

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

JOAREIS FERNANDES DE AZEVEDO

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RONDÔNIA**

Brasília – DF

2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOAREIS FERNANDES DE AZEVEDO

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RONDÔNIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília em convênio com o centro-oeste (UnB, UFG, UFMS, UNIR).

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Brasília-DF

2009

JOAREIS FERNANDES DE AZEVEDO

Prevalência de Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados no Município de Ji-Paraná – Rondônia. Joareis Fernandes de Azevedo – Ji-Paraná, RO: UnB, 2009.

i-xii, p. 65: il

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2009.

Orientador – Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Bibliografia: p 48 - 54.

- 1- Depressão
 - 2- Ansiedade
 - 3- Idosos
-

JOAREIS FERNANDES DE AZEVEDO

**PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RONDÔNIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília em convênio com o centro-oeste (UnB, UFG, UFMS, UNIR).

Aprovado em 10 de dezembro de 2009:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Departamento de Ciências Fisiológicas, UnB

Prof. Dr. Valdir Figueiras Pessoa
Departamento de Ciências Fisiológica, UnB

Prof. Dr. Sérgio Leme da Silva
Departamento de Processos Psicológicos Básicos, UnB

Dedico este ...

Primeiramente a Deus, que me deu força, coragem e sabedoria, em todos os momentos, para vencer os obstáculos e realizar todas as conquistas em minha vida.

Aos meus pais, José e Maria, que com todo amor e dedicação, sabedoria me conduziram em busca de iniciativa para realizar os sonhos que jamais poderão se calar e que um guerreiro, sempre enxerga o sucesso como um resultado das lutas e experiências vividas.

À minha mãe que foi descansar ao lado de Deus, antes da conclusão deste trabalho, porém seus ensinamentos foram fundamentais. Continue com Deus intercedendo por mim.

À minha irmã Maria e sobrinha Kawanne que sempre estiveram torcendo por mim, souberam compreender minha ausência, amo todos vocês.

À meus familiares, pessoas de garra e determinação, as orações de vocês sempre chegam aos ouvidos de Deus, obrigado por vocês existirem.

Aos colegas de curso que comigo compartilharam a mesma experiência, o meu carinho e respeito.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, orientador desta pesquisa, pela valiosa orientação, sugestão e críticas essenciais para a concretização deste trabalho, é sempre bom ter alguém especial por perto. Aos participantes da banca avaliadora meu muito obrigado, pelas dicas afim de que este trabalho realmente possa contribuir no meio científico.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Paraguassu Chaves, aos Mestres e amigos Airton Leite Costa e Helena Meika, pelo incentivo na realização deste trabalho, o meu carinho, amizade e admiração.

Aos colegas de mestrado e doutorado, que vivenciamos diversas experiências, porém todos buscando tornar sonhos em realidade, obrigado pela companhia.

Aos acadêmicos Glauce, Izabela, Magda, Valdeci, Veruska, Adélia, Nilze, Rafael, Roger, Valdelice, Eraldo, Lídia, Everaldo, Marlete e Prof. Jander, pela colaboração, apoio e incentivo.

À equipe da Faculdade de Rolim de Moura – FAROL, pela constante disponibilidade, atenção, incentivo e sugestões fornecidas em todas as etapas percorridas para a concretização desta conquista.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente participaram e colaboraram para a realização deste trabalho.

*“A única coisa que interfere com meu aprendizado e a
minha educação”.*

(Albert Einstein)

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar a prevalência do transtorno de depressão e ansiedade em uma população de idosos institucionalizada. Trata-se de uma investigação descritiva e transversal, com coleta de dados primários realizada no período de dezembro de 2008 a janeiro de 2009, com idosos de idade igual ou acima de 60 anos provenientes de uma instituição de Ji-Paraná, RO. A amostra foi composta de 100 idosos que responderam o Inventário Beck de Depressão, versão em português e a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton, versão em português. Foram feitas associações de interesse através do cálculo do *Odds Ratio*, Intervalo de confiança com 95% e valor de $p \leq 0,050$. Estes cálculos tiveram por objetivo mostrar a razão de prevalência ou chance dos entrevistados terem os transtornos. Na depressão com relação ao gênero apresentou uma prevalência de sintomas depressivos maior entre os homens (88,2%), com uma razão de prevalência de 1,1 (IC 95%, 0,4 – 3,1). A ansiedade foi possível verificar que esse grau de ansiedade variou bastante, se comparado com o fator gênero, onde verificou-se que o grau forte e moderado foi muito maior entre as mulheres, apresentando inclusive diferenças estatisticamente significantes ($\chi^2 = 131,059$ e $p = 0,011$). Recomenda-se a criação de programas nacionais com o objetivo de diminuir sintomas depressivos e ansiosos entre os idosos institucionalizados.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Ansiedade; Idosos; Institucionalização.

ABSTRACT

This study has the objective to evaluate the prevalence of depression and anxiety in a population of hospitalized elderly. To achieve that on analytical and transversal investigation was made from December 2008 to January 2009 in elderly aged 60 and over, from an institution at Ji Paraná, RO. The sample was composed of 100 elderly, who answered the Portuguese versions of Beck's Depression and Hamilton Chart of Anxiety Evolution. Associations of interest through the Odds Ratio calculation were made. Trust interval of 95% and value $p < = 0,050$. These calculations had an objective to show the reason of prevalence or the chance of the interviews to have these conditions. It was found a higher prevalence of depression symptom amongst males (88,20% with a reason of prevalence of 1,1 (IC 95%,0,4 – 3,1). On the other hand it was possible to verify that the anxiety level, varied a lot if compared to the sex factor, being higher at strong and moderated levels among women, with significant statistical differences ($X^2 = 131,059$ and $p = 0,011$). We recommend that national programs are devised with the aim to diminish the depressive symptoms and anxiety in hospitalized elderly.

Key Words: Depression; Anxiety; Elderly; Institutionalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados quanto a sua faixa etária com relação ao estado civil. Ji-Paraná/RO, 2009	31
Tabela 2: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores sociodemográficos associados aos sintomas depressivos. Ji-Paraná/RO, 2009.....	36
Tabela 3: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores socioeconômicos e comportamentais associados aos sintomas depressivos. Ji-Paraná/RO, 2009	38
Tabela 4: Distribuição dos entrevistados quanto ao grau de ansiedade com relação ao sexo. Ji-Paraná/RO, 2009.	42
Tabela 5: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores sociodemográficos associados aos sintomas de ansiedade. Ji-Paraná/RO, 2009.	44
Tabela 6: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores socioeconômicos e comportamentais associados aos sintomas de ansiedade. Ji-Paraná/RO, 2009.	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Municípios do Estado de Rondônia que possuem Instituições.....	24
Figura 2: Classificação do grau de depressão entre os idosos pesquisados, Ji-Paraná/RO, 2009	34
Figura 3: Classificação do grau de ansiedade entre os idosos pesquisados, Ji-Paraná/RO, 2009	41

LISTA DE SIGLAS

ABNT	-	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BDI	-	Inventário Beck de Depressão
CID	-	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
DSM	-	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FACIMED	-	Faculdade de Ciências e Biomédicas de Cacoal
HAS	-	Escala de Ansiedade de Hamilton
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	-	Intervalo de Confiança
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PPV	-	Pesquisa sobre Padrões de Vida
RP	-	Razão de Prevalência
TAG	-	Transtorno de ansiedade generalizada
TCLE	-	Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE QUADROS E TABELAS.....	vii
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE SIGLAS	ix
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	04
2.1. Objetivo Geral	04
2.2. Objetivos Específicos	04
3. REVISÃO DA LITERATURA...	05
3.1. A questão do Idoso	05
3.2. Questão da Institucionalização do Idoso	08
3.3. Depressão	10
3.3.1 F31 Transtorno Afetivo Bipolar	11
3.3.2 F32 Episódio Depressivo.....	12
3.3.3 F33 Transtorno Persistente do Humor	12
3.3.4 F34 Ciclotimia.....	12
3.4 Incidência e Prevalência de Depressão	13
3.5 Diferença entre Gêneros	14
3.6 Ansiedade	14
3.6.1 F40 Transtornos Fóbicos Ansiosos	15
3.6.2 F41 Ansiedade Generalizada	15
3.6.3 F42 Transtorno Obsessivo-Compulsivo	16
3.6.4 F43 Reação Aguda ao Estresse.....	16
3.7 Incidência e Prevalência de Ansiedade.....	17

3.8. Inter-relação entre Ansiedade e Depressão	17
4. MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1. Tipo de Estudo	20
4.2. Características do Local de Estudo	22
4.3. Característica da Amostra	23
4.4. Coleta de Dados	25
4.5. Instrumento de Coleta de Dados	26
4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa	28
4.7. Análise dos Dados	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 Aspectos Gerais da População	31
5.2 Aspectos Ligados aos Sintomas Depressivos.....	33
5.3 Aspectos Ligados aos Sintomas de Ansiedade.....	40
6. CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS	55
ANEXO A	56
ANEXO B	57
ANEXO C	60
ANEXO D	62
ANEXO E	64
ANEXO F.....	65

INTRODUÇÃO

A velhice é um período normal do ciclo vital, caracterizado por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. É importante fazer essa consideração, pois algumas alterações nesses aspectos não caracterizam necessariamente uma doença. Em contrapartida, há alguns transtornos que são mais comuns em idosos como transtornos depressivos, transtornos ansiosos, transtornos cognitivos, fobias e transtornos por uso de álcool. Além disso, os idosos apresentam risco de suicídio e risco de desenvolver sintomas psiquiátricos induzidos por medicamentos. Muitos transtornos mentais em idosos podem ser evitados, aliviados ou mesmo revertidos. Conseqüentemente, uma avaliação médica se faz necessária para o esclarecimento do quadro apresentado pelo idoso. Diversos fatores psicossociais de risco também predis põem os idosos a transtornos mentais.

Historicamente, processo de envelhecimento tem sido considerado através de duas fortes e opostas perspectivas: uma que o reconhece como a etapa final da vida, a fase do declínio que culmina na morte; outra que o concebe como a fase da sabedoria, da maturidade e da serenidade (1).

A sensibilização sobre a importância de se estudar essa população é de extrema relevância, pelo fato de ser a depressão e a ansiedade as doenças psiquiátrica mais comuns entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico e sem tratamento. Estes transtornos afetam sua qualidade de vida, impossibilitando-os de trabalhar e inter-relacionar com os demais, podendo levar a tendências suicidas (2).

No Estado de Rondônia percebe-se que a história é semelhante, justificando a importância da realização deste estudo e por ser a promoção de saúde tão importante para o idoso como é para as pessoas de outras faixas etárias. O Estatuto do Idoso prevê mudanças que atingem pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, (3).

Diante desse contexto, e como profissional das áreas de saúde e educação, emergiu a idéia de ampliar os horizontes com o objetivo de avaliar a prevalência do transtorno de depressão e ansiedade em uma população de idosos institucionalizada, buscando compreender o universo de fragilidades presente no cenário destes indivíduos. Recentemente, alguns estudos têm evidenciado que os idosos pertencem a uma faixa etária pouco difundida pela mídia e pelas pesquisas. Dessa forma, buscou-se considerar a questão da vulnerabilidade que esta população enfrenta no que diz respeito aos riscos de depressão e ansiedade, entre outras doenças psíquicas.

