito.

MEEM

1. Orientação (1 ponto para cada resposta correta)

Em que dia do mês estamos? _____	Em que local estamos? _____
Em que mês estamos? _____	Em que andar ou local específico estamos? _____
Em que ano estamos? _____	Em que bairro ou nome de rua próxima? _____
Em que dia da semana estamos? _____	Em que cidade vive? _____
Em que semestre/Hora aproximada estamos/são? _____	Em que estado estamos? _____
Nota: _____	Nota: _____

2. Repetição (contar 1 ponto para cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor". Certifique que o paciente realmente memorizou as palavras.

Gelo _____ Leão _____ Planta _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto para cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

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

LOGO: subtrair $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$

Ou soletrar inversamente a palavra MUNDO = ODNUM

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto para cada resposta correta.)

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

Gelo _____ Leão _____ Planta _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto para cada resposta correta)

"Como se chama isto?" Mostrar os objetos:

Relógio _____ Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha no chão"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____ Dobra ao meio _____ Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

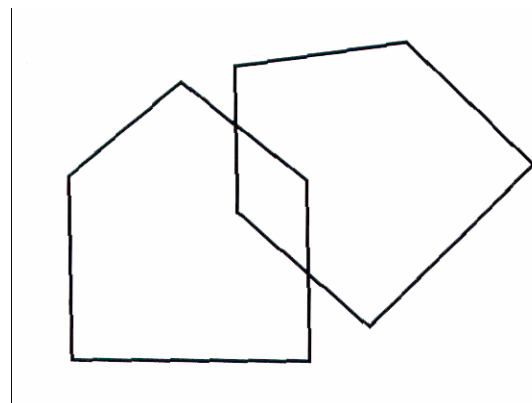
Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Ela deve ter começo, meio e fim.

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

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



Cópia:

Total: _____

DADOS OBTIDOS COM O CUIDADOR

Índice de Pfeffer

Avaliação das Atividades de Vida Diária, segundo Pfeffer

0. Normal 0. Nunca o fez, mas poderia fazê-lo
 1. Faz, com dificuldade 1. Nunca o fez e agora teria dificuldade
 2. Necessita de ajuda
 3. Não é capaz

Ele (Ela) é capaz de preparar uma comida?

Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?

Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?

Ele (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho?

Ele (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?

Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?

Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos, familiares, feriados?

Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

Ele (Ela) pode ser deixado (a) em casa sozinho (a) de forma segura?

0. Normal 0. Nunca ficou, mas poderia ficar agora
 1. Sim, com precauções 1. Nunca ficou e agora teria dificuldade
 2. Sim, por curtos períodos
 3. Não poderia

PONTUAÇÃO:

ESCALA DE AVD's BÁSICAS

Índice de Katz – Escala da atividade da vida diária

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	()	()
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.	()	()
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).	()	()
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	()	()
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (“sem acidentes ocasionais”).	()	()
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	()	()

DADOS OBTIDOS NA INSTITUIÇÃO

Nome: _____

Equipe:

Profissionais de que a instituição dispõe:

Médico clínico: S ____ N ____

Médico especialista: S ____ N ____

Enfermeiro: S ____ N ____

Técnicos de enfermagem: S ____ N ____ (Nº ____)

Terapeuta ocupacional: S ____ N ____

Fisioterapeuta: S ____ N ____

Fonoaudiólogo: S ____ N ____

Psicólogo: S ____ N ____

Assistente social: S ____ N ____

Quantidade total de cuidadores: Nº ____

Estrutura física:

Total de quartos: Nº ____

Total de leitos: Nº ____

Leitos por quarto: Nº ____

Total de banheiros: Nº ____

Banheiros por quarto: Nº ____

Janelas no quarto: S ____ N ____

Frequência da faxina: ____ / semana

Quantidade de faxineiros: Nº ____

Presença de refeitório: S ____ N ____

Presença de área de convívio: S ____ N ____

Presença de jardim: S ____ N ____

Presença de área de lazer (sala de TV, de jogos ou outra): S ____ N ____

Presença de área para caminhada: S ____ N ____

Atividades fora da instituição: S ____ N ____

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM BELO HORIZONTE

CONVIDAMOS O SRº / SRª _____
PARA PARTICIPAR DE NOSSA PESQUISA.

