

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

**QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE FAMILIAR,  
COMORBIDADES E POLIFARMÁCIA EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS COM E SEM SINTOMAS DE  
DEPRESSÃO**

**ROSA ANGÉLICA SILVEIRA REBOUÇAS BARBOSA**

**Mossoró – RN**

**2015**

**ROSA ANGÉLICA SILVEIRA REBOUÇAS BARBOSA**

**QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE FAMILIAR,  
COMORBIDADES E POLIFARMÁCIA EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS COM E SEM SINTOMAS DE  
DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Caroline Addison Carvalho Xavier de Medeiros

**Mossoró-RN**

**2015**

**Catálogo da Publicação na Fonte.  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.**

Barbosa, Rosa Angélica Silveira Rebouças.

Qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades e polifarmácia em idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão. / Rosa Angélica Silveira Rebouças Barbosa. – Mossoró, RN, 2015.

74 f.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Caroline Addison Carvalho Xavier de Medeiros

Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade. Faculdade de Enfermagem.

1. Depressão - Dissertação. 2. Idosos institucionalizados. 3. Qualidade de vida. I. Medeiros, Caroline Addison Carvalho Xavier de. II. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. III. Título.

UERN/BC

CDD 616.8527

Bibliotecária: Elaine Paiva de Assunção CRB 15 / 492

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA A DISSERTAÇÃO  
INTITULADA

**QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE FAMILIAR, COMORBIDADES E  
POLIFARMÁCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM E SEM  
SINTOMAS DE DEPRESSÃO**

Elaborada por

**ROSA ANGÉLICA SILVEIRA REBOUÇAS BARBOSA**

COMO REQUISITO FINAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE  
MESTRE EM SAÚDE E SOCIEDADE

**BANCA EXAMINADORA:**

Profª Drª Caroline Addison Carvalho Xavier de UFRN/RN *Caroline Addison C. X. Medeiros*  
Medeiros (Orientadora)

Profª Drª Patrícia Batista Barra Medeiros UERN/RN *Patrícia Batista Barbosa*  
Barbosa

Profª Drª Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira UFRN/RN *Ana Luisa B. C. Lira*

**Mossoró - RN**  
**2015**

## DEDICATÓRIA

Dedico o meu título de mestre aos meus pais, Rosana Márcia Coutinho Silveira Pinto e João Torres Pinto, que sempre estiveram ao meu lado, acreditando e investindo em mim. Dedico igualmente ao meu marido, Marcelo Cavalcanti Barbosa, que esteve comigo em todas as etapas de produção da dissertação, ajudando e incentivando, sendo, portanto, um coautor de suma importância.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, Jesus Cristo, Maria Santíssima e São José, pela oportunidade que foi concedida por eles de realizar o meu sonho de ter concretizado o mestrado. Agradecer por estarem comigo em todas as etapas de seleção, nas noites em claro de estudo, nas viagens para coleta de dados e em todos os momentos vividos durante o mestrado.

Agradeço aos meus pais, Rosana Márcia Coutinho Silveira Pinto e João Torres Pinto, por sempre acreditarem em mim, não medindo esforços para verem o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço ao meu marido, Marcelo Cavalcanti Barbosa, por estar sempre ao meu lado, ajudando na redação científica, dando dicas, viajando comigo para coleta de dados, ajudando na organização e nas estatísticas, tornando-se um pesquisador nato, tudo isso por amor e por querer sempre contribuir para a minha felicidade e meu sucesso.

Agradeço aos meus familiares, por acompanharem todas as etapas do meu mestrado, sempre rezando e torcendo por mim, em especial meus tios Fabiola Coutinho Silveira Filgueira e Silvio Justino Filgueira, que receberam tantas vezes em sua casa, acolhendo, escutando, aconselhando e apoiando, sendo exemplos a serem seguidos. Agradeço também ao meu cunhado João Paulo Matos Xavier que incentivou para que eu fizesse a inscrição do mestrado.

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Caroline Addison Carvalho Xavier de Medeiros, por sempre ser tão atenciosa, respondendo meus questionamentos com rapidez, suportando a minha teimosia e inexperiência tão calmamente. Agradeço por todos os ensinamentos, principalmente o da objetividade.

Agradeço aos membros da banca, Dra. Patrícia Batista Barra Medeiros Barbosa e a Dra. Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira, pela disponibilidade e contribuições. Agradeço a professora Dra. Aurigena Antunes de Araújo pela importante colaboração na análise estatística dos resultados da dissertação. Agradeço também a minha parceira de coleta de dados, Ingrid Fernandes, aos professores, secretária do programa e colegas da turma do mestrado, por compartilharmos momentos únicos e construtivos. Assim como agradeço aos responsáveis pelas instituições nas quais coletamos os dados e aos amados idosos.

# SUMÁRIO

	RESUMO.....	07
	ABSTRACT.....	08
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
1.1	O Problema.....	09
1.2	Objetivos.....	10
1.2.1	Objetivo geral.....	10
1.2.2	Objetivos específicos.....	11
1.3	Justificativa.....	11
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1	Envelhecimento e políticas públicas.....	14
2.2	Institucionalização e depressão no idoso.....	20
2.3	Qualidade de vida dos idosos.....	22
2.4	Comorbidades nos idosos.....	25
2.5	Polifarmácia em idosos.....	27
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>30</b>
3.1	Caracterização da pesquisa.....	30
3.2	População e Amostra.....	30
3.2.1	População.....	30
3.2.2	Amostra.....	31
3.3	Instrumentos para coleta dos dados.....	31
3.4	Procedimento da coleta dos dados.....	33
3.5	Análise estatística.....	34
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>34</b>
4.1	Variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados.....	34
4.2	Qualidade de vida dos idosos institucionalizados.....	38
4.3	Percepção do suporte familiar dos idosos institucionalizados.....	39

4.4	Comorbidades dos idosos institucionalizados.....	42
4.5	Polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas dos idosos institucionalizados.....	44
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>



## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados	35
TABELA 2	Qualidade de vida dos idosos institucionalizados	38
TABELA 3	Percepção do suporte familiar dos idosos institucionalizados	40
TABELA 4	Comorbidades dos idosos institucionalizados	42
TABELA 5	Polifarmácia quantitativa dos idosos institucionalizados	44
TABELA 6	Classes terapêuticas dos idosos institucionalizados	45

## RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno relevante do século XXI, e a depressão é uma das doenças crônicas mais determinantes da incapacidade funcional em idosos, sendo um importante problema de saúde pública, devido à alta demanda de utilização de serviços de saúde, aos elevados custos financeiros e à diminuição da qualidade de vida dos idosos acometidos por tal doença. A institucionalização do idoso pode diminuir o estado de saúde e a qualidade de vida dessa população. O objetivo deste estudo foi analisar as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas de idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão. Trata-se de um estudo transversal, em Instituições de Longa Permanência para Idosos, no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Dois grupos de idosos institucionalizados foram comparados (138 idosos: 69 com e 69 sem sintomas depressivos). Os instrumentos de coleta utilizados foram: Mini-Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida, Questionário Sociodemográfico, Qualidade de Vida (World Health Organization Quality of Life abbreviated) e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar. Na presente pesquisa, os idosos com sintomas depressivos apresentaram uma qualidade de vida inferior em relação aos idosos sem sintomas depressivos. Outros fatores influenciaram negativamente a qualidade de vida dessa população: baixas condições econômicas, deficiente assistência familiar, ocorrência de doenças, uso de diversas classes terapêuticas e alta polifarmácia quantitativa. Estes resultados têm implicações importantes na tomada de decisões quanto às estratégias para melhorar o estado de saúde dos idosos institucionalizados.

Palavras-Chave: Depressão; Idosos institucionalizados; Qualidade de vida; Percepção do suporte familiar; Polifarmácia.

## ABSTRACT

Aging is a relevant phenomenon of the century, and depression is one of the determinants of chronic diseases functional disability in the elderly, is an important public health problem due to the high demand for use of health services, high financial costs and decreased quality of life of elderly patients with this disease. The institutionalization of the elderly can decrease the health status and quality of life of this population. The objective of this study was to analyze the sociodemographic variables, quality of life, family support, comorbidities, quantitative polypharmacy and therapeutic classes among institutionalized elderly people with and without depressive symptoms. This is a cross-sectional study, in long-stay institutions for the elderly, in the state of Rio Grande do Norte, Brazil. Two groups of institutionalized elderly were compared (138 elderly: 69 with and 69 without depressive symptoms). The instruments used were: Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale reduced version, Sociodemographic Questionnaire, Quality of Life (World Health Organization Quality of Life abbreviated) and the Inventory Perception of Family Support. In this study, older adults with depressive symptoms had a quality of life lower when compared to those without depressive symptoms. Other factors negatively influenced the quality of life of this population: poor economic conditions, poor family support, occurrence of diseases, use of various therapeutic classes and high quantitative polypharmacy. These results have important implications in making decisions about strategies to improve the health status of institutionalized elderly.

Keywords: Depression; Institutionalized elderly; Quality of life; Perception of family support; Polypharmacy.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 O PROBLEMA

A etapa da vida caracterizada como velhice pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Essa interação institui-se de acordo com as condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais que o idoso está inserido (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O crescimento da população com sessenta anos ou mais é um fenômeno observado mundialmente, decorrente do aumento da expectativa de vida e da redução da taxa de natalidade (HARTMANN JUNIOR, et al., 2012). No Brasil, o número de idosos que, em 1960 era cerca de 3 milhões, passou para 7 milhões em 2006 e 20 milhões em 2008, representando um aumento de 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2013 contabilizou-se 26 milhões de idosos no Brasil, sendo 405 mil no estado do Rio Grande do Norte (IBGE, 2014).

O crescimento populacional dos idosos representa um significativo aumento de doenças crônico-degenerativas, bem como declínio nas funções psicológicas e sociais, o que expõem os idosos à vulnerabilidade física e emocional. A literatura tem apontado para a prevalência de altos índices de transtornos de humor na terceira idade, entre os quais se destaca a depressão (GALHARDO, et al., 2010).

A depressão representa um distúrbio de origem multifatorial da área do humor ou afetiva, que exerce um forte impacto funcional, envolvendo numerosos aspectos de ordem biológica, psicológica e social, possui importantes repercussões no idoso pelo risco inerente de morbidade e cronicidade (CARREIRA, et al., 2011).

Um fator estressante que pode ocasionar depressão é a institucionalização, podendo ser o ponto de partida para a desestruturação psíquica do idoso (SOARES, et al., 2010), sendo considerada como um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da doença entre os idosos (SANTIAGO; MATTOS, 2014).

Embora as Leis brasileiras assegurem maior direito ao idoso na convivência familiar e na comunidade, muitos dependerão de cuidados em Instituições de Longa Permanência (ILPI), devido a fatores culturais, econômicos, fragilidade no arranjo familiar e disponibilidade de serviços alternativos (DEL DUCA, et al., 2012). Segundo Calkins; Cassella (2007), a perda de independência e espaço de partilha são apenas duas dificuldades notáveis que podem desencadear sintomas depressivos e diminuir a autoestima, bem-estar e a qualidade de vida do idoso institucionalizado.

Outro fator que contribui para a depressão em idosos institucionalizados é a baixa percepção em relação ao suporte familiar (OLIVEIRA, et al., 2014).

Outra problemática refere-se ao uso excessivo de medicamentos decorrente das diversas doenças que acometem os idosos, configurando a polifarmácia quantitativa. A administração de medicamentos, em qualquer faixa etária, pode gerar reações indesejadas, entretanto, a incidência dessas aumenta proporcionalmente com a idade. Os esforços para minimizar os perigos advindos da polifarmácia quantitativa devem ser intensificados, principalmente nas prescrições de medicamentos destinados aos idosos (FERREIRA; YOSHITMOE, 2010).

Nesse contexto, esta pesquisa busca responder os seguintes questionamentos: quando comparados os grupos de idosos institucionalizados com e sem sintomas depressivos, há diferenças em relação às variáveis sociodemográficas, qualidade de vida, percepção do suporte familiar, comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas entre os grupos? Quais dessas variáveis são determinantes para promoção dos sintomas depressivos?

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Identificar as variáveis determinantes para o surgimento de sintomas depressivos em idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as variáveis sociodemográficas dos idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão;
- Avaliar a percepção do suporte familiar e a qualidade de vida em idosos com e sem sintomas depressivos;
- Verificar as comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas dos idosos com e sem sintomas depressivos.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento é um fenômeno relevante do século XXI e a depressão é uma das doenças crônicas mais determinantes da incapacidade funcional em idosos, sendo um importante problema de saúde pública, devido à alta demanda de utilização de serviços de saúde, aos elevados custos financeiros e à diminuição da qualidade de vida dos idosos acometidos por tal doença.

A velocidade com que ocorre o envelhecimento populacional, especialmente nos países em desenvolvimento, tornou-se tema da atualidade (JOBIN et al., 2010). Com as melhorias nas condições de vida, a diminuição dos índices de mortalidade, das taxas de natalidade e do desenvolvimento de novas tecnologias que vislumbram tratamentos, observa-se um aumento da expectativa de vida e maior proporção do número de idosos mundialmente (WHEBERTH, 2011).

Apesar do aumento da expectativa de vida ser uma conquista social, não há garantias de que o envelhecimento seja acompanhado de qualidade de vida, tendo em vista que o crescimento demográfico da população idosa representa um significativo aumento de doenças crônico-degenerativas. A literatura tem apontado para a prevalência de altos índices de transtornos de humor na terceira idade, entre os quais se destaca a depressão (GALHARDO et al., 2010).

É interessante ressaltar que a depressão não faz parte do processo natural de envelhecimento, porém muitas vezes é subdiagnosticada e subtratada por ser confundida com um quadro fisiológico característico do próprio envelhecimento. Tal

fato colabora com o agravamento da doença e diminuição da qualidade de vida do idoso. Quanto mais cedo os sinais e sintomas da depressão forem diagnosticados e tratados, mais efetiva será a recuperação (SANTOS et al., 2010). Dessa forma, torna-se um grande desafio, em se tratando de políticas públicas, atender às necessidades dos idosos, promovendo o envelhecimento aliado a uma boa qualidade de vida (SANTOS et al., 2010).

Em relação às restrições que estão atreladas ao processo de envelhecimento, podem ser citadas, as limitações motoras, cognitivas, dificuldades funcionais, vigência do uso de vários medicamentos, enfermidades neuropsiquiátricas, dentre outras, que podem contribuir para o surgimento de sintomas característicos de estados depressivos (CHEIK et al., 2003).

As políticas públicas de saúde destacam que a família é a primeira fonte de suporte a qual seus membros recorrem para resolução de problemas (CAMACHO; COELHO, 2010). Entende-se que a família, por sua posição nuclear, é responsável por cuidar da pessoa idosa. Por outro lado, a institucionalização só deve ocorrer no caso de completa ausência de parentes ou como medida preventiva para garantir a sobrevivência da pessoa idosa. Na prática a realidade é outra: situações de humilhação, insultos e maus tratos são a cada vez mais comuns no cotidiano da pessoa idosa (CAMARGOS et al., 2006).

A realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos modelos de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas afim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Autonomia, participação, cuidado, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são, hoje, conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (CAMACHO; COELHO, 2010).

Incentivo a pesquisa e criação de políticas públicas voltadas aos idosos constituem fatores de proteção para a depressão e devem ser implementadas de modo a não privilegiar apenas o aspecto curativo, mas, principalmente, o preventivo (SOARES, 2013). Recomenda-se a criação de programas, financiamento de iniciativas nas áreas de educação e pesquisa, custos de tratamento e redução dos

fatores de risco, visando aos idosos melhor saúde e, conseqüentemente, maior longevidade (GRASEL, 2012).

As políticas públicas em saúde devem ser planejadas a partir de informações respaldadas por evidências científicas. Há necessidade de uma reorientação dos serviços, discutindo as estratégias preventivas e de promoção a saúde dos idosos. Os profissionais que trabalham diretamente com essa população devem ser submetidos a treinamentos e capacitações de forma contínua, adequando-se as necessidades dos idosos.

A atenção à saúde do idoso é uma especialidade em expansão, mas carece de profissionais com conhecimentos técnico-científicos para abordagem do indivíduo em processo de envelhecimento. Torna-se necessário conhecer as características sociais, econômicas, culturais, psicológicas, as necessidades e demandas desse grupo populacional para propor estratégias, pois o maior temor da velhice está relacionado com a perda da saúde.

O trabalho em questão busca contribuir para a comunidade científica, visto que são escassas as pesquisas que abordem depressão, qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas, concomitantemente, em idosos institucionalizados; busca proporcionar benefícios as Instituições de Longa Permanência com a divulgação dos dados coletados que servirão de subsídios para mudanças, auxiliando na melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados; assim como é de relevância social para os profissionais da área e população geral.



## **2 REVISAO DA LITERATURA**

### **2.1 ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. É definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do número de pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

O envelhecimento saudável é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003). O processo de envelhecimento caracteriza-se por mudanças biológicas, psíquicas, sociais e ambientais (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

No século XXI ocorreu uma mudança na pirâmide etária mundial, em decorrência disto, o estudo do envelhecimento passa a ser foco de atenção, gerando ações sociais e governamentais, além de exigir profissionais qualificados que atuem nesta área. Tanto os países desenvolvidos como aqueles em desenvolvimento vêm apresentando de forma rápida o processo de envelhecimento, o qual constitui uma importante conquista do presente século (BENEDETTI et al., 2008).

A mudança na pirâmide etária se deve a vários fatores: o controle de muitas doenças infecto-contagiosas e potencialmente fatais, sobretudo a partir da descoberta dos antibióticos, dos imunobiológicos e das políticas de vacinação em massa; diminuição das taxas de fecundidade; queda da mortalidade infantil, graças à ampliação de redes de abastecimento de água e esgoto e da cobertura da atenção básica à saúde; acelerada urbanização e mudanças nos processos produtivos, de organização do trabalho e da vida (MINAYO, 2000).

O Brasil caminha velozmente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido; fenômeno que implicará na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente daquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2010).

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3/6/96 através do Decreto 1.948/96, amplia significativamente os direitos dos idosos. Surge num cenário de crise no atendimento à pessoa idosa, exigindo uma reformulação em toda estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil (COSTA, 1996). A Política do Idosos tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

Um dos princípios que rege a política nacional do idoso é que a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo a participação na comunidade, defendendo a dignidade, bem-estar e o direito à vida. Entre as diretrizes, a viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações (BRASIL, 1994).

Quanto as ações governamentais, na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos, ações na área de promoção e assistência social, na área da saúde, educação, na área de trabalho e previdência social, habitação e urbanismo, na área da justiça, cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1994).

Entre as ações governamentais propostas estão: prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais; estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso (BRASIL, 1994).

Na área da saúde deve-se garantir ao idoso a assistência nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a

prevenção, tratamento e reabilitação; incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade (BRASIL, 1994).

Adicionalmente, em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso, sendo considerado como uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa.

O estatuto do idoso é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. É 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 (BRASIL, 2003).

É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais (BRASIL, 2003).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), representando, assim a atualização da antiga portaria (nº 1935/94). Esta Portaria traz um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional ao serem formuladas políticas para a saúde da população idosa, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser

pautadas de acordo com estas especificidades. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do envelhecimento ativo e saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas, em 2002 (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência a pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

A PNSPI tem, entre as suas considerações e pressupostos, o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da Ciência; o conceito de que saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, além do compromisso brasileiro com a Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002 (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi atualizada, considerando o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do SUS e reafirmando a necessidade de enfrentamento dos desafios impostos por um processo de envelhecimento, ora caracterizado por doenças e/ou condições crônicas não-transmissíveis, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas. Dentre tais desafios ressalta-se a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2003).

Outra política pública para a saúde do idoso é o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população

brasileira. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do Idoso; Controle do câncer do colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A Saúde do Idoso, segundo o Pacto pela Vida, segue as seguintes diretrizes (BRASIL, 2006):

- a. Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b. Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c. Estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção;
- d. A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- e. O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- f. Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g. Fortalecimento da participação social;
- h. Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i. Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- j. Promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- k. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

As ações estratégicas do Pacto pela Vida referente à saúde do idoso são as seguintes (BRASIL, 2006):

- a. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- b. Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa - para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- c. Programa de Educação Permanente à Distância – implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para

profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

d. Acolhimento - reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

e. Assistência Farmacêutica - desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

f. Atenção Diferenciada na Internação - instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

g. Atenção domiciliar – instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

Assim, o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação. Também deve abrir campo para a possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

## 2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO E DEPRESSÃO NO IDOSO

No Brasil, as Instituições de Longa Permanência (ILPI) são estabelecimentos públicos ou privados que promovem cuidados abrangentes para os idosos que são funcionalmente dependente ou independente, e que não podem ficar com as suas famílias ou em sua própria casa (MAFRA, 2013).

Ao entrar na instituição os idosos deixarão seus familiares, sua casa, perdendo a sua autonomia e tornando-se dependentes de terceiros (SOARES et al., 2010). O idoso institucionalizado geralmente fica isolado, ocioso, com déficit no exercício de suas funções físicas, psicológicas e sociais, sendo a institucionalização um forte fator de risco para o surgimento e agravamento da depressão do idoso, interferindo na qualidade de vida (HARTMANN JUNIOR et al., 2012).

O aumento da população idosa no Brasil nas últimas décadas reflete na busca pelos serviços de instituições asilares (CAMARANO; KANSO, 2010). São várias as razões que levam um idoso a procurar uma ILPI, como por exemplo, a necessidade por serviços de saúde integrada, tanto de forma espontânea pelo idoso quanto encaminhado por familiares. Entre outras motivações estão os problemas nas relações familiares, a solidão e o abandono (BESSA; SILVA, 2008). Um estudo evidenciou que a indicação familiar foi o principal motivo da institucionalização (62,84%), seguida pela busca espontânea dos idosos (26,5%) e 10,66% corresponde àqueles encaminhados por outros motivos (CHEHUEN NETO, et al., 2011).

A institucionalização é um fator estressante que pode ocasionar depressão, podendo ser o ponto de partida para a desestruturação psíquica do idoso (SOARES, et al., 2013), sendo considerada como um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da doença entre os idosos (SANTIAGO; MATTOS, 2014).

Do ponto de vista neurofisiológico, a depressão é caracterizada por uma alteração bioquímica no cérebro causada pela deficiência no metabolismo de serotonina, principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor (GALHARDO et al., 2010).

Azevedo (2009) constatou que 87% dos idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná/RO apresentavam sintomas depressivos. Altas taxas

também foram encontradas em instituições asilares de Pernambuco, onde 84,2% dos idosos institucionalizados eram portadores de depressão (HARTMANN JUNIOR et al., 2012). Os resultados retratam a preocupante realidade evidenciada em estudos realizados nas instituições de longa permanência, pois não só constata a existência de depressão, como também revelam que esta doença atinge elevado percentual nos idosos.

Rossetto (2012) detectaram 75% de depressão em idosos residentes em uma ILPI, percentual aproximado ao de Drago; Martins (2012), que constataram 71,4%. Uma pesquisa realizada com idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte/CE encontrou uma prevalência de 65% de idosos com indícios de quadro depressivo (NASCIMENTO, 2013), percentual idêntico (65%) foi identificado em um estudo que avaliou a solidão e depressão nos idosos institucionalizados (PEREIRA, 2010).

Uma pesquisa com idosos da instituição Obra Unida Lar Ozanam, em Muriaé/MG, revelou que 53,33% apresentaram comportamento depressivo (CHAVES, 2012), resultado consonante com estudo de Siqueira (2009), que encontrou 51%. Percentual aproximado foi detectado por Silva (2012), que obteve 49% de idosos depressivos. Um estudo realizado em lares de idosos do distrito de Bragança obteve uma taxa de depressão de 46,7% (VAZ, 2009).

Quanto mais cedo os sinais e sintomas da depressão forem diagnosticados e tratados mais efetiva será a recuperação do idoso (SANTOS et al., 2010). Estudo evidenciou uma prevalência significativamente alta de sintomatologia depressiva (76,4%), fato desconhecido pela instituição, o que reforça o caráter subclínico da doença (SOUZA; PAULUCCI, 2011). Ressalta-se que a detecção precoce é importante para evitar o desenvolvimento do quadro, prevenindo seus efeitos negativos, contribuindo para a saúde e qualidade de vida dos idosos depressivos (NEU, et al., 2011).

Tendo em vista que a depressão é uma doença incapacitante e que expõe o idoso à riscos de aumento da morbidade e cronicidade, é importante conhecer as condições que possam prevenir ou minimiza-la. O diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir as possíveis consequências da depressão nos idosos. Para isto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para obterem



competência e familiaridade com as características da depressão no idoso, e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos através do uso de escalas de depressão (ALMEIDA; MURAI, 2010).

Observou-se que o exercício da escuta é muito importante para a recuperação de um idoso deprimido. Mediante ao dar ouvidos, o idoso pode relatar algo que pode servir para a sua reabilitação (CHAVES, 2012). Profissionais da saúde e cuidadores de idosos devem ter a preocupação de tratá-los com atenção, paciência e perseverança, a ponto de minimizar as limitações que cada um apresenta.

A falta de participação social representa um preditor de depressão (AMENDOLA, 2010). Embora o contexto asilar atenda parcialmente às necessidades básicas dos idosos, nem sempre estimula a atividade deles, os quais tendem a se tornar mais introspectivos e isolados do convívio social, sendo as relações interpessoais fundamentais para a qualidade de vida e a preservação da saúde mental (CARREIRA et al., 2011).

A institucionalização poderia ser evitada, segundo Bessa; Silva (2008), caso fossem efetivas as políticas direcionadas aos idosos, especialmente no aspecto relativo à saúde, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma rede de serviços, especialmente na atenção básica, que podem apoiar as famílias que decidam permanecer com seus idosos, mesmo dependentes. É necessária uma tomada de decisão política e de formação dos profissionais para a incumbência deste cuidado.

### **2.3 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS**

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos (VECCHIA et al., 2005). Trata-se de um tema abrangente, que envolve múltiplas definições, as quais enfatizam a ideia de bem estar físico, emocional, social, econômico, satisfação com a própria vida e, ainda,

boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer e crescimento individual (CAMPOS, 2007).

Adota-se aqui o conceito de qualidade de vida como expressão da melhor satisfação subjetiva de uma pessoa em dada circunstância, conforme a rede de atenção de que dispõe e a capacidade de autodeterminar vontades, desejos, necessidades e a condução da própria vida. Privilegia-se uma gama de construtos que reunidos edificam o viver bem, a satisfação e a garantia das necessidades individuais para uma vida digna, de acordo com os preceitos do exercício da cidadania (OLIVEIRA, 2006).

Em relação à população idosa, a qualidade de vida envolve desde aspectos biológicos e funcionais até os socioculturais. O envelhecimento com qualidade de vida é a combinação da baixa probabilidade de adoecimento e deficiências, manutenção das funções físicas e cognitivas, atividades produtivas, espiritualidade, relacionamentos interpessoais e boas condições de vida (LIMA et al., 2008).

O processo de envelhecimento, que nos países desenvolvidos ocorre acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, em países em desenvolvimento, como o Brasil, ocorre rapidamente e num contexto de desigualdades sociais, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e reduzidos recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondam às demandas do novo grupo etário emergente (PEREIRA et al., 2006).

Torna-se um grande desafio, principalmente em se tratando de políticas públicas, atenderem às necessidades dos idosos, promovendo o envelhecimento aliado a uma boa qualidade de vida. Os programas de promoção da saúde dos idosos são cada vez mais requeridos, sendo necessária ampliação e aprimoramento das ações (JOIA et al., 2007).

A avaliação da qualidade de vida vem crescendo em importância como medida de avaliação de saúde, o que estimulou a formação do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL Group) para desenvolver medidas que considerem a qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional em que os diferentes países e culturas possam influenciar conceitos que norteiam a elaboração das questões até sua validação. Além do caráter

transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações. A aplicação desses instrumentos é ampla e inclui não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação da efetividade do tratamento, do funcionamento de serviços de saúde e pode ser utilizado como guia para políticas de saúde (KLUTHCOYSKY; KLUTHCOYSKY, 2009).

Estudos mostram a importância da existência de programas de saúde voltados aos idosos, sendo necessário conhecer as particularidades dos mesmos, e principalmente as razões que dificultam ou impedem o paciente de realizar atividades que poderiam beneficiá-lo, sendo esta uma das formas de promover a saúde e a qualidade de vida global (FERREIRA, 2009).

A capacidade funcional é um importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos, resultando em maior influência do domínio físico (SANTOS et al., 2007). Tal domínio é um importante preditor de depressão, pois gera maior dependência para desenvolver as atividades diárias (CONTE; SOUSA, 2009; VAZ, 2009). Estudos demonstram que idosos envolvidos na prática frequente de atividade física têm melhores escores em todos os domínios da qualidade de vida (ALENCAR et al., 2010). Serbim; Figueiredo (2011) destacaram o domínio social como o mais determinante, enquanto que o domínio que menos contribuiu foi o físico para a qualidade de vida.

Um importante preditor de depressão em idosos é a maior dependência para desenvolver as atividades diárias e menor participação em atividades de lazer (VAZ, 2009). As maiores proporções de deprimidos foram observadas entre indivíduos com alto nível de dependência física (LIMA, 2009). Não praticar exercícios físicos, também foi relacionado à depressão em alguns estudos (CONTE; SOUSA, 2009; DOMINGUES; NERI, 2009; FERREIRA, 2009).

Embora o contexto asilar atenda parcialmente às necessidades básicas dos idosos, nem sempre estimula a atividade deles, os quais tendem a se tornar mais introspectivos e isolados do convívio social, sendo as relações interpessoais fundamentais para a qualidade de vida e a preservação da saúde mental (CARREIRA et al., 2011). Bestetti; Chiarelli (2012) evidenciaram que há poucas

atividades desenvolvidas nas ILPI, o que prejudica o idoso, afetando cognição, aumentando a dependência e diminuindo o círculo social.

É necessário desenvolver estratégias de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção à saúde do idoso, garantindo melhor qualidade de vida de modo a propiciar um envelhecimento saudável (BRAGA et al., 2011). Exercícios físicos, dinâmicas de grupo, músicas da época, danças, músicos convidados, peças teatrais, passeios, criação de brinquedoteca (contendo computador, jogos, livros, histórias bíblicas) e realização de trabalhos manuais, são iniciativas que proporcionam autonomia, protagonismo, autoestima, motivação, bem-estar, interação social e maior qualidade de vida aos idosos institucionalizados (HARTMANN JUNIOR et al., 2012; ROSSETO, 2012; SALGUEIRO, 2011; GREGORUTTI; ARAÚJO, 2012; LUCCA; RABELO, 2011). Recomenda-se a criação de projetos acadêmicos e políticas públicas baseadas nesses fatores, sendo bastante viável tal implantação, pois são de baixo custo e contribuem para a qualidade de vida dos idosos (ALENCAR et al., 2010).

Estudo realizado com idosos institucionalizados investigou a relação existente entre sintomas depressivos e prática de atividade física e observou os efeitos positivos da atividade física, reduzindo os sintomas depressivos e aumentando a qualidade de vida (SALGUEIRO, 2011). A prática de exercícios físicos é um fator importante para a baixa ocorrência de sintomas depressivos, elevada autoestima e motivação dos idosos (MEURER, 2012).

## **2.4 COMORBIDADES NOS IDOSOS**

A medida que as pessoas envelhecem, observa-se maior vulnerabilidade à aquisição de patologias crônico-degenerativas, com possibilidades de ficarem com dependência funcional e conseqüentemente, familiar, emocional e econômica. A velhice nunca deve ser confundida com doença. A saúde e o bem-estar do idoso estão relacionados intimamente à autonomia e independência que ele possui (MOURA; CAMARGOS, 2005).

Em relação ao número de doenças como fator de risco ao surgimento de sintomatologia depressiva em idosos, estudo constatou que ter três ou mais doenças é preditivo de depressão (DOMINGUES; NERI, 2009). Pesquisa que investigou fatores biopsicossociais associados à presença de sintomatologia depressiva, observou associação entre o número de enfermidades crônicas presentes com a depressão em idosos (SUASSUNA, 2012). Um dos principais fatores de risco para depressão em idosos residentes ILPI foi presença de doenças físicas (CONTE; SOUSA 2009).

A depressão pode ser resultado do impacto físico e psicológico causado por doenças crônicas, além de também poder desencadear uma doença física ou agravá-la. Vale ressaltar que a patologia depressiva também pode simular doenças físicas por meio dos seus sintomas somáticos e também pode coexistir com elas (FERNANDES, 2010).