Esta dissertação está estruturada em seções, onde se procurou abordar as questões relacionadas aos idosos, de forma a ampliar e aprofundar a discussão sobre essa temática. O enfoque principal esteve direcionado para a prevalência de transtornos mentais dessas pessoas, no período em que estiveram na instituição.

Na primeira seção está descrito o referencial teórico utilizado para subsidiar a pesquisa e efetuar a análise dos dados. Os aspectos relacionados à questão do idoso, questão da institucionalização do idoso, depressão e ansiedade, incidência e prevalência, diferença entre os gêneros e inter-relação entre os mesmos, foram abordados.

Na segunda seção, são apresentados os materiais e métodos utilizados na pesquisa de campo, como forma de alcançar seus objetivos. Foram considerados os aspectos éticos essenciais no processo de investigação, o referencial metodológico que

norteou o estudo, as estratégias utilizadas para definir o espaço de coleta, as características do estado de Rondônia, e a base de dados estatísticos para aproximação dos resultados obtidos na pesquisa.

Na terceira seção, são apresentados os resultados da pesquisa de campo e efetuada a discussão sobre os mesmos. Aspectos relacionados à depressão e ansiedade dos participantes, bem como grau de prevalência dos transtornos entre os gêneros foram amplamente discutidos.

Finalmente, na conclusão, o enfoque está direcionado para uma avaliação geral sobre a situação encontrada e são indicadas possíveis intervenções voltadas para ações preventivas e promoção à saúde. Apresentamos com base nos resultados, a contribuição e possibilidade de novos estudos sobre a saúde do idoso.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a prevalência do transtorno de depressão e ansiedade em uma população de idosos institucionalizada no município de Ji-Paraná – Rondônia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar o grau de depressão e ansiedade encontrada na população;
- Verificar a intensidade e prevalência da sintomatologia na população;
- Identificar a presença de depressão e ansiedade em relação aos gêneros.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Questão do Idoso

A idéia do envelhecer como uma etapa de perdas encontra-se difundida na população de um modo geral. Na verdade, em estudos dessa fase específica do desenvolvimento, o envelhecer é considerado como uma etapa de perdas dos antigos referenciais de vida, implicando no abandono de elementos da realidade e de si mesmo, gerando uma conseqüente crise de identidade.

Essa concepção do envelhecer como uma etapa de crise aparece quando a caracteriza como "uma fase de vida em que vê diminuídas as suas possibilidades e precisa enfrentar inúmeras crises que inevitavelmente surgem nessa etapa final da vida" (1).

Apesar da vivência de limites próprios do desenvolvimento, (4) afirma que um envelhecer positivo fortalece o sentimento de identidade, sem necessariamente envolver tanta deterioração psíquica quanto comumente se associa a essa fase.

Também parece encarar a velhice como mais um processo adaptativo da vida do indivíduo, (5). De acordo com esse autor, essa etapa, como as anteriores, envolveria uma elaboração de perdas, uma adaptação às mudanças e um reafirmar da identidade, muito semelhante ao que já ocorreu durante a adolescência.

Compartilhando essa mesma concepção, (6) avança nessa comparação entre o momento adolescente e a velhice, afirmando que o que diferenciará essas duas fases será o sentimento do indivíduo: o adolescente vive expectativas (no geral elevadas) em relação a sua etapa de transição, enquanto o idoso sente-se um indivíduo

diminuído em contato com suas perdas e sua falta de perspectivas. Para essa autora, a sociedade é que seria a responsável por essa diferenciação existente entre as crises, na medida em que impõe a desvalorização diante do envelhecimento.

Integrando essa vertente de avaliação mais positiva do envelhecer, destaca-se também a concepção de (7) que nega a velhice como estágio final de vida. Para este autor, a crise dos idosos pode ser caracterizada por ganhos fundamentais, em nível individual e coletivo, enquanto possibilidade de contribuição através do repasse de experiências acumuladas. Esta perspectiva tem ocupado praticamente o centro das atenções dos estudos sobre idosos, como aponta, por exemplo, uma vasta investigação da Organização Panamericana de Saúde citada por (8), contribuindo para a dissolução de estereótipos de deterioração desta fase de vida.

O envelhecimento populacional tem sido amplamente discutido tanto em seu âmbito socioeconômico quanto em seu aspecto sanitário. Nas últimas décadas, a expectativa de vida do brasileiro aumentou significativamente, aliada ao aumento da população idosa do país (9, 10 e 11).

Juntamente a essa mudança no perfil demográfico da população, houve uma queda na prevalência de doenças infecto-contagiosas e um acréscimo importante na prevalência de doenças crônico-degenerativas. Mas, ao contrário do ocorrido em países desenvolvidos, a transição demográfica e a transição epidemiológica brasileira não foram acompanhadas de melhorias nas condições sociais, econômicas e de assistência à saúde da população (12).

Com o aumento da população idosa tornou mais evidente a necessidade de discutir os direitos desse grupo. Assim, no dia 1º de outubro de 2003, no Senado Federal, foi sancionada a redação final do Estatuto do Idoso (EI) que garante que o

idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana (...) assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as facilidades, para preservação de sua saúde física e mental, seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Coloca, ainda, que seja obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (13).

Para Martins e Massarollo (14) o Estatuto do Idoso contemplou as leis já existentes, organizou-as por tópicos, discorreu sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os infratores, ficando mais prática sua compreensão e aplicação. Além disso, se for feita uma comparação detalhada das leis relativas ao idoso com o Estatuto do Idoso, constata-se que houve uma ampliação dos direitos.

A população idosa (65 anos de idade ou mais) no Brasil vem crescendo de forma acelerada e tende a aumentar nas próximas décadas, gerando mudanças estruturais mais rápidas e profundas do que a ocorrida nos países desenvolvidos (15).

Recentemente, o Ministério da Saúde do Brasil estabeleceu a atenção ao idoso como uma de suas prioridades. Essa decisão foi pautada na revisão de prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto da Saúde, considerando a necessidade do estabelecimento de fluxos e rotinas no Pacto pela Saúde para o ano de 2008. Isso inclui a identificação de idosos em situação de fragilidade ou risco de fragilização para promoção de ações de prevenção e

para contribuição na melhoria da qualidade da atenção prestada aos residentes em instituições de longa permanência (16).

3.2 Questão da Institucionalização do Idoso

Em alguns casos, a instabilidade econômica e a dependência física trazem o idoso para mais próximo de seus familiares que, nem sempre, aceitam a função de cuidadores. A institucionalização aparece, então, como uma opção bastante procurada. O idoso institucionalizado é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente com desconhecidos e à distância da família. A individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela coletividade.

Muitos estudiosos têm se preocupado em estudar características de idosos que vivem em abrigos ou asilos. Entre eles, (17) procuraram conhecer o contexto social, econômico e de saúde de idosos que moram em asilos. Os participantes do estudo foram 76 idosos que viviam em três instituições asilares diferentes, os quais foram submetidos a entrevistas. Os resultados indicaram que, assim como aponta a literatura, a maioria dos idosos é do sexo feminino, possui baixo nível de escolaridade, dificuldades financeiras, relacionamento familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas e problemas de saúde.

A autonomia do idoso institucionalizado foi o foco da pesquisa de (18). Foram entrevistados 306 idosos de uma instituição geriátrica do Estado de São Paulo. Os resultados evidenciaram que quando a instituição asilar oferece condições que

favorecem a realização de atividades facilitadoras da autonomia e independência dos idosos, há motivação e poucos sentimentos negativos relacionados à velhice.

Para Chaimowicz e Greco (19) a internação do idoso em uma instituição de longa permanência é uma alternativa em certas situações: necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária do cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados.

Na maioria das vezes, os asilos costumam surgir, espontaneamente, das necessidades sociais da comunidade, ocorrendo, nesse caso, problemas na qualidade de vida que os residentes lá encontram. Dessa forma, os principais serviços existentes oferecidos a essa população dirigem-se à saúde, sendo comum, em grande parte das capitais do país, instituições asilares privadas ou filantrópicas direcionadas ao idoso, e, com raras exceções, aquelas mantidas pelo Estado (17).

Muitas vezes os idosos vivem como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual ativa. Na realidade, muitas vezes o que se encontra são depósitos de pessoas, que, fundamentados na idéia de amor ao próximo e amparo aos desabrigados, consideram que os abrigos, juntamente com os cuidados a eles prestados, são suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida (20).

Com vistas a toda essa problemática, no que se refere ao idoso, o crescimento dessa população tem sido objeto de estudo para alguns autores, (21 e 22) afirmam que o asilo não deveria ser configurado apenas como uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas também deve ser lembrada,

compreendida e respeitada como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo.

Segundo Davim *et al.*, (17) as características das instituições asilares dirigidas ao idoso, são normalmente locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. Raras são as que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde ou que possuam uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo.

Na mesma direção, o direito à cidadania para o idoso ainda é um sonho, pois a sua maioria vive como cidadão de segunda classe, sem condição de exercer sua cidadania. Assim, é drástica a situação do indivíduo asilado, afastado do convívio social, à mercê de uma vida padronizada, desprovida de prazer e de importância pessoal, levando-o à falta de perspectiva e à alienação (23).

3.3 Depressão

A depressão é um dos problemas atuais mais comuns encontrados pelos profissionais de saúde mental (24). Parece provável que nenhum fator isolado possa explicar a ocorrência da depressão, mas sim que esta seja o resultado de uma interação entre vários fatores diferentes. Seu início e evolução estão ligados a um grande número de variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas. Estas incluem histórico familiar de depressão ou alcoolismo, perda ou negligência precoce dos pais, eventos negativos e recentes da vida, cônjuge crítico e hostil, ausência de relacionamento de confiança, falta de apoio social adequado e uma longa história de baixa auto-estima (25).

A depressão é um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes em idosos. Ela caracteriza-se como um distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária. É um distúrbio de natureza multifatorial, que envolve inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. É um estado de humor vivenciado por um grande número de indivíduos em algum momento de suas vidas, sendo muitas vezes relatada como tristeza, saudade, angústia, desânimo, entre outros.

Batistoni (26) define a depressão como uma síndrome psiquiátrica cujos principais sintomas são o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Em idosos, ela se manifesta de forma heterogênea, tanto em relação à sua etiologia quanto aos aspectos relacionados à sua apresentação e ao seu tratamento.

Conforme descrito na Classificação Estatística Internacional de Doenças, em sua décima revisão – CID-10 a depressão é classificada em classes que são detalhadas abaixo (27).

3.3.1 F31 – Transtorno Afetivo Bipolar.

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios, nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão).

3.3.2 F32 – Episódio Depressivo.

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave) o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo.

3.3.3 F33 – Transtorno Persistente do Humor.

Transtornos do humor persistentes e habitualmente flutuantes, nos quais os episódios individuais não são suficientemente graves para justificar um diagnóstico de episódio maníaco ou de episódio depressivo leve. Como persistem por anos e, por vezes, durante a maior parte da vida adulta do paciente, levam, contudo a um sofrimento e à incapacidade consideráveis.

3.3.4 F34 – Ciclotimia

Instabilidade persistente do humor que comporta numerosos períodos de depressão ou de leve relação nenhum deles suficientemente grave ou prolongado para responder aos critérios de um transtorno afetivo bipolar (F31.-) ou de um transtorno depressivo recorrente (F33.-).

3.4 Incidência e Prevalência de Depressão

As síndromes depressivas e demenciais tornam-se, desta forma, os distúrbios psíquicos de maior incidência nos idosos, aonde a depressão chega a ser intitulada “o resfriado comum da enfermidade mental”. A depressão trata-se de uma doença com importantes repercussões sociais e individuais devido ao fato de afetar não somente o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória, mas também pelo risco inerente de morbidade e cronicidade. Além disso, pode ser considerada uma doença potencialmente fatal, já que há possibilidade de suicídio.

As mudanças que questionam os valores existenciais, frequentemente experimentados pelo idoso, como a perda do cônjuge, a doença e a dependência física, a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica (28). É nesse cenário que a depressão surge como um dos mais importantes agravos à saúde da terceira idade, sendo a síndrome psiquiátrica mais prevalente nessa população (29).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1 em cada 10 idosos sofre de depressão (30). Frequentemente se observa que o idoso deprimido passa por uma importante piora de seu estado geral e por um decréscimo significativo de sua qualidade de vida (9 e 29).

A gravidade da situação reflete-se na alta prevalência de suicídio entre a população de idosos deprimidos (31). Destaca-se, então, a importância do diagnóstico precoce da depressão na terceira idade e de seu tratamento adequado. A prevalência de depressão nos idosos é relevante na prática clínica, para que se possa intervir adequadamente assim como prevenir os fatores de risco.

3.5 Diferença Entre Gêneros

Em muitos estudos realizados anteriormente observam-se nos grupos de deprimidos em relação ao gênero, uma predominância maior no gênero feminino. (32).

Observou-se um maior número de mulheres idosas frequentando Programas de Universidades Abertas à Terceira Idade, parecendo ser essa uma realidade comum entre tais programas no Brasil realizado por (33). Comparando com outros estudos de depressão, quanto à predominância de gênero feminino, em idosos na comunidade, observou-se semelhanças com os estudos realizados no Rio de Janeiro por (34).

As mulheres alcançam idades mais avançadas, acompanhadas por uma maior incidência de doenças crônicas, entre elas, a depressão. Isso implica que o aumento da longevidade, principalmente das mulheres, significa aumento da possibilidade de ser acometido por determinada doença crônica segundo (35). Embora nesse estudo não tenha sido verificada a relação de saúde física e depressão, (34 e 36) apontam que um maior comprometimento da saúde física nas mulheres idosas pode estar relacionado com o aparecimento mais freqüente de depressão nesse grupo.

3.6 Ansiedade

Um outro distúrbio psicológico que preocupa os profissionais ligados a área da saúde é o quadro de ansiedade, que se caracteriza por estado emocional transitório que envolve conflitos psicológicos e sentimentos desagradáveis de tensão, angústia e

sofrimento. Entre os sintomas mais freqüentes estão: taquicardia, distúrbios de sono, sudorese, vertigens, distúrbios gastrintestinais e náuseas.

Os distúrbios de ansiedade comuns nas doenças psiquiátricas acabam deflagrando um quadro de angústia e considerável prejuízo funcional, que pode ser apresentado basicamente em quatro grandes categorias: pânico e distúrbios de ansiedade, distúrbios fóbicos (agorafobia, fobia social e específica), distúrbios obsessivo-compulsivo e distúrbios de estresse pós-traumático. Inúmeras pesquisas demonstram que distúrbios psiquiátricos podem estar associados aos distúrbios do sono.

Conforme descrito na Classificação Estatística Internacional de Doenças, em sua décima revisão – CID-10 a ansiedade é classificada em categorias que são descritas a seguir (27).

3.6.1 F40 – Transtornos Fóbicos Ansiosos.

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Estas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor.

3.6.2 F41 – Ansiedade Generalizada.

Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante").

Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos.

3.6.3 F42 – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Transtorno caracterizado essencialmente por idéias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As idéias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de modo repetitivo e estereotipado. Em regra geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, frequentemente resistir-lhes, mas sem sucesso.

3.6.4 F43 – Reação Aguda ao Estresse.

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um "stress" físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao "stress" são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo.

3.7 Incidência e Prevalência de Ansiedade

A incidência de ansiedade em idosos é mais difícil de ser identificada por não haver muitos trabalhos na área. Em um trabalho desenvolvido por (37) os autores colocam estas dificuldade alegando existir poucos estudos sobre a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) para populações acima de 65 anos. Embora seja provável que os transtornos da ansiedade dos idosos respondam de forma adequada às mesmas intervenções não-farmacológicas que comprovadamente funcionam para o tratamento de pacientes jovens, há pouca evidência empírica disponível nessa área.

Há também alguma evidência de que o tratamento ansiolítico com buspirona seja eficaz, mas ainda são necessários ensaios clínicos utilizando populações idosas e critérios rigorosos para o diagnóstico de transtornos da ansiedade. Os transtornos de ansiedade muitas vezes estão associados a transtornos físicos, aparecem tardiamente e por isso não são vistos com freqüência. Para (38), a prevalência dos transtornos da ansiedade diminui com o envelhecimento, mas ainda assim é mais comum que os transtornos depressivos.

3.8 Inter-relação Entre Ansiedade e Depressão

Influenciados por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo, muitos idosos nessa etapa da vida são acometidos por distúrbios mentais. A pesquisa de (39) evidenciou a prevalência desses distúrbios em 29,3% dos 327 idosos investigados. Em razão da alta taxa de

problemas psiquiátricos ou emocionais em idosos, o número de pessoas que procuram serviços de atendimento em saúde mental cresce a cada ano.

Avaliar quais os motivos que levam o idoso a procurar o serviço médico foi o foco do estudo de (11). Os dados levantados sugerem que o transtorno do humor foi o problema psiquiátrico mais frequente, sendo muito comum entre as mulheres. Também foram encontrados diagnósticos de síndrome demencial, transtornos ansiosos, esquizofreniformes, alcoolismo e abuso de sedativos.

A ansiedade ocorre diante de uma visão catastrófica dos eventos, anunciando que algo perigoso ameaçador pode acontecer. Para Skinner e Vaughan (40), a ansiedade nos idosos está relacionada às limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras. As pessoas com altos níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio. Segundo (41) tais percepções nessa fase da vida poderiam ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida.

Conforme descrito no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (42), para o diagnóstico de um Episódio Depressivo Maior, é necessário que o indivíduo apresente, durante um período de pelo menos duas semanas, cinco ou mais dos sintomas listados a seguir: humor deprimido na maior parte do dia e em quase todos os dias; falta de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor;

fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou de culpa; indecisão e dificuldade de concentração; pensamentos de morte ou tentativas de suicídio.

Além disso, os sintomas devem causar sofrimento ou prejuízo ao funcionamento do indivíduo e não devem ser consequência de uso de substâncias como drogas ou algum tipo de medicamento, nem ocorrer em função de uma condição médica ou de luto. A depressão envolve uma série de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa. Os resultados do estudo de Fleck *et al.*, (43) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

De acordo com Cervo e Bervian, (44) esta investigação caracteriza-se como sendo do tipo descritiva transversal, considerando-se que de acordo com os objetivos estabelecidos, a análise dos dados e o tratamento do problema de pesquisa, buscam-se verificar possíveis diferenças nas variáveis deste estudo, procurando descrevê-las, classificá-las e interpretá-las.

Além da investigação descritiva transversal, optou-se por desenvolver uma investigação com abordagem exploratória descritiva, realizada junto aos idosos institucionalizados. Buscou-se analisar, interpretar e compreender o universo de dificuldades relativas à sua saúde, principalmente à saúde mental dos idosos, considerando-se os fatores de risco de depressão e ansiedade que enfrentam em seu cotidiano.

Andrade (45) opina que a pesquisa exploratória configura-se como a fase preliminar, antes do planejamento formal do trabalho. A autora diz que uma das finalidades dessa modalidade de investigação é proporcionar maiores informações sobre o assunto que se vai investigar.

A pesquisa de caráter exploratório com abordagem descritiva tem por finalidade conhecer o fenômeno que se quer estudar, especialmente quando se trata de pesquisas bibliográficas, de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e de análises que estimulem a compreensão do fato analisado. Pode-se dizer que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o

aprimoramento de ideias ou a descoberta de fatos a respeito da população entrevistada (46).

Piovesan e Temporini (47) relatam que uma das características do estudo exploratório estaria voltada para ajudar a resolver algumas dificuldades inerentes à pesquisa: desenvolvimento de programas e a superação da concepção de que a população constitui um recipiente vazio que, no entanto, está repleta de conhecimentos, opiniões, valores e atitudes. Tem por objetivo, ainda, conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e contexto onde ela se insere. Pressupõe-se que o comportamento humano é melhor compreendido no contexto social onde ocorre de fato as situações que são alvo de estudo.

Os autores citam que a pesquisa exploratória tem por finalidade o refinamento dos dados da pesquisa e o desenvolvimento e apuro das hipóteses. Nesta concepção, é realizada com a finalidade precípua de corrigir vieses e, assim, aumentar o grau de objetividade da própria pesquisa, tornando-a mais consentânea com a realidade.

Piovesan e Temporini (47) acreditam que a pesquisa exploratória, assim norteada, integra-se ao planejamento da pesquisa principal. Constitui parte dela e não subsiste por si só. É um meio simplesmente muito importante para mostrar a realidade de forma verdadeira. Trata-se de procedimento que exige muito do pesquisador, uma vez que se torna necessário apreender e transferir para o instrumento os significados e o vocabulário conferidos pelos indivíduos ao objeto de estudo.

Dentre as várias possíveis aplicações da pesquisa exploratória pode-se elencar algumas indicações:

- Identificação do nome do sujeito: A identificação do nome do sujeito constitui-se em informação básica, pois a pesquisa depende de comunicação clara e eficaz;

- Conhecimento do repertório popular de respostas: esta é a finalidade primordial da pesquisa exploratória. O repertório popular de respostas tanto pode se referir ao conhecimento, crença e opinião, como à atitude, aos valores e à conduta;

- Elaboração de questionário ajustado à realidade: esta vantagem, como se depreende, é decorrente do progressivo melhoramento do questionário, resultante do processo de aprimoramento desse instrumento de medida.

4.2 Características do Local de Estudo

O espaço de pesquisa elegido foi o Lar do Idoso Aurélio Bernardi localizado à margem da BR-364 – Km 330 a 10 km da cidade no município de Ji-Paraná, estado de Rondônia, Brasil.

O Lar do Idoso Aurélio Bernardi é uma Entidade Filantrópica que vive de doações da comunidade e de empresários. As multas de trânsito e penas alternativas são convertidas em cestas básicas para a instituição, além da aposentadoria de cada idoso. A medicação individual é adquirida da aposentadoria ou a própria família fornece.

A Instituição foi fundada em maio de 1997 e nasceu de um sonho idealizado pelo fundador Luiz Bernardi que, quando criança, veio de uma família muito humilde, tendo que trabalhar muito cedo nas ruas como engraxate e no seu trabalho observava os idosos sem casa, família e amigos. A instituição abriga no momento 110 idosos, que chegam até a instituição trazido pelos familiares ou pelo ministério público e depende da quantidade de vagas. O sonho do fundador é chegar a 300 internos.

A extensão de dois alqueires é estruturada como chácara, abrigando uma construção civil principal que contém os quartos com os nomes de cada empresário que

doou materiais para a construção do mesmo, um ambulatório com medicamentos particulares de cada idoso e material de primeiro socorro. O refeitório é aberto onde também fica a televisão, e a cozinha divide espaço com a dispensa e a churrasqueira. A alimentação é balanceada por uma nutricionista, e a área de serviço possui uma máquina de lavar roupa industrial e sala de passar roupas.

Uma outra construção menor contém uma piscina e consultório de fisioterapia e outra parte para plantio de hortaliças e árvores frutíferas. O quadro de recursos humanos é composto por 13 componentes, sendo uma administradora, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, quatro técnicos em enfermagem, duas cozinheiras, três zeladoras e um interno que funciona como porteiro.

4.3 Características da Amostra

O Estado de Rondônia possui um total de quatro municípios que possuem instituições que abrigam idosos, sendo elas na maioria privadas. A capital do Estado, a cidade de Porto Velho, possui mais de uma instituição. As outras instituições estão divididas entre os municípios de Ariquemes, Ji-Paraná e Vilhena, enquanto as outras cidades possuem os Centros de Convivência dos Idosos.

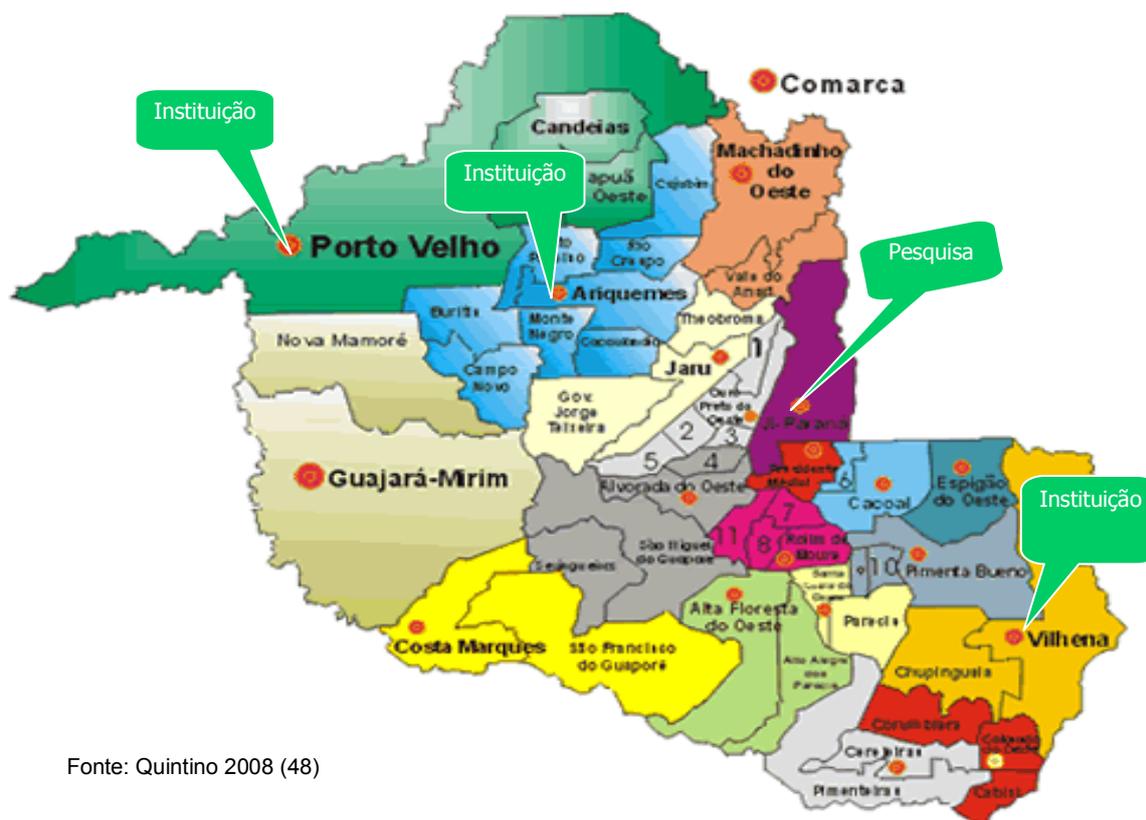


Figura 1: Municípios do Estado de Rondônia que possuem Instituições.

A população amostral foi composta por 100 idosos na faixa etária igual e superior a 60 anos e de ambos os gêneros.

Os critérios de inclusão previstos para a participação na pesquisa foram: estar na faixa etária de 60 anos ou mais de ambos os gêneros, pertencer ao quadro de moradores da instituição e aceitar participar voluntariamente deste estudo.

Os critérios de exclusão estão relacionados aos seguintes aspectos: população com faixa etária inferior a 60 anos, que não pertence ao quadro de moradores da instituição ou, ainda, que não quisessem participar.

O contato inicial com a gerente do Lar do Idoso Aurélio Bernardi foi realizado através de autorização de Luis Bernardi, por meio de ofício dirigido ao mesmo, com o objetivo de conhecer a vivência dessa população (Anexo D).

A fim de efetivar maior aproximação do público entrevistado, o processo de abordagem dos participantes ocorreu da seguinte forma:

1) visita exploratória com o objetivo de conhecer a área de concentração, onde ficam os idosos e para conhecer normas e rotinas desse estabelecimento;

2) Nesta etapa foram realizadas as entrevistas informais para garantir a interação e a confiança entre pesquisador e potenciais participantes do estudo.

3) Abordagem individual dos idosos, sendo-lhes explicado detalhadamente a finalidade e importância da realização do trabalho; neste estágio, foram fornecidas informações sobre os requisitos éticos para a condução de pesquisas e as formas de proteção dos participantes; oferta do o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo C) aos que aceitaram participar voluntariamente da entrevista.

4.4 Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada, logo após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa - CEP da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED e do Consentimento Institucional e Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos idosos, os quais foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo e aceitabilidade em participar da pesquisa.

O período de coleta de dados compreendeu dezembro de 2008 a janeiro de 2009, sendo feitas em média 10 entrevistas, por dia que foram realizadas no período

diurno e aos sábados. A imprevisibilidade foi marcante pelo fato de nem sempre o idoso estar presente na instituição, por motivos diversos, entre os quais, consultas e internações.

Participaram da coleta de dados, acadêmicos do 5º período de psicologia, que foram previamente treinados e capacitados para auxiliar na realização das entrevistas. Estas foram efetuadas através de dois questionários estruturados, de forma individualizada, aos idosos que aceitarem participar de forma voluntária e espontânea deste estudo.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

O questionário foi o instrumento de coleta de dados escolhido para a obtenção de informações da avaliação clínica de depressão e ansiedade, com perguntas abordando assuntos relacionados à auto-estima, relacionamento interpessoal, motivação e qualidade de vida bem como outros.

Para dar mais sustentação ao processo foram realizadas três entrevistas com os idosos, a fim de testar a viabilidade do instrumento de coleta de dados.

Gil (46) relata que a vantagem do pré-teste é garantir que se avalie exatamente aquilo que pretendem avaliar, para somente a partir de então, os instrumentos estarão validados para a realização da coleta de dados.

Piovesan e Temporini (47) comentam que o pré-teste se limita a um aperfeiçoamento do questionário quanto à sua forma. Quando se faz pesquisa exploratória, o pré-teste passa a ser parte integrante do processo. Dessa forma, os

possíveis conflitos vão sendo resolvidos e as questões vão sendo definidas evitando alterações posteriores.

Para a elaboração da caracterização sociodemográfica da população em estudo tomou-se como referência o modelo previamente utilizado por Rocha (49), (Anexo A).

Para a avaliação da depressão foi usado o Inventário Beck de Depressão – (*Beck Depression Inventory*, - BDI), instrumento de medida para avaliar o estado de depressão. A versão em português foi validado por Gorenstein, Andrade e Zuardi, (50). A escala original de avaliação é composta de 21 itens, os quais avaliam sintomas e atitudes que variam numa escala de pontuação de 0-3. Os itens que compõem o inventário têm, por finalidade, avaliar os seguintes sintomas e atitudes: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sentimento de culpa, sentimento de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro/pranto, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido. A natureza do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos dos estudos. A classificação dos escores indicativos para a depressão são: normal (0-9), leve (10-15), leve a moderado (16-19), moderada a severa (20-29), severa (30-63). (Anexo B).

Para avaliação da ansiedade foi usado a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton – (*Hamilton Anxiety Scale*, - HAS), instrumento de medida para avaliar o estado de ansiedade. A versão em português foi validado por Gorenstein, Andrade e Zuardi, (50). Essa escala avalia a ansiedade global, de frequência, intensidade e as reações físicas da ansiedade, sendo composta de 14 itens, os quais avaliam sintomas e atitudes que variam numa escala de pontuação de 0-4. Os itens que compõem a escala

têm, por finalidade, avaliar os seguintes sintomas e atitudes: humor ansioso, tensão, medos, insônia, dificuldades intelectuais, somatizações motoras e sensoriais, sintomas cardiovasculares, respiratórios, gastrintestinais, geniturinários, neurovegetativos e comportamento durante a entrevista. A natureza do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos dos estudos. A classificação dos escores indicativos para a ansiedade são: 0 = ausente, 1 = intensidade leve, 2 = intensidade média, 3 = intensidade forte, 4 = intensidade máxima. (Anexo C).

4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Para elaboração deste estudo foram obedecidos os seguintes passos: Encaminhamento do Projeto para apreciação do comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – (FACIMED), conforme resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. A aprovação do projeto de pesquisa intitulado, PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO ocorreu no dia 10 de dezembro de 2008, com protocolo nº 401B-08, conforme (Anexo F).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado em uma linguagem acessível e de fácil entendimento, incluindo-se os seguintes aspectos:

a) Informações sobre a justificativa, os objetivos e os procedimentos a serem utilizados na pesquisa;

b) Esclarecimento de que não haveria desconfortos e riscos pela participação na pesquisa, informando aos sujeitos que os resultados contribuiriam para uma atenção especial para a população dessas instituições;

c) Fornecimento de informações antes e durante o desenvolvimento da pesquisa no que se refere à metodologia, voluntariedade, liberdade para recusar-se a participar e interromper a entrevista a qualquer momento, sem prejuízo ou penalização;

d) Esclarecimento sobre a garantia de sigilo sobre a origem dos dados e de confidencialidade com relação às informações privativas dos participantes;

e) Aplicação das entrevistas, efetivando o levantamento das necessidades dos sujeitos pesquisados.

4.7 Análises dos Dados

Para o tratamento das questões contempladas nas escalas de avaliação, foram utilizadas as seguintes etapas:

- Análise temática: Consistiu na separação e identificação das escalas, visando agrupá-las de acordo com a semelhança de respostas efetuados por cada entrevistado;

- Resultados e interpretação: A análise dos dados coletados é apresentada em forma de gráficos e tabelas, que agregasse os resultados semelhantes e seguida de forma descritiva.

A análise estatística foi realizada da seguinte forma: 1. os dados das escalas foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP; 2. posteriormente as análises estatísticas foram preparadas através do programa do pacote estatístico EPI-INFO (51); 3. foram feitas também associações de interesse através do cálculo do *Odds Ratio*, Intervalo de confiança com 95% e valor de $p \leq 0,050$. Estes cálculos tiveram por objetivo mostrar a razão de prevalência ou chance dos entrevistados terem os transtornos.

Após a tabulação, os dados foram tratados através da estatística simples descritiva, utilizando da ferramenta Excel do Software da Microsoft, pacote Office 2003. Foram gerados tabelas e gráficos, de modo que os dados fossem mais bem visualizados para se processar as devidas inferências (52).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Aspectos Gerais da População

Fizeram parte deste estudo 100 idosos institucionalizados no Lar do Idoso Aurélio Bernardi, localizado no município de Ji-Paraná/RO, sendo que destes a idade mínima observada foi de 60 anos e a idade máxima foi de 95 anos, obtendo uma média de idade de 74,4 anos, com desvio padrão de 8,24 anos. Constatou-se que entre os idosos pesquisados (76,0%) eram homens e (24,0%) eram mulheres.

Verificou-se também que a escolaridade dos participantes era bastante baixa, com (55,0%) possuindo a quarta série, demais 45,0% tinham menos que a quarta série. Quanto ao estado civil (tabela 1) foi possível observar que (36,0%) desses idosos já eram viúvos, 30,0% eram separados, (29,0%) eram solteiros, enquanto que apenas 3,0% eram casados e os demais (2,0%) não se declararam.

Tabela 1: Distribuição dos entrevistados quanto a sua faixa etária com relação ao estado civil. Ji-Paraná/RO, 2009.

Estado Civil	Faixa Etária					
	60 – 80		81 – 100		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Casado	2	2.5	1	5.0	3	3.0
Separado	28	35.0	2	10.0	30	30.0
Solteiro	27	33.8	2	10.0	29	29.0
Viúvo	21	26.3	15	75.0	36	36.0
Não respondeu	2	2.5	0	0.0	2	2.0
TOTAL	80	100.0	20	100.0	100	100.0

$$\chi^2 = 17,8412; p = 0,0013$$

É possível observar que com relação às categorias do estado civil, existem diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$), podendo constatar uma maior prevalência de viúvos conforme o aumentar da idade. Entre os participantes verificou-se também que a maioria dos entrevistados (64,0%) era de religião católica, enquanto que 33,0% eram evangélicos e (3,0%) não declararam sua crença.

No que se refere ao estado civil, este estudo congregou casados, solteiros, separados e viúvos. Os idosos casados se conheceram na própria instituição e casaram-se. Estes dormem juntos em quartos separados, enquanto os demais dormem em quartos coletivos. Os solteiros, muitas vezes já viveram com alguém maritalmente, mas por não terem oficializado a união, não se consideram casados. Outros realmente nunca tiveram um relacionamento estável. Os separados se dizem nessa condição por que quando vieram para a instituição estavam separados dos cônjuges e da família, mas não sabem se o cônjuge já faleceu. No entanto, os viúvos já chegam à instituição neste estado civil.

A escolaridade tem sido apontada como importante determinante da situação de saúde do indivíduo. No Brasil, a influência da escolaridade sobre as condições de saúde foi evidenciada pelos resultados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada em 1996/1997 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Analisando-se a importância das variáveis sócio-econômicas na percepção do estado de saúde de indivíduos com vinte anos ou mais, como anos de estudo, ocupação e renda mensal, (53).

5.2 Aspectos Ligados aos Sintomas Depressivos

Diferentes estudos têm sugerido que o envelhecimento apresenta uma estreita relação com a presença de depressão. Para Calil e Pires (54), a elaboração do diagnóstico de depressão e a mensuração da gravidade dos sintomas da doença são tarefas diferentes. Na primeira situação, o investigador ou o clínico tem como principal objetivo determinar a presença ou a ausência, em um determinado paciente, de um conjunto de características clínicas (presença e padrão de sintomas, duração destes e curso), o qual é considerado descritivo daquela condição. Para tanto, utiliza-se entrevista clínica, que podem ser livre, semi-estruturada ou estruturada. Já na segunda situação, o propósito é estimar quantitativamente a gravidade dos sintomas de um paciente previamente diagnosticado com depressão.

Através dos dados obtidos de forma primária por meio do Inventário de Depressão de Beck, foi possível verificar que quanto aos sintomas da depressão, estes atingiam (87,0%) da população estudada. Daqueles que foram identificados com sintomas de depressão, esses foram classificados como depressão leve em (65,5%) dos casos, moderada em (29,9%) e considerada depressão grave em apenas (4,6%) dos casos identificados com depressão, conforme a figura a seguir.

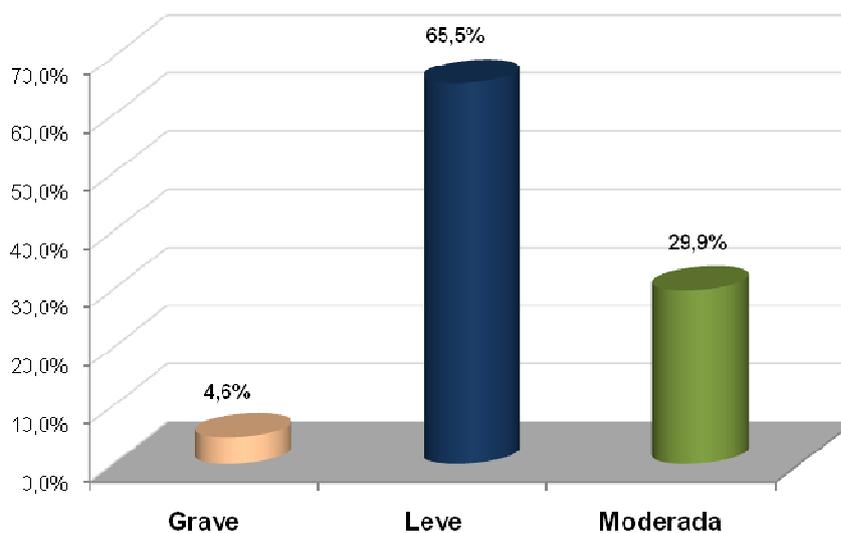


Figura 2: Classificação do grau de depressão entre os idosos pesquisados, Ji-Paraná/RO, 2009.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10, (27) as doenças mentais, emocionais e comportamentais estão no capítulo V, e as letras referentes aos transtornos estão classificadas na letra F. Os Transtornos Afetivos do Humor vão do F30 até F39. No nosso estudo vamos citar os episódios depressivos F32, típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave) onde o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da concentração, da auto-estima, autoconfiança da libido dentre outros sintomas psicossomáticos. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo.

Episódio depressivo leve F32.0, geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente usualmente sofre com a presença

destes sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

No episódio depressivo moderado F32.1, geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente aparentemente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.

No episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos F32.2, vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da auto-estima e idéias de desvalia ou culpa. As idéias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas somáticos.

A natureza do ponto de corte adequado depende da amostra e dos objetivos dos estudos. A classificação dos escores obtidos para a depressão foi de (87,0%), considerado alto pelo Inventário Beck de Depressão.

Na análise bi-variada, observou-se uma maior prevalência (80%) de idosos mais jovens, entre 60 e 80 anos, porém não se verificou uma prevalência de sintomas depressivos relacionados em nenhuma das faixas etárias. A razão de prevalência para a idade superior a 81 anos foi igual a 1,0 (IC 95%, 0,3 - 3,9). Com relação ao gênero, tivemos uma prevalência de sintomas depressivos maior entre os homens (88,2%), com uma razão de prevalência de 1,1 (IC 95%, 0,4 – 3,1), mas não se verificando através do Teste Exato de Fisher diferenças estatisticamente significantes ($p=0,3795$) entre os grupos. Observou-se uma prevalência 1,5 vezes maior de sintomas depressivos entre aqueles moradores de estado civil separado (IC 95%, 0,1 – 19,6), mas mesmo com essa associação positiva não se constatou associação positiva ($p=0,1761$). No que se diz respeito à escolaridade tivemos uma prevalência de (81,8%) de sintomas depressivos entre os entrevistados que disseram possuir quarta série completa e de

93,3% entre aqueles que nem sequer completaram a quarta série, mostrando-nos uma razão de prevalência de 1,1 (IC 95%, 0,4 – 3,5), mas também sem nos mostrar uma associação estatisticamente significativa ($p= 0,1346$).

Tabela 2: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores sociodemográficos associados aos sintomas depressivos. Ji-Paraná/RO, 2009.

Fatores	n	Prevalência dos sintomas depressivos (%)	RP* (IC 95%)**	P valor
Idade				
60 - 80	80	86.3	--	--
81 - 100	20	90,0	1.0 (0,3 a 3.9)	0,4937
Gênero				
Feminino	24	83.3	--	
Masculino	76	88.2	1.1 (0.4 a 3.1)	0,3795
Estado civil				
Casado	3	66.7	--	--
Separado	30	96.7	1.5 (0.1 a 19.6)	0,1761
Solteiro	29	82.8	1.2 (0.1 a 10.7)	0,4718
Viúvo	36	83.3	1.3 (0.1 a 10.5)	0,4534
Não respondeu	2	100,0	1,2 (0,1 a 17,6)	0,6000
Escolaridade				
Quarta série completa	55	81.8	--	--
Menos de quarta série	45	93.3	1.1 (0.4 a 3.5)	0,1346

RP* = Razão de Prevalência

IC** = Intervalo de Confiança

Quando relacionamos os casos de depressão com faixa etária, encontramos que grande parte dos idosos deprimidos estava no grupo de idade entre 81-100 anos. Para Leite *et al.*,(55), esse resultado pode estar relacionado às descobertas feitas em estudos para diagnosticar depressão em idosos, em que se verificou que a depressão aumentava com a idade. Dos idosos identificados com casos de depressão, a maioria

apresenta depressão leve. Esses resultados estão em consonância com outros estudos que encontraram uma maior prevalência de depressão leve na população, (55).

Nos percentuais relativos ao gênero, no grupo de deprimidos, os homens (88,2%) apresentando-se em maioria com relação às mulheres (83,3%). Esse achado pode estar relacionado ao fato do desbravamento do Estado, que na época do processo migratório de ocupação humana nesse espaço amazônico, a população era constituída de pessoas do gênero masculino adulto trabalhando como soldados da borracha marcação de lotes entre outros trabalhos. Isso contraria o que acontece em quase todos os resultados de pesquisas com idosos institucionalizados no Brasil, em que a prevalência dos indivíduos é do gênero feminino.