A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA

Introdução: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a **pesquisa**. Esta declaração descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e riscos do estudo, e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento.

Objetivo da Pesquisa: O objetivo desta pesquisa é saber a quantidade de idosos com problemas mentais (como depressão, ansiedade, psicoses) entre idosos moradores de asilos, casas de apoio e abrigos da cidade de Belo Horizonte. Dizemos que uma pessoa tem um problema mental quando ela apresenta tristeza, diminuição do ânimo, esquecimento, agitação, confusão mental e outras queixas. As informações obtidas poderão ajudar a melhorar o atendimento dos idosos com problemas mentais. Além disso, o médico responsável pelo idoso será informado, para que possa iniciar o tratamento.

Resumo da Pesquisa: Os transtornos psiquiátricos (doenças mentais) são doenças que trazem sérios prejuízos aos pacientes. O conhecimento científico atual mostra que é grande o número de indivíduos com estes problemas em instituições como asilos e casas de apoio. Entretanto, em Belo Horizonte ainda não existem estudos que possam ajudar no melhor conhecimento da doença. Este estudo servirá para ajudar a conhecer e melhorar a condição de saúde dos idosos em nossa região.

Procedimentos da Pesquisa: Um profissional de saúde irá até o local em que você mora.

Caso você concorde, ele irá obter informações gerais sobre você (idade, sexo, escolaridade, situação trabalhista, religião, dentre outras), além de um questionário sobre sintomas habituais de depressão, para termos certeza se você está ou não com depressão.

Quem pode participar? Indivíduos idosos (com 60 anos ou mais) das moradias participantes que queiram participar voluntariamente da pesquisa.

Benefícios em participar: Esta pesquisa poderá ter o benefício de detectar a presença de doenças mentais e se houver necessidade de tratamento especializado, você será encaminhado e orientado para que tome as devidas providências. Ao participar você também estará contribuindo com informações para que outros idosos sejam ajudados futuramente.

Confidencialidade: As informações de sua participação neste estudo serão mantidas em segredo e estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. Apenas os pesquisadores poderão verificar e ter acesso aos dados confidenciais que o identificam

pelo nome. A publicação dos resultados não terá nome ou qualquer possibilidade de identificação do participante da pesquisa.

Desligamento da Pesquisa: A sua participação é voluntária. Você pode recusar ou desistir de participar e isto não lhe trará penalidades, perda de benefícios ou interrupção de um tratamento médico que você esteja fazendo.

Esclarecimentos: *você poderá solicitar qualquer esclarecimento antes e durante a pesquisa aos pesquisadores.*

Liberdade de participação: você poderá recusar ou retirar este consentimento a qualquer momento.

Há compensação em participar? Você não receberá qualquer bem, quantia em dinheiro ou indenização por sua participação.

Emergência / contato com a Comissão de Ética: Durante o estudo, se você tiver qualquer dúvida ou apresentar qualquer problema médico, contate o Dr. Leonardo nos telefones (31)9998-5115 ou (31)3586-6225 ou Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP): (31)3409-4592 e 3409-4027. Se você preferir poderá ir pessoalmente ou escrever para a COEP no endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha da UFMG, Belo Horizonte, MG, CEP 31270-901

Termo de Aceitação (consentimento) de Sua Participação

Li e entendi as informações precedentes. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o meu consentimento (aceitação) para participar do estudo, até que eu decida o contrário.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do paciente _____

Assinatura da testemunha _____

Assinatura do pesquisador _____

ANEXO**Anexo A - Aprovação do Projeto de Pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (documento digitalizado)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 595/07

Interessado(a): Profa. Valéria Maria de Azeredo Passos
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 02 de julho de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Prevalência de depressão em idosos institucionalizados na região metropolitana de Belo Horizonte**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is positioned above the printed name of the coordinator.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG