

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

JOEL PEREIRA DO MONTE NETO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS QUE
APRESENTAM SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM UM INSTITUTO DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ-RN

2017

JOEL PEREIRA DO MONTE NETO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS QUE
APRESENTAM SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM UM INSTITUTO DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Faculdade Nova
Esperança de Mossoró como requisito parcial
para obtenção de grau de Bacharelado em
Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ma. Sarah Azevêdo
Rodrigues Cabral

MOSSORÓ-RN

2017

JOEL PEREIRA DO MONTE NETO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS QUE
APRESENTAM SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM UM INSTITUTO DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN como exigência
parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

PROFESSORA Ms. SARAH AZEVÊDO RODRIGUES CABRAL (FACENE/RN)

ORIENTADORA

PROFESSORA Enf^ª. Ms. RÚBIA MARA MAIA FEITOSA (FACENE/RN)

COORIENTADORA

PROFESSORA Enf^ª. Esp. LIVIA HELENA MORAIS DE FREITAS (FACENE/RN)

MEMBRO

Dedico este sonho a Deus e a quem sempre esteve junto a mim em toda minha vida, ao meu Pai Francisco Joacir, minha Mãe Yone Ramos, minha avó e segunda mãe Maria Gorete e meus irmãos João Gabriel e Yasmin Ingrid.

AGRADECIMENTOS

O muito que aqui eu falar, será pouco referente ao tamanho da minha gratidão para com Deus em primeiro lugar e aos familiares e amigos que tanto me ajudaram nessa caminhada.

Agradeço aos meus pais e meus irmãos pela dedicação da parte de cada um que não somaram esforços para que esse objetivo tivesse a melhor conclusão perante todos os problemas enfrentados por nós nesses anos de curso.

Agradeço a minha família materna por sempre me apoiarem, principalmente a Vó Maria Gorete (Mamãe), Meu Vô Moacir Ramos (Papai), Tia Delza Ramos, Tia Diane Ramos, Tio Alonço Ramos e minha tia “Torta” Jacqueline Franco, que mesmo de longe sonharam e somaram junto a mim ao longo dessa grande jornada.

Aos meus primos e sobrinhos “Tortos” Ricardo Vinicius, Agatha Emilly e Ana Clara, que sempre sonharam e me deram forças nos momentos difíceis, essa vitória também é de vocês, se preparem, também passarão por isso muito em breve, vou puxar a orelha de vocês.

A minha saudosa turma, todo amor do mundo para com todos, com vocês eu cresci, aprendi a viver e ser feliz durante toda a vida acadêmica lembrarei-me de vocês com muito carinho, cada um tem minha admiração.

Não teria como não citar algumas pessoas que no início, meio e fim dessa caminhada compartilharam comigo momentos mais do que especiais, como Ana Adelly, Elizabeth Ingrid, Luana Jackele “Boca de Fogo” e Vanessa Gurgel sempre me ajudando como pôde e também puxando minha orelha, muito obrigado por tudo, nosso grupo de todos os trabalhos será sempre lembrando com imenso carinho e saudade de nossas apresentações e improvisos que sempre deram certo.

Aos meus amigos que sempre estiveram junto a mim, me estimulando e acreditando nos meus sonhos, Pedro Lucas, Cleyson Bezerra, William Fernandes, João Luiz, Paulo Igor, Josemar Gomes e William Cabral vocês também foram essenciais para que eu pudesse chegar até aqui, meu muito obrigado a cada um de vocês.

Agradeço a todos os funcionários da academia, pela recepção, amizade, companheirismo, pelas ajudas e pelos ensinamentos, do setor administrativo a aos laboratórios, muito obrigado. A minha banca, como membro Livia Helena e Rúbia Mara, em especial a minha orientadora Sarah Azêvedo Cabral pela paciência e pulso na hora de conduzir-me na fase final desse projeto, muito obrigado por tudo, sempre serão lembrados.

“Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante”.

Augusto Branco

RESUMO

Os sinais e sintomas depressivos possuem íntima relação com a institucionalização de idosos, o que envolve uma relevância nos casos encontrados em ILPI's em todo Brasil e em quase todas as partes do mundo. Com isto a saúde pública enfrenta mais um desafio o de controlar o aparecimento de quadros depressivos graves em meio aos idosos institucionalizados. O estudo teve como objetivo geral caracterizar o perfil do idoso institucionalizado que apresentem sinais e sintomas depressivos em uma instituição de longa permanência para idosos em Mossoró-RN. O estudo é uma pesquisa descritiva retrospectiva de abordagem quantitativa e documental. A amostra da pesquisa analisou informações colhidas de 50 prontuários de idosos que apresentam sinais e sintomas depressivos que estão institucionalizados no abrigo para idosos. A pesquisa ocorreu no Instituto Amantino Câmara, localizado no município de Mossoró/RN. O instrumento de coleta de dados foi o próprio prontuário, no qual a variável dependente foi o desenvolvimento de sinais e sintomas depressivos. Como variáveis independentes: idade, motivo de internação, diagnóstico médico, proveniência, gênero, renda, estado civil, doenças correlacionadas, sintomas depressivos e frequência de visita. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e transferidos para o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0. Posteriormente, os mesmos foram analisados à luz da literatura pertinente. A análise foi contemplada a partir de informações encontradas nos referidos prontuários do abrigo para idosos em Mossoró/RN, referência no atendimento de idosos sem condições do autocuidado. As tabelas mostram que, a faixa etária mais comum de idade acometida por sintomas depressivos mais de 80 anos com 48%. O sexo feminino é mais acometido que o sexo masculino, ocupando 76% da relação e o masculino 24%. 76% dos prontuários analisados revelam que os idosos foram institucionalizados porque não tinham responsáveis para cuidar. De acordo com a pesquisa, constatou-se que em 44% dos prontuários, os cidadãos eram solteiros. 60 % vieram a instituição proveniente da queda de familiares. 42% tem diagnóstico médico fechado de pacientes psiquiátricos. 72% tem como doença correlacionada a hipertensão arterial. 32% apresentam-se como torporoso. 44% mostra-se com comunicação de fala de forma arrastada. 82% consistem em apresentar anedonia diariamente e que 56% não recebem visita de familiares com frequência.

Palavras-chave: Institucionalização. Depressão. Idoso.

ABSTRACT

Depressive signs and symptoms are closely related to the institutionalization of the elderly, which is of relevance in cases found in ILPI's throughout Brazil and in almost all parts of the world. With this, public health faces a further challenge of controlling the appearance of severe depressive disorders among the institutionalized elderly. The study aimed to characterize the profile of the institutionalized elderly with depressive signs and symptoms in a long-stay institution for the elderly in Mossoró-RN. The study is a retrospective descriptive research of quantitative, analytical and documentary approach. The research sample analyzed information collected from 50 medical records of the elderly with depressive signs and symptoms that are institutionalized in the shelter for the elderly. The research was carried out at Instituto Amantino Câmara, located in the municipality of Mossoró / RN. The instrument of data collection was the medical record itself, in which the dependent variable was the development of depressive signs and symptoms. As independent variables: age, reason for hospitalization, medical diagnosis, provenance, gender, income, marital status, correlated diseases, depressive symptoms and frequency of visitation. The data were tabulated in spreadsheet and transferred to the statistical program SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 23.0. Subsequently, they were analyzed in light of the relevant literature. The analysis was based on information found in the records of the shelter for the elderly in Mossoró / RN, a reference in the care of the elderly without self-care conditions. The tables show that the most common age group affected by depressive symptoms over 80 years with 48%. The female sex is more affected than the male sex, occupying 76% of the relation and the male 24%. 76% of the charts analyzed reveal that the elderly were institutionalized because they had no caregivers. According to the survey, it was found that in 44% of medical records, citizens were single. 60% came from each institution. 42% have a closed medical diagnosis of psychiatric patients. 72% have a disease related to hypertension. 32% present themselves as torporous. 44% shows with speech communication in a dragged form. 82% consist of presenting anhedonia daily and 56% do not receive family visits frequently.

Keywords: Institutionalization. Depression. Old man.

LISTA DOS GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 1: Gênero, situação conjugal e idade dos institucionalizados que apresentam sinais e sintomas depressivos	28
Gráfico 1: Motivo o qual o idoso veio a ser institucionalizado.....	31
Tabela 2: Valores de frequência simples e porcentagem diagnóstico médico	33
Tabela 3: Doenças correlacionadas a história clínica do institucionalizado.....	35
Tabela 4: O grau de dependências para atividades diárias	36
Tabela 5: A comunicação, vícios, sinais e sintomas depressivos	38
Tabela 6: O Descanso diuturno, visita de familiares e comportamento com os demais internos.	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Problematização	12
1.2 Justificativa.....	12
1.3 Hipótese.....	13
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 Breve histórico de depressão	15
3.2 Depressão	16
3.3 Sinais e sintomas da depressão.....	19
3.4 Tipos de depressão	20
3.5 Depressão no idoso institucionalizado	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Local da pesquisa	23
4.3 População e amostra	24
4.4 Instrumentos de coleta de dados e informações.....	25

4.5 Procedimento para coleta de dados e informações	25
4.6 Aspectos éticos	26
4.7 Financiamento da pesquisa	27
5 ANÁLISES DOS DADOS.....	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados	50
APÊNDICE B- Justificativa de ausência.....	52
ANEXO I - Certidão.....	54
ANEXO II - Anuência	55
ANEXO III – Autorização para uso de prontuários	56

1. INTRODUÇÃO

Os seres humanos, ocasionalmente, podem se deparar com sensações de sentimentos negativos como a tristeza, melancolia, agressividade e irritabilidade. São emoções naturais que todo e qualquer indivíduo pode ser afetado se tratando de doenças comportamentais e da mente, podendo ser ocasionada por motivos de ordem atípica, genética, comportamental, proveniente de doenças secundárias e de ordem ansiogênica; provocando na sua plenitude o desequilíbrio emocional de cada indivíduo (BAGGIO, 2008).

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado (DSM V, 2014).

De acordo com (GIAVONI *ET AL.*, 2008) a depressão é assinalada como o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e de outras atividades da vida cotidiana, sendo responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano . É considerada a enfermidade mental de maior prevalência em nível mundial e estima-se que em 2020 será a segunda causa global de incapacidade (GONZÁLEZ *ET AL.*, 2010).

Quanto à etiologia, ainda não encontra-se devidamente esclarecida, entretanto, os sintomas da doença apresentam-se muito evidentes, pois causam alterações em quatro dimensões do comportamento do indivíduo, ou seja: afetiva, comportamental, cognitiva e fisiológica (ROSA et al, 2012).

Do ponto de vista neurofisiológico, a depressão é caracterizada por uma alteração bioquímica no cérebro, causada por déficit no metabolismo de serotonina, considerada o principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar do indivíduo (GALHARDO, MARIOSIA & TAKATA, 2010).

Não é raro o fato de que a depressão muitas vezes é confundida com desânimo, preguiça, estresse e mau humor. No entanto, fatores psicológicos, como ansiedade, angústia e medo, são em boa parte dos casos consequências, e não causa, da depressão (Nettina, 2006).

Nos últimos anos, com o envelhecimento populacional a temática do idoso tem ganhado relevância, especialmente pelas doenças apresentadas por esta faixa etária da população, incluindo um elevado número de doenças psiquiátricas, especialmente a depressão (SILVA et al, 2012).

O mesmo autor estima que 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo, e que a depressão seja frequente em idosos hospitalizados (5 a 13%) e institucionalizados (12 a 16%).

Zimerman (2000:108) defende que “A depressão é uma doença que ocorre na criança, no adolescente, no adulto e no velho. A diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias reside no fato de que talvez o velho não tenha tanto apoio e motivação para sair dela. As depressões na velhice são quase sempre ligadas as perdas, doenças, carências e aspectos sociais.”

1.1 Problematização

As Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPI's) estão devidamente preparadas para prevenir que idoso institucionalizado não venha desenvolver sinais e sintomas depressivos?

1.2 JUSTIFICATIVA

O tema proposto surgiu em decorrência de atividades acadêmicas da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental; Geriatria e Gerontologia no Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e INSTITUTO AMANTINO CÂMARA.

Ao realizar um estudo situacional da área pôde-se perceber a importância de uma atenção maior por parte dos profissionais aos idosos institucionalizados, onde muitas vezes são afastados e abandonados por familiares e tendem a desenvolver quadros graves de depressão.

Nessa perspectiva é de extrema importância a necessidade de um trabalho com os idosos institucionalizados com essa patologia, pois ficam, muitas vezes, isolados, abandonados sem tratamento adequado.

A pesquisa é relevante para a academia, profissionais de saúde, familiares e

portadores de depressão, pois é uma patologia grave que tem a necessidade de ser tratada e não ignorada como doença, para que gerações futuras não sejam acometidas com quadros severos de depressão.

Mediante a relevância do tema, existe uma necessidade cada vez maior de aprofundar a proposta do trabalho, para que novos conhecimentos venham a colaborar com os profissionais de saúde da ILPI e familiares em prol de amenizar o quadro de sintomas depressivos apresentado pelo institucionalizado.

1.3 Hipótese

É sabido que os idosos desenvolvem sentimento de rejeição, menos valia quando adentram nas instituições, passando a desenvolver sintomas depressivos e evoluindo para quadros graves da patologia, sendo de grande importância a participação dos profissionais de saúde e da família para reverter tal quadro. Acredita-se que a equipe de saúde juntamente com a família do institucionalizado, necessita dedicar um maior enfoque ao tratamento do idoso portador de depressão.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

-Descrever o perfil dos idosos institucionalizados que apresentam sintomas depressivos, no Instituto Amantino Câmara Mossoró-RN.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico do idoso institucionalizado;
- Verificar sinais e sintomas depressivos no idoso institucionalizado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve histórico da depressão

A depressão tem sua origem quanto ao seu termo no Ocidente. Pode ser definida como um transtorno que afeta o caráter, a abstenção quanto à vontade por determinadas coisas ou a própria fraqueza ao executar determinadas ações. Em detrimento a esses aspectos, muitas pessoas se resguardam a esse diagnóstico e adiam seu tratamento (BAGGIO, 2004).

Muitos teóricos voltados para o estudo da depressão são bastante enfáticos ao declarar que a depressão já é considerada um problema de saúde pública do século. Segundo dados da OMS, cerca de 12% a 15% de toda população adulta teve ou terá histórico de depressão grau severo e com tendência a um tratamento (INÁCIO, 2008).

Estudar a história da depressão e conhecer detalhadamente essa patologia requer um conhecimento minucioso acerca do ser humano. São pontos que merecem destaque ao serem analisados, como perspectivas científicas, filosóficas e poéticas. Para tanto, vale salientar que os grandes estudiosos e pensadores eram matemáticos, filósofos, médicos e outras especialidades (GONÇALVES, MACHADO, 2007).

Segundo Abreu (2006), para um bom entendimento a respeito das alterações comportamentais, estudos são necessários no que se refere aos sentimentos e como os mesmos foram explorados ao longo de uma vida. Uma pesquisa se faz necessário para elencar os possíveis eventos que antecederam os comportamentos de caráter depressivo (CARDOSO, 2011).

Os países com renda alta têm 14,6% de pessoas deprimidas, contra 11% nos países pobres. São Paulo conta com 18% de pessoas com essa patologia. No Brasil, o índice se acentua com grande significância na área urbana devido ao estresse em razão da grande violência que se mostra nos grandes centros urbanos. A desigualdade é bastante acentuada e o índice que é apontado fica em torno de 18% desse transtorno psiquiátrico, enquanto que no Japão, esse percentual cai para 6% de deprimidos (GARCIA, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no que se refere à Classificação Estatística Internacional relacionado às doenças e problemas mentais, houve uma atual

revisão quanto à sigla do CID-11 e DSM V, fazendo parte em um capítulo exclusivo os distúrbios mentais e do comportamento, apresentando diferenças significativas quanto a ambas. Enquanto o CID-11 é o mais utilizado em resultados clínicos, o DSM-V é utilizado em pesquisas (AMORIM,2014).

Calcula-se que até o ano de 2020, essa doença será a segunda incapacidade em todo mundo, perdendo apenas para patologias como doenças do coração e isquemia. A depressão não escolhe gênero, classe social, idade ou faixa etária. Alguns especialistas relatam e apontam que 80% dos pacientes são mulheres e 20% homens (ALMEIDA, 2009).

3.2 Depressão

A depressão como sendo um transtorno que apresenta uma baixa queda quanto à energia para trabalhos rotineiros, uma tristeza com longa duração, apresentação de irritabilidade, uma ausência de prazer em diversos e diversos sentimentos negativos como a culpa e o desinteresse por coisas que antes lhe dava prazer, vem preocupando estudiosos no assunto da depressão de maneira que os resultados descobertos programam à maneira de tratamento por parte dos familiares (INÁCIO, 2008).

A depressão pode ser causada por uma combinação de fatores tais como: desequilíbrio químico no cérebro, herança genética, características psicológicas e situações emocionais estressantes. Muitas pessoas não procuram tratamento porque ficam constrangidas ou pensam que vão superar sozinho o problema. Ainda existe uma crença de que a depressão é uma ‘característica de pessoas frágeis’. O tratamento com medicamentos associados à psicoterapia pode ajudar muito (DALGALARRONDO, 2000, p.190 apud INACIO, 2008, p.9).

A depressão tem uma associação em comum com as conformidades que a sociedade apresenta, onde muitas pessoas se depararam com a incapacidade social ao tentar seu ingresso no convívio social, assim como na saúde e demais serviços prestados pelo Estado. São atendimentos que deixam a desejar por parte da saúde pública atual. Embora muitos profissionais não estejam preparados para lidar com pacientes depressivos (TRENTINI, 2011).

O preconceito ainda se encontra bastante acentuado quanto aos indivíduos depressivos, onde são rotulados de preguiçosos, desinteressados e todos os defeitos que aparenta um acometido de patologias da mente que todos necessitam um tratamento adequado, começando pela atenção e respeito (INACIO, 2008).

Pode ser considerada como um transtorno psiquiátrico geralmente não raro, com incidência em toda a esfera global e que se caracteriza como um grande problema de saúde pública. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), um paciente acometido de problemas depressivos se torna mais grave em seu quadro, quantas outras patologias, como hipertensão, diabetes e muitas dores crônicas (ALMEIDA, 2009).

Definida como palavra que pode expressar uma série de sentimentos negativos e tristes. A depressão se diferencia da tristeza, mau humor e estresse, justamente porque nesse período o paciente se torna triste por fatores e causas conhecidas, por um período de duração, enquanto que a depressão envolve em algumas circunstâncias de sentimentos, com longa duração e que podem estar associados a uma angústia profunda. Para tanto, muitos psiquiatras costumam colocar em evidencia que tanto a depressão quanto a tristeza diferem uma da outra (GOMES, 2013).

Segundo Baggio (2004) a depressão é uma doença que merece toda atenção e que seu índice tende a aumentar progressivamente nos próximos anos. Para Cecil (2001 apud BAGGIO, 2004) essa patologia é o termo utilizado para expressar o estado de ânimo ao qual a pessoa se depara estando triste ou melancólica. É uma resposta a tudo que é absorvido de negativo durante a vida do ser humano, sejam problemas, perdas ou situações de conflito familiar. São reações emocionais expressas ao ponto de resposta do organismo quando o acúmulo no mesmo se encontra sobrecarregado.

A importância que se tem quanto a este estudo, consiste no cuidado e atenção que se deve quanto à depressão que vem alcançando, atualmente, um alto patamar, inquietando os estudiosos deste assunto, mais precisamente a preocupação em chamar essa patologia “mal do século” (AMORIM, 2014)

A terminologia depressão é uma das mais usadas nos dias atuais por toda sociedade. O seu uso pode ser proferido em situações onde o ser humano apresente sintomas que sejam característicos dessa patologia. Na maioria das vezes as pessoas utilizam esse termo e não sabe ao certo seu real significado (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Dessa forma, na maioria dos casos, o sentimento de luto ou tristeza é considerado uma manifestação natural do ser humano em momentos de transição, especificamente em período de crescimento, amadurecimento em pensar como a vida pode ser analisada por diversos ângulos e diante das expectativas de vida quando surgem novas oportunidades (ALMEIDA, 2009).

Segundo Calábria e Calábria (2005), a depressão é uma das patologias que afeta a mente, bastante frequente nos dias atuais devido ao fato de que a rotina do ser humano está bastante agitada e há um desequilíbrio em organizar as atividades do campo profissional e pessoal.

A depressão em si ou algum tipo de transtorno mental quando se apresenta de maneira intensa pode ser considerada uma patologia psíquica severa e que acarreta sintomas como diminuição da cognição, fadiga, anedonia, apresentando déficit em diversas áreas da vida que impossibilitam as execuções diárias das funções de um depressivo (TADOKORO, 2012).

A depressão é uma patologia que afeta o corpo em diversos aspectos, compromete o humor e chega a modificar o pensamento. São modificações perceptíveis que descontrola a alimentação e o relógio biológico do sono, transformando os conceitos de si próprio e das demais pessoas que estejam inseridas no convívio (INÁCIO, 2008).

Para muitas pessoas que estudam ou se interessam pelo comportamento humano, enfatizam que tanto a genética, a história de vida e os acontecimentos atuais da vida podem determinar uma possível depressão. Para tanto, faz-se necessário uma análise no que se referem aos acontecimentos no contexto de vivência, muitos deixam de receber estímulo são levados a assumir uma postura de repressão e abandono (TAVARES, 2005).

3.3 Sinais e sintomas da depressão

De acordo com Balone (2006), os três sintomas depressivos básicos que dão origem a múltiplas manifestações desta alteração afetiva são o sofrimento moral, a inibição global e o estreitamento vivencial. Outros sintomas de doenças depressivos podem ser o desânimo, a insônia, a apatia, a tristeza, a falta de apetite, a falta de vontade de fazer as coisas mais simples do cotidiano e anedonia.

O mesmo autor refere ainda que as perturbações mais presentes nos distúrbios afetivos das pessoas idosas são os sintomas somáticos ou vegetativos da depressão. As queixas físicas, com distúrbios do sono, insônias ou mais vontade de dormir, são os primeiros sinais de depressão.

O paciente expressa uma lentidão quanto aos seus pensamentos que, antes, as conclusões acerca de assuntos eram tidas como fácil de solucionar. Há uma grande diferença entre a tristeza e a depressão, partindo dessa perspectiva o motivo pelo qual muitos depressivos não procuram ajuda por pensarem que se trata de uma tristeza profunda ou uma fase ruim que está enfrentando em sua vida. Piorando assim, cada vez mais seu quadro da doença (ALMEIDA, 2009).

A depressão pode variar de pessoa para pessoa, mas podem ocorrer sinais e sintomas que geralmente são comuns a um depressivo. É importante ressaltar que muitos sinais que fazem parte de uma depressão podem ser algumas dificuldades normais da vida do ser humano. Logo, à medida que esses sintomas forem se intensificando, prejudicando e atrapalhando as ações diárias, é chegada a hora de procurar ajuda de um especialista (GRANGEIRO, 2011).

Alguns sintomas depressivos são descritos a seguir, que podem ser de natureza física ou psíquica. PEREIRA (2010) aponta os mais comuns:

Sintomas psíquicos:

- Humor triste, falta de prazer com a vida, sensação de falta de valor;
- Sensação de solidão, sentimento de abandono, vontade de estar sozinha, ausência de momentos de alegria, sensibilidade interpessoal à rejeição;

- Indecisão, ansiedade, falta de concentração, hipervigilância, agitação, antecipação do perigo, opressão no peito, irritação, alucinações;
- Lentidão, preocupação excessiva, desesperança, culpa;
- Ideação suicida passiva, ilusões hipocondríacas, ideação suicida ativa.

Sintomas físicos:

- Choro fácil, perda de apetite/perda de peso, aumento de apetite;
- Cansaço generalizado, cansaço nos membros;
- Diminuição do interesse sexual;
- Dificuldades de sono, dormir demasiado;
- Impressão de cabeça oca, dores de cabeça, tonturas;
- Dores abdominais, dores lombares, mal-estar generalizado.

3.4 Tipos de depressão

De acordo com Breton (2002), até há muito pouco tempo, a depressão era classificada como reativa ou como endógena. Acreditava-se que a depressão reativa seria causada por um determinado acontecimento na vida de uma pessoa. Por outro lado, a depressão endógena era o tipo de depressão que se abatia sobre uma pessoa por nenhuma razão óbvia, uma vez que tanto quanto uma pessoa conseguia lembrar-se, não tinha nada que a pudesse deprimir.

Atualmente, segundo a mesma autora, temos depressões unipolares e bipolares. As pessoas deprimidas que passam por essa fase são diagnosticadas como tendo uma depressão bipolar, ou com dois polos.

De acordo com Ballone (2006) embora os fatores biopsicossociais agravantes possam ser associados à diminuição de humor nos idosos, podem gerar confusão no que respeita às características clínicas da depressão nesta faixa etária. O autor refere também que na depressão no idoso os conceitos clássicos de depressão reativa, secundária ou endógena se confundem.

Quadro 1 – Tipos de depressão

DEPRESSÃO REATIVA	Reativa a alguma situação vivencial traumática.	O idoso passa por uma condição existencial problemática e, muitas vezes, sofrível.
DEPRESSÃO SECUNDÁRIA	Secundária a alguma condição orgânica.	O idoso costuma desenvolver estados patológicos e degenerativos que facilitam o desenvolvimento da depressão.
DEPRESSÃO ENDÓGENA	Endógena é constitucional, atrelada à personalidade.	As pessoas com depressão endógena ou constitucional envelhecem e continuam depressivas.

Adaptado de Ballone (2006).

3.5 DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

O envelhecimento é um processo natural e universal que afeta qualquer um no decorrer do ciclo natural de vida. A velhice é uma fase de muitas dificuldades para o idoso, tendo em conta o estereótipo, onde o idoso é desprezado e rejeitado, por perder muitas das suas funções, adquirirem muitas doenças, requerendo assim, muitos cuidados por parte dos seus familiares e da sociedade em geral (PEREIRA, 2010).

O mesmo autor relata que “(...) pelas condições existenciais a depressão do idoso bem que poderia ser de fato, reativa. Poderia igualmente ser secundária às condições físicas do idoso e, finalmente, pelos eventuais antecedentes, poderia ser endógena”.

Na institucionalização, o ambiente limita as funções sociais, através das influências das atribuições de vida. O idoso institucionalizado não precisa, por exemplo, cuidar da casa. Além disso, situações que necessitem de tomadas de decisão são quase que

inexistentes, considerando a própria organização das ILPI's (SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Soares *et al.* (2010) salientam que, por exemplo, o fator institucionalização é, por si só, um fator altamente estressante para o idoso, pois podem ser, para muitos idosos, o ponto de partida para a desestruturação psíquica (SUZUKI, DEMARTINI & SOARES, 2009;).

De acordo com LOPES (2006), os lares públicos e privados são lugares onde as famílias “depositam” os idosos, que são possuidores de uma enorme sensibilidade, memórias, vivências e experiências. Estes idosos vêm-se levados para um espaço que muitas das vezes não foram criados para o efeito e onde permanece a frieza e a apatia. Deste modo, o idoso depois de abandonados pela família resta-lhes esperar pela morte, através dos momentos em que passam fechados nas instituições à espera que o tempo passe.

Ainda mais na velhice do que na juventude, a depressão pode conduzir ao suicídio. A diferença do alto risco suicida neste grupo e nos homens em particular, é a diferença fundamental na depressão entre jovens e velhos, já que nestes a primeira tentativa é geralmente bem sucedida (ROTH, 2000).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo é uma pesquisa descritiva retrospectiva que tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados como questionário e a observação sistemática, de caráter exploratório documental que geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja torna-lo mais explícito, com abordagem quantitativa. Método este que se apropria da análise estatística para o tratamento dos dados. A pesquisa quantitativa pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança (DIEHL, 2004)

O caráter quantitativo remete-se sob a condição de busca e amostragem em banco de dados, tabelas, gráficos e registros, obtendo-se a suposição de análise para as formas estatísticas como critério para o resultado. A estatística define as medidas de correção, dispersão e tendência central, como também de hipóteses e regressão, relacionando-se aos levantamentos (GIL, 2010).

Segundo Hochman et al, 2005, os estudos retrospectivos, são pesquisas feitas a partir de registros passados, seguindo deste momento inicial até o presente momento, sendo essencial que haja credibilidade nos dados e registros a serem analisados, podendo assim garantir um resultado fidedigno.