Segundo Corrêa (28) a viuvez é uma mudança que questiona os valores existenciais, frequentemente experimentados pelo idoso. Além da perda do cônjuge, a doença e a dependência física, a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica. É nesse cenário que a depressão surge como um dos mais importantes agravos à saúde da terceira idade, sendo a síndrome psiquiátrica mais prevalente nessa população.

Quanto aos separados e solteiros, o alto nível de depressão se dá pelo fato da incerteza, se sua família está viva ou se já faleceu. Também a falta de ocupação leva-os a solidão, falta de perspectiva de vida, bem como outras patologias.

A associação encontrada entre escolaridade e depressão, observada na relação de menor escolaridade/menor número de idosos deprimidos, é encontrada em outros estudos, como o de (55).

Analisando a prevalência de sintomas depressivos com relação aos fatores socioeconômicos e comportamentais, verifica-se que (87,9%) daqueles que estão na

faixa de menos de 4 anos de tempo de casa apresentaram estes sintomas. Em (85,3%) daqueles que já está há mais de 4 anos também havia presença de sintomas depressivos. Com relação à crença, verificou-se uma maior prevalência entre aqueles que ignoraram a questão religiosa, onde (100,0%) apresentaram os sintomas depressivos enquanto que os evangélicos apresentaram a menor prevalência (78,8%), porém todos sem significância estatística.

Com relação às visitas que estes internos recebem, foi verificado que entre aqueles que só recebem visitas de pessoas de comunidade, a prevalência de depressão é maior (93,3%) enquanto para aqueles que recebem visitas de amigos, a prevalência cai para (87,9%). Já entre aqueles que recebem visitas de familiares, a prevalência de sintomas depressivos é ainda um pouco menor (84,6%), mas também não se verifica aqui nenhuma significância estatística.

Tabela 3: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores socioeconômicos e comportamentais associados aos sintomas depressivos. Ji-Paraná/RO, 2009.

Fatores	n	Prevalência dos sintomas depressivos		
		(%)	RP (IC 95%)	p valor
Tempo de casa				
Menos de 4 anos	66	87,9	--	
Mais de 4 anos	34	85,3	1,0 (0,4 a 2,6)	0,4698
Crença				
Católico	64	90,6	--	--
Evangélico	33	78,8	1,0 (0,3 a 2,3)	0,0976
Ignorado	3	100	1,1 (0,1 a 6,1)	0,7513
Visitas				
Comunidade	15	93,3		--
Amigos	33	87,9	1,0 (0,1 a 6,3)	0,4971
Família	52	84,6	1,0 (0,1 a 5,5)	0,3500

Para Santana e Filho (56), a institucionalização asilar é uma situação estressante e desencadeadora de depressão. As instituições asilares assumem um caráter asilar quando tutelam um indivíduo, retirando-o do meio social em que vive para colocá-lo em um lugar isento das leis gerais, sob representação social da instituição. Neste ambiente, o ancião se vê isolado de seu convívio social e adota estilo de vida diferente do seu, tendo que se adaptar a uma rotina de horários, dividirem seu ambiente com desconhecidos e à distância da família.

Com isso percebe-se que os idosos que estão há menos tempo na casa, apresentam níveis de depressão mais alto, devido ao fato de ainda estar em fase de adaptação na instituição. Para os que estão há mais tempo, percebe-se uma diminuição do nível de depressão devido ao fato de terem-se acostumado com a casa ou terem-se acomodado com a situação.

Em relação à religião, sabe-se que o estado de Rondônia possui uma grande população de evangélicos, e comemora o dia do evangélico no dia 18 de Junho, com a aprovação da lei nº1026/2001.

No que se refere à prática religiosa, os idosos que praticam uma religião teriam menor sobrecarga do que os que não praticam, devido ao convívio e contato com outras pessoas, as trocas de experiências com as novas amizades e também pelo fato de terem uma ocupação, fatores de proteção ao surgimento dos sintomas depressivos (56).

Os dados do presente estudo indicam também que idosos que recebem visitas apenas da comunidade, apresenta mais transtornos depressivos (93,3%), quando comparados com os que recebem visitas de amigos (87,9%) e os que recebem visitas da família (84,6%). Para Floriano e Dalgalarrodo (57) a presença de familiares na

condição de parceiros sociais significativos, emocionalmente ligados, parece ser importante fator na manutenção da saúde mental.

Ainda segundo Floriano e Dalgarrondo (57), a escassez de apoio social seria, por sua vez, um possível fator de risco para a saúde do indivíduo. Cabe, entretanto, a ressalva de que as relações interpessoais, embora muitas vezes auxiliem as pessoas, podem em alguns casos ter um impacto negativo, implicando conflitos e dificuldades familiares.

5.3 Aspectos Ligados aos Sintomas de Ansiedade

Existem poucos estudos sobre a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada para a população acima de 65 anos. Para Gorenstein, Andrade e Zuardi (50), a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione.

Através dos dados obtidos de forma primária, por meio da Escala de Ansiedade de Hamilton, foi possível verificar que a ansiedade está presente em (92,0%) da população estudada. Porém, na maior parte deles (57,6%), esta ansiedade foi diagnosticada como “leve”, em (31,5%) foi diagnosticada como “média” e em (10,9%) como “forte”.

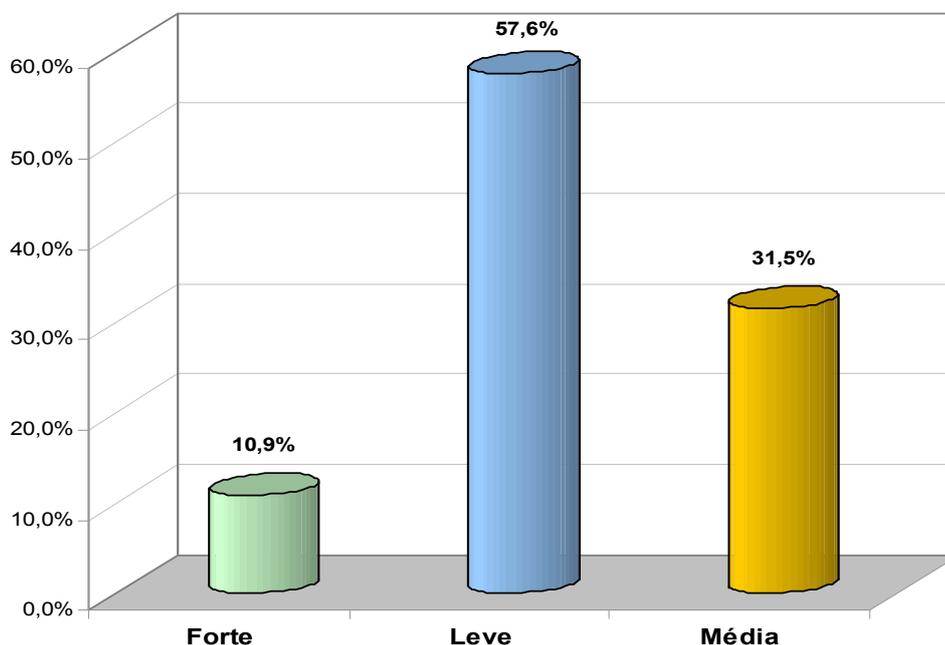


Figura 3: Classificação do grau de ansiedade entre os idosos pesquisados, Ji-Paraná/RO, 2009.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10, (27) as doenças mentais, emocionais e comportamentais estão no capítulo V, e as letras referentes aos transtornos estão classificadas na letra F. Os Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o estresse e transtornos somatoformes vão do F40 até F48. No nosso estudo foi observado a Ansiedade Generalizada F41.1. A ansiedade generalizada é persistente, não ocorre exclusivamente, nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é flutuante). Os sintomas essenciais são variáveis, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medos de que o paciente ou de que um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos. A natureza do ponto de corte adequado depende da amostra e dos objetivos dos estudos.

A classificação dos escores obtidos para a ansiedade foi de (92,0%), considerado alto pela Escala de Avaliação de Hamilton. Estudando a prevalência de ansiedade entre os adultos no Brasil, nosso resultado foi menor que os encontrados por Almeida Filho (96,0%) citado por Xavier *et al.*, (37). Em seu trabalho, os autores obtiveram resultados menores (10,6%) que no presente trabalho.

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais freqüentes na população em geral. Além dos transtornos serem muito freqüentes, os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência e pode ser: normal, leve, moderada ou grave, prejudicial ou benéfica, episódica ou persistente; ter uma causa física ou psicológica; ocorrer sozinha ou com outros sintomas afetar ou não a percepção e a memória, (50).

Foi possível verificar que esse grau de ansiedade variou bastante, se comparado com o fator gênero, onde verificou-se que o grau forte e moderado foi muito maior entre as mulheres, apresentando inclusive diferenças estatisticamente significantes ($\chi^2 = 131,059$ e $p = 0,011$).

Tabela 4: Distribuição dos entrevistados quanto ao grau de ansiedade com relação ao gênero. Ji-Paraná/RO, 2009.

Grau de ansiedade	Feminino		Masculino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Forte	4	19,1	6	8,4	10	10,9
Leve	10	47,6	43	60,6	53	57,6
Média	7	33,3	22	31,0	29	31,5
TOTAL	21	100,0	71	100,0	92	100,0

$\chi^2 = 131,059$ $p = 0,011$

A maior prevalência de ansiedade moderada (33,3%) e forte (19,1%) está entre as mulheres. Segundo Xavier *et al.*, (37), o aumento da taxa de prevalência entre os octogenários poderia estar refletindo apenas a presença de maior proporção de mulheres a cada década, após os 60 anos.

Recorreu-se também ao teste de razão de prevalência para buscar as possíveis relações entre a ansiedade e os fatores sociodemográficos. No caso da ansiedade, esta teve uma maior prevalência (95,2%) entre os idosos, na faixa etária de 81 a 100 anos, porém não se verificou uma prevalência de sintomas de ansiedade relacionados em nenhuma das faixas etárias. A razão de prevalência para a idade superior a 81 anos foi igual a 1,0 (IC 95%, 0,2 – 6,3). Com relação ao gênero tivemos uma prevalência de sintomas de ansiedade maior entre os homens (93,4%), com uma razão de prevalência de 1,1 (IC 95%, 0,3 – 3,8), mas não se verificando através do teste Exato de Fisher diferenças estatisticamente significantes ($p=0,3569$) entre os grupos. Observou-se uma prevalência 1,4 vezes maior de sintomas de ansiedade entre aqueles moradores de estado civil separado (IC 95%, 0,1 – 12,6), do que nos casados, mas mesmo com essa associação positiva não se verificou associação positiva ($p=0,4708$). Entre os solteiros, esta prevalência foi ainda 1,5 maiores do que em relação aos casados (IC 95%, 0,1 a 19,6). No que se diz respeito à escolaridade, tivemos uma prevalência de (90,9%) de sintomas de ansiedade entre os entrevistados que disseram possuir a quarta série completa e de (93,3%) entre aqueles que nem sequer completaram a quarta série, mostrando-nos uma razão de prevalência de 1,0 (IC 95%, 0,3 – 3,5), mas também sem nos mostrar uma associação estatisticamente significativa ($p= 0,8063$).

Tabela 5: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores sociodemográficos associados aos sintomas de ansiedade. Ji-Paraná/RO, 2009.

Fatores	n	Prevalência dos		
		sintomas de ansiedade (%)	RP (IC 95%)	P valor
Idade				
60 - 80	80	91,1	--	--
81 - 100	20	95,2	1.1 (0, 2a 6,3)	0,1423
Gênero				
Feminino	24	87,5	--	--
Masculino	76	93,4	1.1 (0.3 a 3.8)	0,3569
Estado civil				
Casado	5	66,7	--	--
Separado	30	90,0	1.4 (0.1 a 12.6)	0,4708
Solteiro	29	96,6	1.5 (0.1 a 19.6)	0,2763
Viúvo	36	88,9	1.3 (0.1 a 11,8)	0,4883
Escolaridade				
Quarta série completa	55	90,9	--	--
Menos de quarta série	45	93,3	1.0 (0.3 a 3.5)	0,8063

No seu trabalho sobre Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais Xavier *et al.*, (37), relata um percentual de (10,6%). A prevalência de ansiedade encontrada no nosso estudo entre os idosos de 81 a 100 foi de (95,2%). A ansiedade observada entre os pacientes não estava associada a um pior estado de saúde geral. Curiosamente, os sujeitos com ansiedade haviam ido menos ao médico no ano anterior, o que, eventualmente, poderia refletir esquivas sociais. A característica de maior número de queixas foi o de trato gastrointestinal entre os idosos com ansiedade.

Na comparação dos sintomas de ansiedade com relação aos fatores socioeconômicos e comportamentais, também não foi verificada nenhuma relação

estatisticamente significativa, mas foi possível analisar alguns aspectos interessantes quanto à questão da prevalência em alguns fatores.

No fator tempo de casa, as prevalências de sintomas foram elevadas em ambas as classes, (92,4%) entre aqueles que se encontram na casa há menos de quatro anos e (91,2%) entre aqueles que já se encontram na casa há mais de quatro anos. No fator crença, foi observada uma maior prevalência entre os católicos (93,3%) e menor prevalência entre aqueles de religião ignorada (66,7%). No caso das visitas que estes internos recebem, assim como ocorreu com os sintomas de depressão também os sintomas de ansiedade foram bem mais prevalentes entre aqueles internos que só recebem visitas de pessoas da comunidade (93,3%) e foram menores entre aqueles que recebem visitas de membros da família (82,9%), mostrando assim uma forte relação entre a existência destes sintomas com a questão da presença da família.

Tabela 6: Distribuição dos entrevistados quanto aos fatores socioeconômicos e comportamentais associados aos sintomas de ansiedade. Ji-Paraná/RO, 2009.

Fatores	n	Prevalência dos sintomas de ansiedade (%)	RP (IC 95%)	p valor
Tempo de casa				
Menos de 4 anos	66	92,4	--	
Mais de 4 anos	34	91,2	1,0 (0,3 a 3,4)	0,5503
Crença				
Católico	64	92,2	--	--
Evangélico	33	90,9	1,0 (0,3 a 3,4)	0,5516
Ignorado	3	66,7	0,7 (0,1 a 6,1)	0,2483
Visitas				
Comunidade	15	93,3		--
Amigos	33	90,9	1,0 (0,1 a 10,8)	0,6769
Família	52	82,9	1,0 (0,1 a 5,5)	0,3047

Segundo Yamamoto e Diogo (58), que elaborou um documento de caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições geriátricas, os recursos humanos mínimos necessários ao funcionamento das instituições asilares e suas respectivas cargas horárias são a assistência médica (10h semanais), assistência de enfermagem (24h/dia), assistência psicossocial (incluídos o assistente social e o psicólogo - 10h semanais), assistência nutricional (05h semanais) e assistência de reabilitação (que incluem o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta - 10h semanais). A Portaria 810/89 inclui ainda a necessidade de assistência odontológica, farmacêutica, apoio jurídico, administrativo, atividades de lazer e serviços gerais, (59).

E sintonia com este documento a Resolução COFEN-146, de 1992, (61) estabelece, em seu artigo 1º, que “toda instituição onde exista unidade de serviço que desenvolva ações de Enfermagem deverá ter Enfermeiro durante todo o período de funcionamento da unidade”.

6 CONCLUSÃO

A prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados, encontrada pelo presente estudo, é verificada pelo Inventário Beck de Depressão, foi de (87,0%) e de sintomas ansiosos quando verificada pela Escala de Avaliação de Hamilton foi de (92,0%). Embora os valores percentuais do atual estudo sejam menores do que outros já publicados foram estatisticamente significantes.

Particularmente quando se compara aos valores de depressão em idosos não institucionalizados, referidos pela OMS que é de (10,0%).

A debilidade nos serviços da instituição, com grande escassez de recursos humanos e em alguns casos infra-estrutura, principalmente no que se refere ao lazer, ocupação e saúde, explica o elevado índice de sintomas depressivos e ansiosos entre a população estudada, refletindo a importância do diagnóstico e do tratamento desse distúrbio que, muitas vezes, passam despercebidos pelos familiares, cuidadores e até mesmo clínicos. Acredita-se que mais de (60%) dos idosos asilados necessitem de uma interconsulta psiquiátrica, (58).

Recomenda-se a criação de programas nacionais com o objetivo de diminuir sintomas depressivos e ansiosos entre os idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA, E. A., PASIAN, S. R. e JACQUEMIN, A. **A vivência afetiva em idosos**. Psicologia Ciência e Profissão, vol.21 (1) Brasília Mar. 2001.
2. OLIVEIRA, D. A. A. P., GOMES, L., OLIVEIRA, R. F. **Prevalência de depressão em idosos que frequentam centro de convivência**. Revista de Saúde Pública, 40 (4): 734-6, 2006.
3. PEREIRA, D. A., TONON, D., HEIDEN, G. I., MANARA, L. M., HOFFMANN, R. B., MARTENDAL, S., MARTENDAL, S. **Envelhecimento Normal**. Trabalho apresentado com parte da avaliação na disciplina: "Introdução ao estudo da Medicina II" (MED-7002), em 22/outubro/2004. Seminários de integração sobre os aspectos morfofuncionais, de clínica médica e de saúde pública. Curso de graduação em Medicina, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
4. ROLLA, E. - apud: Gaviao, A.C. (1995) **Os efeitos da psicoterapia sobre alguns aspectos da personalidade de idosos**. Exame Geral de Qualificação. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.
5. MENNINGER, W. **Introduction: crises of adolescence and aging**. Bulletin Menninger Clinnic, 52 (3): 190-7, 1980.
6. BOSI, E. **Memória e sociedade**. 2ª edição. São Paulo: T.A. Queiroz Editor Ltda, 1983.
7. ERIKSON, E. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
8. RAJCZUK, L.; CASTRO, R.C.G. **Eventos discutem cuidados com os idosos**. Jornal da USP, 19 a 25/04/99: 8-9, 1999.
9. PAPALÉO-NETTO, M.; PONTE, J. R. **Envelhecimento: Desafio na transição do século**. In: PAPALÉO-NETTO, M. (Ed.). Gerontologia. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1996. p.3-12.
10. CORRÊA, A. C. O. **Epidemiologia psicogeriátrica e uso de psicofármacos no Brasil**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, p. 191-200, 1997.
11. ALMEIDA, O. P. **Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas**. Revista Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 12-18, 1999.

12. RAMOS, L. R. **A Saúde do Idoso no Brasil: Uma visão Clínico-Epidemiológica.** 1997. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1970.
13. BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2003. Seção 1, p.1.
14. MARTINS, M. S.; MASSAROLLO, M. C. K. B. **Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do estatuto do idoso segundo profissionais de hospital geriátrico.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 01 Set 2008.
15. GONCALVES, L. G.; VIEIRA, S. T.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. **Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 18 mar. 2009.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 325, de 21 de fevereiro de 2008. **Estabelece prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.** Diário Oficial União. 21 fev 2008; Seção 1:37-41.
17. DAVIM, R. M. B., TORRES, G. V., DANTAS, S. M. M. e LIMA, V. M. **Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>?. Acesso em: 01 Set 2008.
18. GARBIN, T. R. e MONTEWKA, A. **Análise de condições ambientais: um estudo sobre variáveis que facilitam a autonomia do idoso institucionalizado.** Em Livro de resumos IX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. (pp. 13-14). Campinas, 2000.
19. CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. **Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em: 01 Set 2008.

20. SILVA , Y. A. **A enfermagem nos serviços e programas públicos de atenção ao idoso**. Texto & Contexto Enfermagem, maio-agosto; 6(2): 127-36, 1997.
21. DUARTE, M. J. R. S. **Atenção ao idoso**: um problema de saúde pública e de enfermagem. Revista de Enfermagem UERJ, 2(1): 100-11, 1994.
22. RODRIGUES, R. A. P. DIOGO, M. J. D. e Organizadores. **Como Cuidar dos Idosos**. Campinas (SP): Papyrus; 1996.
23. BARROS, P. M. R. OLIVEIRA, M. V. C. VASCONCELOS, E. M. R. **Política de atenção institucionalizada ao idoso**. In: 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1998. setembro 20-25; Salvador, Bahia. Salvador: ABEn; p.128, 1998.
24. BARLOW, D. H.(org.). **Manual clínico do transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
25. BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
26. BATISTONI SST. **Depressão**. In: Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Alínea; p. 59-61. 2005.
27. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS – 10ª.REV. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.locaweb.com.br/cid.php.html>>. Acesso em: 23 jul. 2008.
28. CORRÊA, A. C. O. **Depressão e poliqueixas no idoso**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, n. 46, p.13-16, 1997.
29. SHMUELY, Y. **Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression**. Int Psychogeriatrics, New York, v. 13, n. 1, p. 63-73, 2001.
30. CARVALHO, V. F. C.; FERNANDEZ, M. E. D. **Depressão no idoso**. In: PAPALÉO-NETTO M. (Ed.). Gerontologia. São Paulo, Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1996.p. 160-173.