1

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Mossoró. Este é um município brasileiro situado no interior do estado do Rio Grande do Norte, pertencente a mesorregião do Oeste Potiguar. Ocupa uma área de aproximadamente 2 100 km², sendo o maior município do estado em área, distante 281 quilômetros da capital, Natal. Em 2015 sua população foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 288 162 habitantes, sendo

o segundo mais populoso do Rio Grande do Norte (IBGE, 2015).

Foi realizado um estudo de sinais e sintomas, retrospectivos e descritivos com dados colhidos do prontuário dos cidadãos no período de Agosto de 2015 a Maio de 2017 no Instituto Amantino Câmara no município de Mossoró-RN.

O referido abrigo de idosos Amantino Câmara já existe há aproximadamente 70 anos, fundado em 8 de julho de 1941 pelo primeiro bispo da diocese de Mossoró, Dom Jaime de Barros Câmara, pela necessidade que já existia na época.

O local de realização desta pesquisa foi o Instituto Amantino Câmara em Mossoró, abordando a **Caracterização do perfil de idosos institucionalizados que apresentam sinais e sintomas depressivos em um instituto de longa permanência para idosos em mossoró-rn**

A ILPI está localizada na Av. Wenceslau Brás, Bom Jardim – Mossoró/RN, foi fundado em julho de 1947. Abriga idoso que não tenha condição financeira de auto sustento ou condição familiar/ autocuidado da cidade de Mossoró. A Instituição dispõe hoje do atendimento ambulatorial geriátrico, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, nutrição e enfermagem, no qual o paciente pode ser institucionalizado ou frequentador do espaço.

A escolha do local se deu pelo fato de que a instituição é uma unidade de referência por trabalhar com o público especificado.

4.3 População e amostra

A população foi de idosos que estiverem institucionalizados na ILPI Amantino Câmara durante o período de agosto de 2015 a maio de 2016.

Constituiu direto um estudo quantitativo com o objetivo de estimar o perfil dos idosos que apresentam sinais e sintomas depressivos no referido instituto, no ano de 2015 a 2016.

A amostra aconteceu com 50 prontuários de institucionalizados que contenham as informações como: idade, gênero, religião, renda mensal, motivo da institucionalização.

4.4 Instrumentos de coleta de dados e informações

O instrumento de pesquisa se deu através de um formulário adaptado de Raimondo (2010), com o objetivo de coletar informações importantes frente a temática proposta. Será identificado inicialmente o perfil sócio demográfico e em seguida os sinais e sintomas depressivos apresentados no instituto Amantino Câmara.

4.5 Procedimento para coleta e análise de dados

Os dados que comporão a pesquisa foram extraídos dos prontuários de atendimento, na referida unidade de saúde, através de um instrumento (APENDICE B). Estes dados tiveram o objetivo de obter a caracterização do perfil de pessoas com sinais e sintomas depressivos.

As informações que foram extraídas do prontuário são: idade, gênero, renda mensal, motivo da internação, tempo da internação, doenças correlacionadas, diagnóstico médico e grau de dependência.

Em virtude da ausência de base de dados informatizados aberta à consulta pública e da proibição de levar os prontuários para espaços físicos fora da instituição, à pesquisa ocorreu IN LOCO. Portanto, para o início da coleta, a “Declaração para uso de Arquivos/Prontuários” foi entregue ao (a) diretor (a) da instituição para liberação e acesso aos mesmos. Foram colhidas informações como: idade, renda mensal, condições de moradia, ocupação, motivo da admissão, estado civil, doenças correlacionadas e entre outros dados etc.

Somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE o estudo iniciou a fase de coleta de dados. Este momento foi caracterizado da seguinte forma:

Cada prontuário foi lido em um local tranquilo livre de interrupções, o pesquisador disponibilizou um dia por semana, no horário da manhã e/ou da tarde, para dirigir-se ao setor de arquivamento dos dados. Local que ficam armazenados todos os prontuários das

pessoas que estão na condição de interno, óbito ou evasão, o pesquisador permaneceu no serviço de saúde durante o período máximo de 4 horas, por turno, o registro das informações por meio do instrumento de coleta de dados elaborado para esta finalidade, após um teste piloto para a sua adequação.

Ressalta-se que os pesquisadores serão os únicos responsáveis pela captura dos dados, aplicando o instrumento de coleta de dados.

Após a leitura analítica, os dados obtidos foram agrupados em tabelas e gráficos e a distribuição analisada através de estatística descritiva simples. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica e transferidos para o programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0, os quais foram expressos em frequência simples e porcentagem. Sempre quando necessário as variáveis sofreram transformação do tipo binária.

4.6 Aspectos éticos

Durante a coleta, processamento e análise dos dados obtidos foram obedecidos às prerrogativas da resolução número 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa com seres humanos e a Resolução COFEN, nº 311/2007, que reformula o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), no qual foi aprovada pelo CEP Facene-PB, sob o CAAE nº 54718916.4.0000.5179, protocolo nº 57/2016 e parecer nº 1.512.326.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, como, por exemplo, quebra de sigilo do teor dos prontuários. No entanto, os benefícios foram contribuir para produção de conhecimento acerca dos sinais e sintomas depressivos ocorridos dentro da ILPI associadas as doenças correlacionadas, motivo de internação e visitas de familiares, assim como contribuir na prevenção de quadros mais severos da depressão.

A pesquisa foi totalmente financiada com recursos próprios do pesquisador associado. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requereu, o pesquisador associado teve plena ciência da sua responsabilidade. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de

Mossoró - FACENE/RN responsabilizou-se por disponibilizar recursos como referências bibliográficas contidas na sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

4.7 Financiamento da pesquisa

A pesquisa será financiada com recursos próprios do pesquisador associado. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requerer, o pesquisador associado tem plena ciência da sua responsabilidade. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN se responsabiliza por disponibilizar referências contidas na sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise foi contemplada a partir de informações encontradas em 50 prontuários do Instituto Amantino Câmara em Mossoró/RN referência na institucionalização de idosos. Os dados apresentados reportam-se as informações de cidadãos que apresentam clinicamente sinais e sintomas depressivos. Foram coletadas informações sobre motivo de internação, idade, doenças correlacionadas, sexo, situação conjugal, diagnóstico médico, sinais apresentados, descanso diuturno, relação com os demais internos, comunicação, vícios e por fim grau de dependência para atividades diárias.

Os dados foram digitados e tabulados em planilha eletrônica do programa Microsoft Office Excel 2007, dada a porcentagem devida, sendo posteriormente codificados para a realização das análises.

5.1 Gênero, situação conjugal e idade dos institucionalizados que apresentam sinais e sintomas depressivos.

Os dados apontam que o sexo feminino é mais acometido por sinais e sintomas depressivos que o sexo masculino, ocupando 76% da relação e o feminino 24%. As mulheres se tornam mais propensas devido às atividades diárias enquanto constitui um lar e de mais afetividade levando em conta que permanece mais tempo com os demais familiares.

De acordo com a pesquisa, constatou-se que 44% dos prontuários vistos, os cidadãos eram solteiros, sendo 34% viúvos, 8% casados ou com união consensual e 14% separados/divorciados. O que deu a entender que pessoas solteiras estão mais predispostas a desenvolver algum tipo de sintoma depressivo em meio sua estadia no âmbito institucional.

A tabela 1 também retrata que a faixa etária mais comum entre os cidadãos acometidos por sinais e sintomas depressivos é com idade superior a 80 anos com um total de 48%. Em seguida aparecem os cidadãos incluindo na faixa etária dos 71 a 80 com 32% e 20% correspondente a idade de 60 a 70 anos.

Tabela 1 – Gênero, situação conjugal e idade dos institucionalizados que apresentam sinais e sintomas depressivos.

Variáveis	Freq.	%
Sexo		
Masculino	12	24,0
Feminino	38	76,0
Estado civil		
Solteiro	22	44,0
Casado	04	8,0
Divorciado	07	14,0
Viúvo	17	34,0
Idade (anos)		
60 a 70	10	20,0
71 a 80	16	32,0
Acima de 80	24	48,0
Média (desvio padrão)	81,0 ± 10,0	
Mínimo – Máximo	65,0 – 106,0	

Conforme se verifica, houve uma maior ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos com idade mais avançada 48 % acima de 80 anos e outra relevância foi a faixa etária entre 71 e 80 anos apresentando-se em 32%. Esse achado está em consonância com os dados apresentados por outros estudos (JACOB, 2015). FERNANDES (2010) relata que tal condição resulta do acúmulo de perdas físicas, psicológicas e sociais vivenciadas por estes ao longo da vida

A mesma autora diz que vale advertir que esse significativo diferencial na composição por sexo, verificado no contexto desta investigação, recebe influência, entre outros fatores, da condição de gênero, pois as mulheres, além de estarem mais predispostas às situações ora referidas, elas, ao longo do seu fluxo de vida, dada a questões culturais, são mais expressivas com relação às doenças, têm mais liberdade para chorar e procuram mais frequentemente os serviços de saúde do que os homens.

Além disso, embora as mulheres tenham maior sobrevivência do que os homens experimentam, por um período mais prolongado de vida, doenças crônicas e incapacidades do que eles, o que altera significativamente o seu afeto e as faz mais dependentes de cuidado, não obstante serem tradicionais cuidadoras (PACHECO, 2014).

Canineu (2006) diz que a abordagem epidemiológica aponta para as diferenças entre as taxas de desordens mentais conforme o gênero, sendo as mulheres as que mais sofrem de distúrbios afetivos, principalmente dos sintomas disfóricos ou depressivos, particularmente em zonas urbanas e de baixa renda.

Sem deixar de considerar os possíveis fatores biológicos específicos do gênero feminino, a exemplo das variações hormonais, estudos realizados na perspectiva sociológica chamam a atenção para os “agentes provocadores” da depressão entre as mulheres, especialmente entre as idosas, elencando os seguintes: casamentos insatisfatórios; abandono por parte de seus companheiros; cuidado com parentes incapacitados; relações familiares insatisfatórias; traumas e outros (ALVES, 2012).

O idoso que é solteiro e mora sozinho tem seu suporte e suas trocas sociais reduzidas, aspectos que, de algum modo, podem levá-los a experimentar vazio emocional e solidão. Vale ressaltar que essa realidade passa a ter maior significância quando considerada na perspectiva da equidade das trocas sociais. A simples presença de um contato social, sem nenhum tipo de troca, não reduz os sintomas depressivos (RAMOS, 2015). O mesmo autor relata que, não obstante, um suporte social efetivo, além de ter efeito direto no quadro depressivo, tem a capacidade de modelar os efeitos das perdas materiais e interpessoais.

O evento do luto traz implicações para as múltiplas dimensões do indivíduo, especialmente do idoso. Exige processos adaptativos que, no geral, são acompanhados por tristeza, problemas de saúde, alterações psíquicas, redução das relações interpessoais e outros. Frente a essa realidade, a maioria dos idosos consegue, após certo tempo, se adequar às novas circunstâncias, porém alguns desenvolvem formas patológicas de luto, evidenciadas especialmente por doenças mentais.

Carreira et al (2011), relata que as situações de viuvez ou ainda divorciados são esperadas de se encontrar entre os residentes das instituições de longa permanência, pois, muitas vezes, são encaminhados para tal instituição por não terem condições de continuar sozinhos após a morte ou separação do companheiro. Já a condição de solteiros também os direcionam à institucionalização, quando não mais apresentam condições de residirem sozinhos e não têm filhos para auxiliar nos cuidados, acabam por recorrerem às instituições asilares.

5.2 Motivo pelo qual o idoso veio a ser institucionalizado na ILPI.

O gráfico 1 mostra que os idosos que foram institucionalizados por motivo real em não ter um responsável para cuidar foi de 76%, dando a entender que o distanciamento da esfera domiciliar contribui de forma significativa para que o senil venha desenvolver algum tipo de sintoma depressivo, o gráfico mostra também que por motivo judicial foram internados 8%, por própria vontade e violência doméstica respectivamente 6% e Filho não tem paciência para cuidar 2%.

Gráfico 1- Motivo o qual o idoso veio a ser institucionalizado.

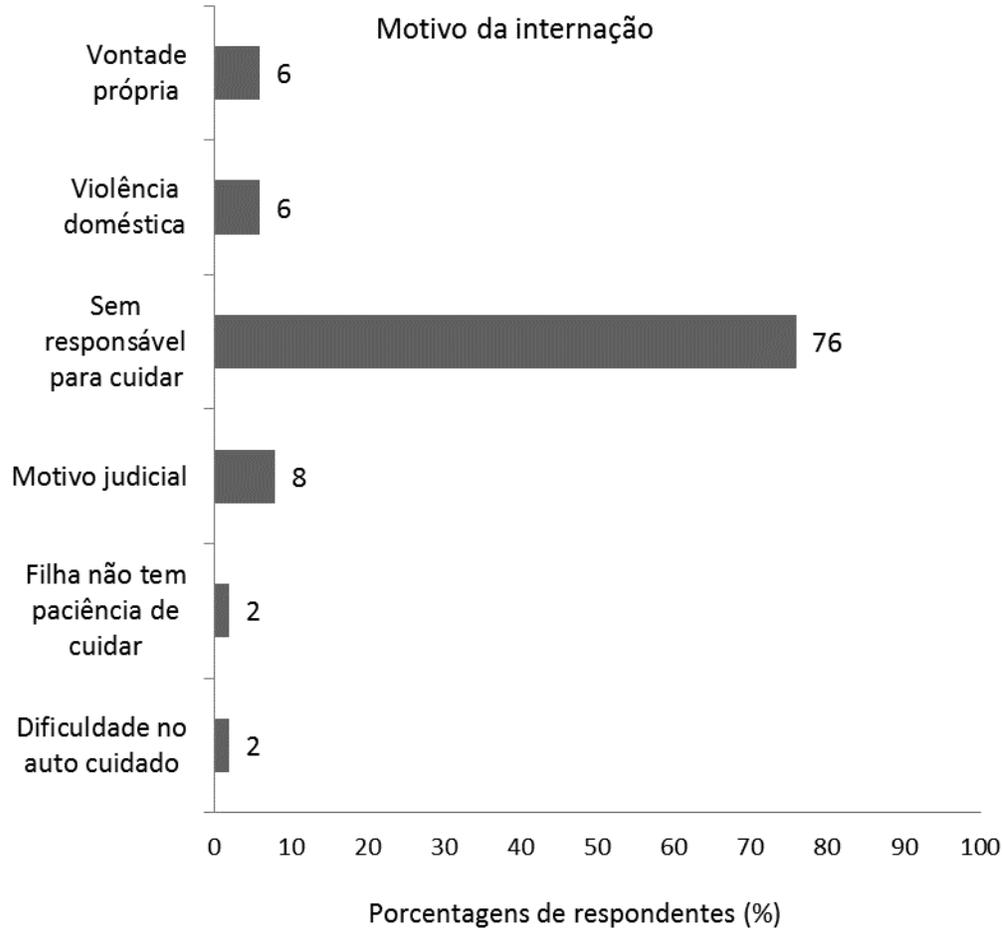


Figura – Distribuição (%) dos pacientes (n=50) de acordo com os motivos de internações na cidade de Mossoró-RN

Com o aumento expressivo de idosos e a falta de estrutura apresentadas pelos familiares no âmbito de cuidar (pertinentes às mudanças na estrutura do lar, como a diminuição da dimensão da família, e um maior fardo individual, por conta dos compromissos de trabalho), tornou-se necessário o surgimento de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que prestarão atendimento integral a idosos cuja atenção familiar ou a permanência destes em seus lares não seja possível (LEAL et al., 2014).

Assim, os familiares optam por colocar seus idosos em Lares de Longa Permanência como uma opção por suas deficiências de cuidado. As ILPI são como moradias que tratam da especialidade geriátrica e suas funções são de promover um

trabalho assistencial geriátrico buscando atender as necessidades individuais de cada interno, proporcionando um método de cuidado continuado (SILVA et al., 2010).

Para os idosos que não têm mais um vínculo com seus familiares ou vêm de famílias com poucas condições financeiras uma boa opção é a busca por esses lares. Este acontecimento pode gerar no idoso um sentimento de exclusão quando este se encontra afastado de tudo o que fazia parte de sua vida antes da institucionalização, gerando neles um sentimento depressivo (OLIVEIRA et al., 2011).

Pode-se notar com facilidade o crescimento gradativo da quantidade de idosos no Brasil em instituição de longa permanência para idoso (ILPI) e este crescimento ainda tende a ficar maior devido a fatores como: o prolongamento da vida, fragilidade, o aparecimento de doenças crônicas advindas do envelhecimento, perda da autonomia e fragilidade da família, o que gera um comprometimento na qualidade de vida (QV) (VITORINO et al.,2012).

Leal et al. (2014), diz que o abandono é uma das causas mais vertentes dos sintomas de depressão em idosos. Em todo cenário mundial a depressão vem ganhando destaque e é conhecida como o mal do século. Estudos e pesquisas têm sido feitos para conhecer, diagnosticar e buscar formas de tratamento para os mais variados quadros de depressão existentes. Como idosos estão na classe dos indivíduos susceptíveis a adquirir depressão, qual seria a sintomatologia de depressão por abandono em idosos institucionalizados?

Leal et al. (2014), afirma que com o crescimento da população idosa houve uma procura maior por instituições de longa permanência para idosos. Pelos motivos do aumento da atividade individual e a redução no tempo diário, as famílias não têm tempo necessário para dar atenção que estes idosos necessitam, por consequência estes idosos que são inseridos em instituição adquirem sintomas depressivos por este abandono familiar.

5.3 Valores de frequência simples e porcentagem sobre origem e diagnósticos médico dos pacientes.

A tabela 2 mostra os números correspondentes ao destino anterior a institucionalização, tendo como maior numero os idosos que vieram a desenvolver sinais e

sintomas depressivos vieram do âmbito familiar e acompanhado de algum parente, nos traz 60%, os que vieram de sua residência sem nenhum acompanhamento somam 28% e por ventura os que vieram intermediado de algum outro serviço de saúde apresentam-se em 12%.

O diagnóstico médico mais visto nos prontuários meio a pesquisa foi o de institucionalizados associado a algum tipo de patologias psíquicas somando 42% e algumas doenças crônicas apresentaram-se em 40% e internos sem um diagnóstico médico fechado somando 18% levando em conta a dificuldade de ter um médico disponível 24 horas para estar fazendo acompanhamento com esses idosos cerrando assim o diagnóstico.

Tabela 2 – Valores de frequência simples e porcentagem sobre origem e diagnósticos médico dos pacientes.

Variáveis	Freq.	%
Proveniente		
Casa / só	14	28,0
Casa / família	30	60,0
Instituição de saúde	06	12,0
Diagnóstico médico		
Alzheimer	03	6,0
Artrite	01	2,0
AVC	05	10,0
C.A	01	2,0
Deficiente visual	05	10,0
DPOC	01	2,0
IAM	01	2,0
IRC	02	4,0
Parkinson	01	2,0
Psiquiatria	21	42,0
Sem diagnóstico fechado	09	18,0

Os pacientes com doenças crônicas são difíceis de tratar, pois o seu estado biopsicossocial é extremamente afetado. A experiência da dor é mais bem atendida se

houver uma abordagem multidimensional, incluindo aspectos físicos, biológicos, sociais, psicológicos e espirituais. Emoções negativas como depressão e ansiedade correlacionam também com a piora na percepção da dor de cada indivíduo (BAPTISTA, 2012). As doenças que mais chamam atenção nesta faixa etária e na população idosa institucionalizada são: Hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular encefálico (AVE), transtornos cognitivos, doenças reumáticas e respiratórias, afirma Mangione (2002).

O cuidar é uma atividade que vai muito além do atendimento às necessidades básicas de cada ser humano, no momento de fragilidade. Cuidar é uma atitude que envolve também autocuidado, autoestima, autovalorização. Geralmente, o cuidado dos idosos é realizado por um sistema de suporte informal, que inclui família, amigos, vizinhos, membros da comunidade e, muitas vezes, é prestado voluntariamente e sem remuneração (CALDAS, 2014).

O mesmo autor relata que a família predomina como alternativa nesse sistema de suporte informal. Mas, as famílias não possuem nenhum sistema de apoio do Estado, pois o sistema de saúde não está preparado para atender às demandas dessas pessoas idosas nem de seus familiares cuidadores.

Dessa forma, muitas famílias optam por institucionalizar seu idoso, buscando a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), como uma alternativa viável. A ILPI é uma moradia especializada, cujas funções básicas são proporcionar assistência gerontogeriatrica, conforme a necessidade de seus residentes, integrando um sistema continuado de cuidados (BORN, 2016).

5.4 Doenças correlacionadas a história clínica do institucionalizado.

Algumas patologias associadas que também podem vir a contribuir na progressão de uma depressão no idoso também foram avaliadas, pode-se notar que as doenças mais encontradas mediante avaliação foram Hipertensão arterial destacando-se em 72% e Diabetes Mellitus com 28% doenças predominantemente comum na terceira idade. Também foram encontradas nos prontuários neoplasia e pneumonia somando respectivamente 2% cada e alergias e TCB 0%.

O nível de consciência dos idosos também foi analisado, onde foi encontrado o número de torporoso 32% e lucido em 30% um número relevante levando em conta as medicações prescritas em seus prontuários. Pacientes confusos somaram 20%, perda de memória 10% e sonolento 8%.

Tabela 3 – Doenças correlacionadas a história clínica do institucionalizado.

Variáveis	Freq.	%
Doenças Correlacionadas (DM)		
Sim	14	28,0
Não	36	72,0
Doenças Correlacionadas (HAS)		
Sim	36	72,0
Não	14	28,0
Doenças Correlacionadas (Neoplasia)		
Sim	01	2,0
Não	49	98,0
Doenças Correlacionadas (Pneumonia)		
Sim	01	2,0
Não	49	98,0
Doenças Correlacionadas (Alergias)		
Sim	0	0,0
Não	50	100,0
Doenças Correlacionadas (TCB)		
Sim	0	0,0
Não	50	100,0
Nível de consciência		
Lucido	15	30,0
Sonolento	04	8,0
Torporoso	16	32,0
Confuso	10	20,0
Perda de memória	05	10,0

Quanto às doenças mais evidenciadas, destacaram-se hipertensão arterial e diabetes mellitus. A literatura pertinente aponta que de 35% a 45% dos idosos portadores de doenças

físicas e incapacidades apresentam síndromes depressivas (JACOB, 2015). Vale ressaltar que a depressão acentua as limitações e incapacidades das doenças e prejudica a aderência a tratamentos, afetando, assim, a recuperação dos pacientes (SCALCO 2006).

SCALCO (2006), também relata que há várias probabilidades de cooptação entre depressão e doenças físicas. A depressão pode coexistir com doenças físicas. Pode, também, simular doenças físicas por meio de seus sintomas somáticos (depressão mascarada). A depressão pode desencadear uma doença física ou agravá-la, como uma anemia causada por perda de apetite secundária ao fenômeno. Depressões podem ser causadas por doenças físicas. Por último, a depressão pode resultar do impacto físico e psicológico causado por doenças de natureza crônica.

5.5 O grau de dependência para atividades diárias.

A tabela 4 nos trouxe os números relacionados a alguns tipos de dependência para atividades diárias, os resultados foram os seguintes: Os idosos que foram analisados apresentaram ser dependente para deambular e vestir-se vindo ser o resultado de respectivamente 78%, em relação ao banho 74% são totalmente dependentes, subir escadas 72%, os que necessitam de ajuda para alimentação somam 70% e os que precisam de ajuda para mobilidade na cama 52% dos 50 prontuários analisados.

Tabela 4 – O grau de dependência para atividades diárias.

Variáveis	Freq.	%
Grau de dependência (comer e beber)		
Dependente	15	30,0
Independente	35	70,0
Grau de dependência (Subir escada)		
Dependente	36	72,0
Independente	14	28,0

Grau de dependência (Banho)		
Dependente	37	74,0
Independente	13	26,0
Grau de dependência (Deambular)		
Dependente	39	78,0
Independente	11	22,0
Grau de dependência (Vestir-se)		
Dependente	39	78,0
Independente	11	22,0
Grau de dependência (Mobilidade na cama)		
Dependente	26	52,0
Independente	24	48,0

Dentre os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade, está a ocorrência de incapacidade funcional, caracterizada como qualquer restrição para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para a vida humana (LOPEZ, 2016).

A capacidade funcional do idoso consiste em importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que reduzam os mecanismos que afetam o declínio da habilidade de o indivíduo exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas (DUCA, 2009).

O mesmo autor diz que o grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas está no diagnóstico e prevenção dos possíveis riscos associados à incapacidade funcional, em busca de uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para os idosos.

5.6 A comunicação, vícios, sinais e sintomas depressivos comuns apresentados.

A comunicação também foi um fator analisado, tendo em conta que idosos sem possibilidade de comunicar-se com os demais internos e os profissionais de saúde também vem a se sentir impossibilitados de informar suas necessidades e queixas, 44% dos idosos analisados apresentaram ter fala arrastada, os que desenvolvem fala balbuciada somaram-se

em 30%, idosos que mesmo com alguma dificuldade apresentam comunicação normal 22% e afasia 4%.

Tabela 5 – A comunicação, vícios, sinais e sintomas depressivos apresentados.

Variáveis	Freq.	%
Comunicação		
Normal	11	22,0
Arrastada	22	44,0
Balbuciada	15	30,0
Afasia	02	4,0
Apresenta vicio		
Sim	08	16,0
Não	42	84,0
Apresenta vicio (Etilismo)		
Sim	05	10,0
Não	45	90,0
Apresenta vicio (Tabagismo)		
Sim	04	8,0
Não	46	92,0
Apresenta vicio (Drogas)		
Sim	0	0,0
Não	50	100,0
Anedonia		
Diariamente	42	84,0
Raramente	08	16,0
Inapetência		
Diariamente	34	68,0
Raramente	16	32,0
Remorso		
Diariamente	34	68,0
Raramente	16	32,0
Tristeza		
Diariamente	38	76,0
Raramente	12	24,0
Choro		
Diariamente	31	62,0
Raramente	19	38,0

Reforçando esta tese, Simões (2013) afirma que, no idoso, os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a astenia, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais (anedonia). Os sintomas mais específicos são os que decorrem da depressão do humor, bem como a lentidão psicomotora.

As alterações comportamentais podem ser o primeiro sinal de um Distúrbio Afetivo Maior, não sendo sempre facilmente reconhecidas. Ao menor esforço, a fadiga, talvez devido a uma doença física concomitante, pode produzir apatia, isolamento social e perda de interesse por atividades que na anteriormente eram motivo de prazer.

Alguns doentes manifestam ainda retardo psicomotor, como a lentidão da fala e dos movimentos do corpo ou, nos casos mais graves, isolam-se da sociedade, negligenciando o trato pessoal, recusando-se mesmo a comer ou a falar. Noutros casos existe ativação psicomotora, caracterizada por agitação, cruzar de mãos, preocupação obsessiva, comportamento compulsivo e/ou inquietação. O que importa realçar das alterações verificadas no comportamento do idoso é o alerta quanto à possibilidade de estarmos perante uma doença depressiva (COHEN e EISDORFER, 2012).

O remorso é um sintoma que não permite ao indivíduo perceber a disponibilidade de alternativas ou escolhas para a solução de problemas ou para a obtenção do que é desejado. O remorso é a visão negativa sobre o passado podem estar associadas às vivências do idoso depressivo, como a perda de um companheiro, de amigos, ou das capacidades funcionais e afetivas no âmbito familiar (ROACH, 2013).

Segundo essa investigação, a tristeza pode ocorrer em resposta à mudança provocada por um evento ou condição de uma pessoa querida, e às perdas constantes da normalidade. O sentimento de tristeza pode estar relacionado ao tratamento despersonalizado e à perda da identidade e da individualidade, o que costuma ocorrer durante a institucionalização. Os idosos ficam desprovidos de autonomia e personalidade, o que pode acelerar o declínio de suas funções físicas e cognitivas, gerando tristeza e reduzindo-lhes o tempo de vida (LENARDT, 2010).

5.7 O Descanso diuturno, visita de familiares e comportamento com os demais internos.

A depressão também pode afetar o padrão de sono do acometido, além de que o idoso também tem um padrão de sono fragmentado, foi avaliado o descanso diuturno e 54% dos pacientes exercem o descanso diurno e 84% o descanso noturno.

Os idosos que não recebem visitas de familiares foi de 54% dos analisados, fator esse que também pode favorecer o aparecimento de algum sintoma depressivo.

O comportamento com os demais internos também é um fator relevante em meio a pesquisa os idosos que raramente tem algum tipo de relação com os demais somaram 56%, os que são isolados 34% e os que mantem uma boa relação 10%.

Tabela 6- O Descanso diuturno, visita de familiares e comportamento com os demais internos.

Variáveis	Freq.	%
Descanso diurno		
Sim	27	54,0
Não	23	46,0
Descanso Noturno		
Sim	42	84,0
Não	08	16,0
Visitas Familiares		
Sim	22	44,0
Não	28	56,0
Comportamento com demais internos		
Boa relação	05	10,0
Raramente se entrosa	28	56,0
Isolado	17	34,0

Em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranoide e pensamento recorrente de suicídio. Cabe advertir que nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos

(PEARSON & BROWN, 2008).

Tanto na depressão como na insônia há uma hiperatividade do eixo hipotálamo pituitária adrenal (HPA), com conseqüente aumento dos níveis de cortisol. Logo, teoricamente, pode haver fármacos que sejam benéficos a estas duas patologias, estando elas presentes em conjunto ou não. Conseqüentemente, há a possibilidade de se usarem antidepressivos no tratamento da insônia, pode-se ainda usar a privação do sono como forma de aliviar os sintomas da depressão em indivíduos que não sofrem de insônia (evitando assim o pico matinal de cortisol, que apesar de tudo se mantém nos doentes com depressão) (SARAIVA,2015).

O sono de idosos difere do sono de um adulto jovem principalmente por uma tendência a haver maior número de interrupções e a uma discreta diminuição da profundidade do sono (XAVIER, 2011).

O mesmo autor mostra que um estudo realizado para determinar a prevalência de depressão maior em idosos acima de 80 anos e comparar os padrões de sono e a função cognitiva entre grupos controles e sujeitos com depressão, mostrou que os sujeitos sem diagnóstico de doença de humor tiveram os mesmos padrões de sono dos sujeitos deprimidos. As diferenças verificadas entre os dois grupos apontam que os sujeitos deprimidos cochilavam menos tempo, à tarde, e tendiam a se descrever como menos dispostos ao acordar pela manhã, quando comparados com os grupos controles.

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades, levando a sentimento de tristeza e isolamento social que muitas vezes têm como desfecho o suicídio. As perdas que o idoso vai experimentando, a nível pessoal e social, criam situações de luto cuja resolução pronta nem sempre é fácil, sobretudo se certos fatores negativos se fazem sentir. Entre eles têm sido assinalados: a falta de apoio familiar, a situação de ter a seu cargo outro dependente, a carência de recursos materiais e o isolamento social (SILVA, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Depressão é uma das patologias psíquicas mais antigas do mundo e mesmo existindo medidas de controle essa patologia ainda tem se repercutindo em dados alarmantes gerando grandes problemas de saúde em todo mundo, sendo hoje a quarta doença psiquiátrica que mais torna o acometido incapacitado das funções sociais.

A depressão, como doença de populações negligenciadas, ainda é um problema no Brasil, principalmente quando institucionalização do idoso, sendo considerada a primeira causa de morte suicida em pacientes acometidos. Por essa razão, a carga dessa doença merece atenção, sobretudo quando se observa como a depressão vem se distribuindo na população.

Os sinais e sintomas depressivos hoje já são considerados, problema de saúde pública e que precisa ser tratada com urgência diante do número de pessoas acometidas. As condições de vida da população irão determinar as manifestações dessa doença. Cada vez mais acentua-se a necessidade de uma boa qualidade de vida para as pessoas em geral, de modo que todos tenham acesso a serviços de qualidade e um importante acompanhamento dos profissionais de saúde.

Os principais aspectos desta pesquisa foram todos alcançados com êxito, conseguido traçar o perfil epidemiológico de acordo com os dados colhidos, como também descrever o perfil sociodemográfico, identificando as principais causas de sua admissão no serviço, mostrando assim as principais condições de permanência desses idosos. Dessa forma, a hipótese foi confirmada de acordo com os dados colhidos dos prontuários dos cidadãos com sinais e sintomas depressivos, condizendo com os resultados da pesquisa.

Os resultados encontrados nesse estudo reforçam a magnitude e a importância do acompanhamento preciso dos idosos institucionalizados no município de Mossoró, principalmente quando se trata da caracterização das mulheres, mais de 80 anos, como os mais acometidos. A depressão é problematizada como uma doença associada à fraqueza psicológica e às precárias condições de vida e moradia no âmbito familiar, como falta de renda e cuidados adequados.

O desdobramento da pesquisa evidenciou que, os idosos que mais apresentam sinais e sintomas depressivos, estão na faixa etária mais comum os maiores de 80 anos, predominando os solteiros, pertencentes ao sexo feminino, identificados como de classe social baixa tendo em média um salário mínimo para sobrevivência, registrando como principal motivo de admissão idosos que não tinham sequer um responsável para realizar os cuidados necessários, tendo poucas visitas de familiares.

Além disso, nota-se que ainda há muito que ser pesquisado no âmbito do motivo que leva os idosos institucionalizados a desenvolver sinais e sintomas depressivos e que ainda há muito que ser feito no controle dessa doença psiquiátrica, que está diretamente ligada a qualidade dos serviços ofertados à institucionalizados e as condições de vida que essa população está exposta, visto que a condição mais importante para se obter uma boa qualidade de vida é por meio de condições de vida digna.

Dessa forma, acentua-se também a necessidade de novos estudos na temática, de forma a engrandecer e melhorar o atendimento aos idosos com sinais e sintomas depressivos e sua evolução para um quadro grave da doença, por meio de uma equipe qualificada e multidisciplinar que assim possam auxiliar em um melhor atendimento/acompanhamento e reforço para uma melhor aderência ao tratamento e pela melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Marcia Regina de Moraes. **Depressão na Família**. 2009. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/33145.pdf. Acesso em 10 out. 2016.

ALVES, PC. **Nervoso e experiência de fragilização**: narrativa de mulheres idosas. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 153-74.

AMORIM, Valdirene Machado. **A depressão na atualidade**: diagnóstico e tratamento. 58f. Monografia (Graduação em Psicologia)- Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

ASSIS, Pablo. **Um breve manual de transtornos mentais: um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação**. 2012. Disponível em: <http://pablo.deassis.net.br/wp-cotent/uploads/2010/02/transtornos-Mentais.pdf> Acesso em: 15 de Out. de 2016

BAGGIO, Ana Lucia. **A depressão na ótica da medicina ocidental e da medicina tradicional chinesa**. 44f. Monografia (Especialização em Acupuntura) - Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do homem, Porto Alegre, RS, 2004.

BALLONE, José (2006), Depressão no Idoso, In: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124> Acesso em 15 out 2016.

BAPTISTA, Makilim Nunes; MORAIS, Paulo Rogério; RODRIGUES, Tatiana de e SILVA, Janice Ap. da Costa. **Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos**. Aval. psicol. [online]. 2006, vol.5, n.1, pp. 77-85. ISSN 2175-3431.

BORN T, BOECHAT NS. **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado**. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1131-41.

BRETON, Sue (2002), Guia Elementar – Depressão, Rio de Mouro. Círculo de Leitores; CALDAS, C. P. (2006), Introdução à Gerontologia. In: Renato Veras; Roberto Lourenço (Org.). Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro, RJ: UnATI/UERJ; CHAVES, Inês (s/d), Depressão no Idoso & Processo de Envelhecimento - Quando o entardecer chega..., in http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves_01.pdf

CALÁBRIA, Luanda; CALÁBRIA, Querles de Paula Alves. **Câncer de mama: a relação**

- com estresse e depressão.** *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 23. n^a 40, p. 31-36, jan./março 2005.
- CALDAS, C. P. **Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa.** In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2a ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2014. p. 37-40.
- CANINEU, PR. **Depressão no idoso.** In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia*. 2^a. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 293-300.
- CARDOSO, Luciana Roberta Donola. *Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão.* **Psicol. Argum**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011.
- CARREIRA L, BOTELHO MR, MATOS PCB, TORRES MM, SALCI, MA. **prevalência de depressão em idosos institucionalizados.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2): 268-73.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Porto Alegre: Antes Médicas Sul, 2000.4
- DIEHL, Astor Antonio. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** Curitiba, v. 23. n^a 40, p. 33-38, 2012.
- FERNANDES, Maria das Graças Melo. **Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde.** *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010.
- GALHARDO, V.A.C., MARIOSIA, M.A.S. & TAKATA, J.P.I. (2010). **Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo.** *Revista Médica de Minas Gerais*, 20(1), 16-21. Belo Horizonte (MG).
- GARCIA, Rafael. **Países ricos têm maiores índices de depressão.** *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 2 ago. 2011. Folha Saúde.
- GIAVONI, A. *Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos.* *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24 n. 5, p. 975-982, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/04.pdf>>. Acesso em: 17 Out. 2016.
- GOMES, Antônio Maspoli de Araújo. **Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva.** *Revista Estudos de Religião*, v. 25, n. 40, 81109, Jan./jun.2011. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S08708231200600300017&script=sci_artextx. Acesso em: 14 out. 2016.
- GONÇALVES, Alda Martins; MACHADO, Ana Lucia. *Depressão, o mal do século: De que século?* **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.298-304, abr./jun. 2007.
- GONZÁLEZ, L. A. M. **Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión.** *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 32-

39, 2010. Disponível em: <http://www.observatorio-nacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/166.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.
GRANGEIRO, Alex Sandro de Moura. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida**. 66f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

INÁCIO, Luzia Vargas. **Assistência à saúde prestada aos usuário do SUS com o diagnóstico de depressão**. 69f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

JACOB, Filho W; AMARAL, JRG. **Avaliação global do idoso**: manual da liga do GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2015.

LEAL, Márcia Carréra Campos; APOSTOLO João Luis Alves; MENDES, Aída Maria de Oliveira Cruz and MARQUES, Ana Paula de Oliveira. **Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados**. Acta paul. enferm. [online]. 2014, vol.27, n.3, pp. 208-214. ISSN 1982-0194.

LEAL, Márcia Carréra Campos; APOSTOLO João Luis Alves; MENDES, Aída Maria de Oliveira Cruz and MARQUES, Ana Paula de Oliveira. **Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados**. Acta paul. enferm. [online]. 2014, vol.27, n.3, pp. 208-214. ISSN 1982-0194.

LENARDT MH, MICHEL T, WACHHOLZ PA. **Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas**. Ciênc Cuid Saúde. 2010;9(2):246-54.
LOPES, Marcelino Sousa. **Animação sociocultural**. Revista Iberoamericana, 2006;vol.1, n.1. 207-216.

Lopez A, editors. **The global burden of disease**. Boston: Harvard University Press; 1996.
LOUREIRO, Armando Paulo Ferreira. **A Intervenção da Animação Sociocultural**. 107f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural) – Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – Pólo de Chaves, Chaves, 2010.

NETTINA, S.M. **Prática de Enfermagem**. 8. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araujo de; GOMES, Maria José; PAIVA, Karina Mary de. **Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de vitória – ES**. Esc. Anna Nery, 2011, 518 – 523p.

PACHECO JL, Sá JLM, GOLDMAN SN. **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau; 2014.

PEARSON, J. L.; BROWN, G.K. (2008). **Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice**. Clinical and Psychological Review, v. 20 (6), p. 685-705.

- PEREIRA, Liliana Patrícia Teixeira. **Solidão e Depressão no Idoso**. Ed. PERES, M. F. P. A importância da religiosidade e espiritualidade no manejo da dor nos cuidados paliativos. **Revista de psiquiatria clínica**, v.34, n.1, p. 82-87, 2007. Ponta Grossa, PR: Brasil, 2011.
- RAMOS, M. **Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade**. Rev Dep Psicol. 2007; 19(2):397- 410.
- ROACH S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
- ROSA, Marine Raquel Diniz; et al **SAÚDE DEBATE** | rio de Janeiro, v. 39, n. 105,p.536-550, ABR-JUN2015.
- ROTH,S. **Aspectos clínicos, biológicos y sociales de la depressiones en la tercera edad**. Actas Españolas de Psiquiatria,2000; 28 (7), 32-37. São Paulo: Prentice Hall, 2004.
- SCALCO ,Z; SCALCO A; MIGUEL E. **Transtornos psiquiátricos: depressão, ansiedade e psicoses**. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 155-70.
- SILVA, Bárbara Tarouco da; SANTOS, Silvana Sidney Costa. **Cuidado aos idosos institucionalizados – opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026**. Acta Paulista de enfermagem, 2010,775-781p.
- SILVA, ER; SOUSA, ARP; FERREIRA, LB; PEIXOTO, HM*: Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem **Rev Esc Enferm USP 2012; 46(6):1387-93**
- SOARES, E., COELHO, M.de O. & CARVALHO, S.M.R.de (2012, set.). **Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de Relações e Correlações**. *Revista Kairós Gerontologia*,15(5), 117-139. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUCSP
- SOARES, E., OLIVEIRA, T.P., KOMATSU, P.S., DEMARTINI, S.M., SUZUKI, M.M., MENDES, M.M., REIS, E.G. & HORIMITO, A.T. (2010). **Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos Institucionalizados**.*Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano*, 7(1), 62-73. Passo Fundo (RS).
- STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. **Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE)**. Rev. Latino-am enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, dez, 2000.

- SUZUKI, M.M.; DEMARTINI, S.M. & SOARES, E. (2009). **Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília**: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, (9), 256-268. Marília (SP).
- TADOKORO, Daize Carvalho. **Transtornos mentais na atenção primária**: uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS. 22f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, MG, 2012.
- TAVARES, Lorine. **Abordagem cognitivo – comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais**. 236f. Relatório de Estágio (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- TRENTINI, Fabiana Vosgerau. **Representações sociais sobre o sofrimento mental e os modelos de tratamento psiquiátrico**: o olhar dos familiares – cuidadores e doadores de trabalho em saúde mental de Ponta Grossa – PR. 143f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual do Paraná.
- VITORIANO, LUCIANO MAGALHÃES; PASKULIN, LISIANE MAGNELLI GIRARDI; VIANNA, LUCILA AMARAL CARNEIRO. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Revista latino americana enfermagem*, 2012,1 – 9p.
- VOSER, R. C.; VARGAS NETO, F. X. **Atividade física, envelhecimento e longevidade**. In: TERRA, N. L.; DORNELLES, B. (Org.). *Envelhecimento bem-sucedido*. Porto Alegre: Edipucrs, 2002. p. 321-323
- XAVIER FMF, FERRAZ MPT, BERTOLLUCCI P, POYARES D, MORIGUCHI EM. **Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários**. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;23(2):62-70.
- ZIMERMAN, Guite i : **Velhice – Aspectos Biopsicossociais**. São Paulo: Artmed Editora, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Data da internação:

Nome Fictício: _____

Renda: _____

Sexo: ()M ()F Idade _____ Estado Civil _____

Proveniente: ()Casa/só ()Casa/Familia ()Instituição de Saúde

Especificar _____

Chegada ___/___/___

Motivo da Internação _____

Diagnóstico médico _____

Doenças correlacionadas ()DM ()HAS ()NEOPLASIA ()PNEUMONIA

()ALERGIAS ()TBC () Outros. Especificar _____

Medicações em uso _____

1. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

()LÚCIDO/ORIENTADO ()SONOLENTO ()TORPOROSO ()CONFUSO ()SINCOPE

() CRISE CONVULSIVA ()PERDA DE MEMÓRIA ()TONTURAS

2. GRAU DE DEPENDÊNCIA PARA ATIVIDADES ROTINEIRAS

()COMER/BEBER ()SUBIR ESCADAS ()BANHO ()DEAMBULAR ()VESTIR-SE

()MOBILIDADE NA CAMA

3. COMUNICAÇÃO: Fala

NORMAL ARRASTADA BALBUCIADA AFASIA

4. APRESENTA VÍCIO? SIM NÃO

ETILISMO TABAGISMO DROGAS

5. ASPECTOS EMOCIONAIS:

ANEDONIA: DIARIAMENTE RARAMENTE

INAPETENCIA: DIARIAMENTE RARAMENTE

REMORSO: DIARIAMENTE RARAMENTE

TRISTEZA: DIARIAMENTE RARAMENTE

CHORO: DIARIAMENTE RARAMENTE

6. SONO E REPOUSO:

DESCANSO DIURNO: SIM NÃO

DESCANSO NOTURNO: ACORDA A NOITE: SIM NÃO

7. PRESENÇA DE VISITAS FAMILIARES:

SIM NÃO RARAMENTE

FREQUENCIA _____

8. COMPORTAMENTAL COM DEMAIS INTERNOS

BOA RELAÇÃO RARAMENTE SE INTROSA ISOLADO

APÊNDICE B - JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA

Eu, Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral, pesquisadora responsável do projeto de pesquisa intitulado “**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS QUE APRESENTAM SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS NO INSTITUTO AMANTINO CÂMARA EM MOSSORÓ-RN**”, venho por meio deste termo, solicitar a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que, a coleta de dados não será realizada com pessoas, e sim com fontes secundárias, neste caso, os prontuários, obedecendo aos aspectos éticos. Neste caso, os prontuários do Instituto Amantino Câmara do Município de Mossoró/ RN, serão a fonte dos dados a serem obtidos, sendo estes fornecidos pela própria instituição.

ANEXOS

ANEXO I - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 2ª Reunião Extraordinária realizada em 17 de Março 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM SINAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS NO INSTITUTO AMANTINO CÂMARA EM MOSSORÓ-RN**", Protocolo CEP: 38/2017 e CAAE: 65564417.0.0000.5179. Pesquisadora Responsável: **SARAH AZEVÊDO RODRIGUES CABRAL** e dos Pesquisadores Associados: **JOEL PEREIRA DO MONTE NETO, LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS E RÚBIA MARA MAIA FEITOSA.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para junho de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 17 de Março de 2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosa Rita da Conceição Marques'.

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

ANEXO II - Anuência

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

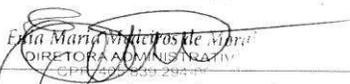
A Diretora do Instituto Amantino Câmara,

Eu, Joel Pereira do Monte Neto, declaro que estou ciente e concordo em permitir a realização da pesquisa intitulada “Caracterização do perfil de idosos institucionalizados que apresentam sinais e sintomas depressivos em uma casa de longa permanência para idosos em Mossoró-RN” desenvolvida pelo aluno Joel Pereira do Monte Neto, do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró FACENE-RN, sob orientação da professora e Me. Sarah Azevêdo Rodrigues Cabral.

O estudo é uma pesquisa descritiva retrospectiva que tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno de caráter exploratório documental que geralmente proporcionam maior familiaridade com o problema, ou seja torna-lo mais explícito. A pesquisa tem caráter quantitativo e terá como instrumento para coleta de dados, um formulário adaptado. A pesquisa tem por **objetivo geral**: descrever o perfil dos idosos institucionalizados que apresentam sintomas depressivos, em uma casa de longa permanência para idosos em Mossoró-RN seguindo com os objetivos específicos de caracterizar o perfil sócio demográfico do idoso institucionalizado e verificar sinais e sintomas depressivos no idoso institucionalizado.

Os pesquisadores esclarecem que os resultados serão unicamente para fins científicos e, que a coleta de dados ocorrerá somente após a liberação do parecer consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Nova Esperança, obedecendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas com seres humanos no Brasil. Portanto, autorizo a realização do estudo.

Mossoró, 22 de 09 de 2016.


Eliana Maria Vitorino de Almeida
DIRETORA ADMINISTRATIVA
CPR 2012/009 2911

Diretora do Instituto Amantino Câmara