31. CORRÊA, A. C. O. **Depressão e suicídio no idoso**: uma crucial questão em psicogeriatría. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p.149-157, 1996.
32. KARSCH, U. M. **Idosos dependentes**: famílias e cuidadores. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19: 861-66.
33. SANT'ANNA, M. J. G. **a velhice que se aprende na escola**: um perfil de seus usuários. *In*: VERAS RP, organizador. **Terceira idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997. p.75-102.
34. VERAS R. P. **País jovem com cabelos brancos**: A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
35. HAYFLICK, L. **Velhice não é doença**. *In*: Hayflick L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p. 35-41.
36. STOPPE J. A., LOUZÃ N. MR. **Depressão na terceira idade**. São Paulo: Lemos;1998.
37. XAVIER, F. MF.; FERRAZ, M. PT.; TRENTI, C. M.; AGRIMON, I.; BERTOLLUCCI, P. H.; POYARES, D.; MORIGUCHI, E. H. **Transtorno de ansiedade generalizada em idosos com oitenta anos ou mais**. *Revista de Saúde Pública*, 35(3):294-302, 2001.
38. BYRNE, G. JÁ. **What happens to anxiety disorders in later life?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl I): 74-80, 2002.
39. MAIA, L. C., DURANTE, A. M. G. e RAMOS, L. R. **Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais**. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 650-656, 2004.
40. SKINNER, B. F. e VAUGHAN, M. E. **Viva bem a velhice**: aprendendo a programar a sua vida. (A. L. Neri, Trad.). São Paulo: Summus, 1985.

41. COES, M. C. R. **Ansiedade**: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vii. n. 2, p. 137-147, 1991.
42. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
43. FLECK, M. P. A., LIMA, A. F. B. S., LOUZADA, S., SCHESTASKY, G., HENRIQUES, A., BORGES, V. R. e CAMEY, S. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde**. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438, 2002.
44. CERVO, A.L.; BERVIAN, P. **Metodologia Científica**: para uso dos estudantes universitários. 3ª edição. São Paulo. Editora McGraw-Hill do Brasil, 1983.
45. ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 6. Ed. São Paulo. Atlas. 2004.
46. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição. São Paulo: Atlas S.A, p.41-42. 2002.
47. PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. **Exploratory research: a methodological procedure applied to the study of human factors in the field of public health**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29, n. 4, 1995 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>? Acesso em: 12 Jan 2008.
48. QUINTINO, S. M. **O processo de humanização no hospital municipal de Rolim de Moura – Rondônia**: limites e possibilidades. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2008.
49. ROCHA, E. M. **DST e Aids em regiões de fronteiras**: um estudo com caminhoneiros no Estado de Rondônia. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, 2008.
50. GORENSTEIN, C., ANDRADE, L. H. S. G. e ZUARDI, A. W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

51. DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVEN, K.; FAGAN, R. F. ARNER, T. G. Epi Info, Version 6: **A Word Processing, Database, and Statistics** Program for Epidemiology on Microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 1994.
52. LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. 7. Ed. São Paulo. Atlas. 2002.
53. FONSECA, M.G.P.; BASTOS. F.I.; DERRICO, M.; ANDRADE. C.L.T.; TRAVASSOS. C.; SZWARCOWALD. C. L. **AIDS, e grau de escolaridade no Brasil**: evolução temporal de 1986 a 1996. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(sup. 1) 77-87, 2000.
54. CALIL, H.M. e MIRANDA, A.M.A. **Transtornos depressivos**. In: Rotinas em Psiquiatria. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, p.140-52.
55. LEITE, V. M. M., CARVALHO, E. M. F., BARRETO, K. M. L., FALCÃO, I. V. **Depressão e envelhecimento**: estudo nos participantes do programa universidade aberta à terceira idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, 6 (1): 31-38, jan. / mar., 2006 31.
56. SANTANA, A. J.; FILHO, J. C. B. **Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.31, n.1, p.134-6. 2007
57. FLORIANO, P. J., DALGALARRONDO, P. **Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um programa de saúde da família**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 56(3): 162-170, 2007.
58. YAMAMOTO, A., DIOGO, M. J. D. **Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas**. Revista Latino Americana em Enfermagem, set. e out. 10(5):660-6, 2002

59. PORTARIA nº 810 **Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 22 set. 1989. Seção 1, p. 17297-8. 1996. 17. Piloto AA, Nunes ATGL, Assis M, Frias SR. O asilo na cidade do Rio de Janeiro. Gerontologia 1998 março; 6(1):7- 12.
60. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução no 196/96 de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Extraído de [<http://www.conselho.saude.gov.br>] acesso em [10 de agosto de 2009].
61. CONSELHO REGIONAL de Enfermagem (SP). **Documentos básicos de Enfermagem.** Enfermeiros, técnicos, auxiliares. Principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. São Paulo; 1977.

ANEXOS

ANEXO A

Instrumento de coleta de dados, adaptado ao modelo usado por Rocha, 2008.

1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO EM ESTUDO:

1.1 IDENTIFICAÇÃO

1.1.1 Local: _____ Data: _____ Tempo de casa: _____

1.1.2 Procedência: _____ Estado _____

1.1.3. Idade: _____ Sexo _____

1.1.4. Crença religiosa: _____

1.2. Estado Civil: () Casado (a) () Solteiro (a)
() Separado (a) () Viúvo (a) () Outros

1.3. Grau de instrução:
() Ensino fundamental () Ensino médio () Outros

1.4. Recebe visitas:
() Familiares () Amigos () Comunidade

1.5. Condição Sócioeconômica:

1.5.1. É aposentado (a)?
() Sim () Não () Outros

1.5.2. Renda mensal:
() 1 salário () 2 salários () Mais de 2 salários

2 – PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE

2.1. Depressão
() Sim () Não Grau: _____

2.2. Ansiedade
() Sim () Não Grau: _____

ANEXO B

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK.

Beck Depression Inventory – BDI (Beck et al., 1961) – versão revisada (Beck et al., 1979)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2, ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreva melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - 3 Estão tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quanto olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que serei punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.

- 2 Estou enjoado de mim.
- 3 Eu me odeio.
- 8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.
- 9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 - 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.0 Não choro mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais agora do que costumava.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
- 11.0 Não sou mais irritado agora do que fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 - 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.
- 12.0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
 - 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
 - 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
- 13.0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
 - 1 Adio as tomadas de decisões mais do que antes.
 - 2 Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes.
 - 3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
 - 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativo.
 - 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 - 3 Acredito que pareço feio.
- 15.0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
 - 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
 - 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
 - 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16.0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
 - 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 - 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.

- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.0 Não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19.0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
- 1 Perdi mais de dois quilos e meio.
 - 2 Perdi mais de cinco quilos.
 - 3 Perdi mais de sete quilos.
- Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: sim () não ().
- 20.0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
- 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
- 21.0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
 - 2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO C

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON. Hamilton Anxiety Scale – HAM-A (Hamilton, 1959).

INSTRUÇÕES: Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplo para orientação. Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

0 = AUSENTE.

1 = INTENSIDADE LEVE.

2 = INTENSIDADE MÉDIA.

3 = INTENSIDADE FORTE.

4 = INTENSIDADE MÁXIMA.

1. HUMOR ANSIOSO.....()
Inquietação, temor do pior, apreensão quanto ao presente ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.
2. TENSÃO.....()
Sensação de tensão, fadiga, reação de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar e agitação.
3. MEDOS.....()
De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.
4. INSÔNIA.....()
Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, temor noturno, etc.
5. DIFICULDADES INTELECTUAIS.....()
Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.
6. HUMOR DEPRIMIDO.....()
Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.
7. SOMATIZAÇÕES MOTORAS.....()
Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.
- TOTAL PARCIAL.....()
8. SOMATIZAÇÕES SENSORIAIS.....()
Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensação auditiva de ruído, zumbidos, etc.

9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES.....()
Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístole, etc.
10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS.....()
Pressão ou constrição no peito, dispneia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.
11. SINTOMAS GASTRINTESTINAIS.....()
Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação e cólicas.
12. SINTOMAS GENITURINÁRIOS.....()
Polaciúria, urgência de micção, amenorreia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.
13. SINTOMAS NEUROVEGETATIVOS.....()
Boca seca, palidez, ruborização, tendência à sudorese, tonturas, cefaleia de tensão, etc.
14. COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.....()
Geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa e face tensa.
Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudorese, respiração suspirosa.
- TOTAL GERAL.....()

ANEXO D

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – CEP-FACIMED

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável, em caso de recusar você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvidas você pode procurar o Pesquisador Responsável.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO

Pesquisador Responsável: JOAREIS FERNANDES DE AZEVEDO

Joareis Fernandes de Azevedo – pesquisador
Rua: Pedro Kemper nº 2638 – Bairro Brizon
Cep: 76.962-285 – Cacoal/RO
Telefone para Contato: (69) 9959-1166 e (69) 3441-9071

Professor Doutor: Carlos Alberto Bezerra Tomaz – orientador

O objetivo desta pesquisa é avaliar a incidência ou prevalência do transtorno de depressão e ansiedade em uma população de idosos institucionalizada.

Se concordar em participar desta pesquisa você será solicitado a responder a um formulário baseado no tema proposto.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e será garantido o anonimato. Você tem o direito de não querer participar ou sair desta pesquisa a qualquer momento, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

A metodologia para a obtenção de dados nesta pesquisa consiste em utilizar dois questionários, um para depressão e o outro para ansiedade cujos dados serão indicadores que levarão o pesquisador ao cumprimento do objetivo principal da pesquisa.

A pesquisa não causará nenhum risco, desconforto ou mal-estar durante a sua realização, a aplicação dos questionários será realizada pelo próprio pesquisador mantendo desta maneira sigilo absoluto sobre os dados nele contido e o mesmo ficará em poder do pesquisador durante cinco anos em local seguro e findo este tempo será incinerado.

Os benefícios que a pesquisa poderá trazer por meio das informações obtidas através da análise dos dados é uma atenção especial à população dessa instituição.

Caso concorde em participar solicitamos sua assinatura neste termo de consentimento.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
abaixo assinado, concordo em participar do projeto PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ – RO. Como sujeito fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador JOAREIS FERNANDES DE AZEVEDO sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar-me da pesquisa a qualquer momento.

Local e data: _____

Assinatura do sujeito (ou responsável)

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO F



Sociedade Regional de Educação e Cultura Ltda – SORREC
 Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED
 Portaria Ministerial nº 2.819 de 13/12/2001 – DOU de 17/12/2001.

PARECER DO CEP

Aos dias 10 de Dezembro de 2008 às 17:00 horas estiveram reunidos na FACIMED – Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, os componentes do CEP-FACIMED. A pauta do dia tratava da análise dos protocolos de Doutorado, Mestrado, Graduação (TCC) e Pesquisa Científica. Os protocolos foram apresentados e analisados por esta Comissão que deliberou quanto à sua aprovação, reprovação, ou colocados em pendência com a condição de que sejam reformulados e novamente encaminhados ao CEP. Segue o parecer sobre o seu projeto. Cabe ressaltar que os protocolos foram apresentados por título, sendo omitida a sua autoria, objetivando a impessoalidade, formalidade e objetividade no processo avaliativo.

PROJETO (401B-08) – **NÍVEL:** MESTRADO. **TÍTULO:** Estudo da prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no Município de Ji-Paraná Rondônia.

PARECER: O projeto está em conformidade com as normas éticas e institucionais.

RESULTADO: PROTOCOLO APROVADO

Cacoal, 10 de Dezembro de 2008

Mansueto Dal Maso
 Prof. Dr. Mansueto Dal Maso
 Comitê de Ética em Pesquisa
 FACIMED.

Avenida Cuiabá, 3087
 Jd. Cláudio - Cacoal/RO
 ☎ 66 69 3441 1958