Hipertensão (FERNANDES, 2010, FERREIRA, 2013), insuficiência renal (BANDEIRA, 2012, CONDE, 2013), *diabetes mellitus* (FERNANDES, 2010), sequelas de acidente vascular cerebral (AMENDOLA, 2010), doenças hepáticas, artrite (CONDE, 2013), problemas musculoesqueléticos, alterações visuais (FERNANDES, 2010) são doenças relacionadas à depressão em idosos.

Em um estudo realizado por Lenardt et al. (2009), observou-se elevada prevalência de doenças, e as três mais frequentes foram hipertensão (85%), dislipidemias (35%) e depressão (30%). Outros autores também constataram que a hipertensão prevaleceu entre idosos institucionalizados (MARTIN-GARCIA et al., 2013; FERREIRA, 2013; CHEHUEN NETO et al., 2011; FOCHAT et al., 2012).

As condições de saúde podem trazer amplas repercussões na vida dos idosos, principalmente na presença de doenças crônicas. Sabe-se que as doenças crônicas podem levar a deficiências nos órgãos do corpo e à incapacidade, afetando a realização das atividades de vida diária e a participação social. A utilização de escalas para avaliações, tais como a escala de depressão geriátrica é um instrumento útil e fornece parâmetro quantitativo para a monitorização da eficácia terapêutica. Além das informações clínicas, os aspectos subjetivos retratam a percepção individual dos idosos sobre sua saúde e sua valorização na assistência gerontológica e melhora na sensação de bem-estar (LENARDT et al., 2009).

Tendo em vista que a depressão é uma doença incapacitante e que expõe o idoso à riscos de aumento da morbidade e de cronicidade, é importante conhecer condições que possam prevenir ou minimiza-la (DOMINGUES; NERI, 2009).

## **2.5 POLIFARMÁCIA EM IDOSOS**

O aumento da incidência de doenças crônicas entre idosos contribui para a utilização de grande quantidade de medicamentos e, quanto mais forem utilizados, maior é o risco de efeitos colaterais (LENARDT et al., 2009).

O impacto das doenças nos idosos é um dos fatores que acentua o uso de medicamentos nessa faixa etária. Através do padrão de morbidade dos institucionalizados pode-se verificar que entre o consumo de medicamentos predominam as patologias crônicas próprias desta idade e uso de classes terapêuticas para tratamento de doenças do aparelho cardiovascular, dislipidemias e tranquilizantes (SILVA, 2008).

No Brasil, cerca de 70% dos idosos apresentam pelo menos uma patologia crônica, necessitando de tratamento farmacológico e uso regular de medicamentos, o que facilita a polifarmácia (GOMES; CALDAS, 2008). Diante disso, a polifarmácia torna-se um dos principais problemas da terapia medicamentosa no idoso. Define-se polifarmácia como a utilização concomitante de dois ou mais fármacos, o uso dispensável de pelo menos um medicamento, ou ainda o tempo de consumo excessivo (BERMUDEZ, 2010). Pode ser classificada em leve, moderada e grave. Considera-se leve a utilização de dois a três medicamentos, moderada de quatro a cinco e grave, mais de cinco (KUSANO, 2009).

Os idosos são os mais expostos à polifarmacoterapia na sociedade. Idosos na faixa etária de 65 a 69 anos consomem uma média de 13,6 fármacos, enquanto idosos com 80 a 84 anos chegam a consumir 18,2 fármacos por ano (SILVA; MACEDO, 2013). A classe terapêutica mais utilizada são os anti-hipertensivos. (SOUZA, 2014).

É importante destacar os fatores que contribuem para a prática da polifarmácia em idosos. Com o surgimento de múltiplas patologias e sintomas,

aumenta a procura destes indivíduos por diversas especialidades médicas, o que resulta na duplicidade de prescrição e tratamento de um efeito adverso não diagnosticado (CARVALHO, 2007). Outro fator a ser considerado é a reação adversa que em idosos muitas vezes desconsidera-se que o sintoma exibido possa ser reação adversa de um fármaco em uso. Isto conseqüentemente resulta na prescrição desnecessária de outro fármaco e não na substituição ou alteração e dose do medicamento que está originando o efeito adverso (ROLLAND; VOGT, 2003).

Idosos são mais vulneráveis às ocorrências de interações medicamentosas, devido aos processos farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos fármacos e às alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, sobretudo nas funções hepáticas, renal e cardíaca, além da perda da massa muscular, de água corpórea total e de albumina sérica (SECOLI, 2010). Além disso, a maioria da população idosa utiliza fármacos de uso crônico. E a utilização simultânea de múltiplos medicamentos, ou seja, a polifarmácia, como já mencionada anteriormente, é a regra, e não a exceção, o que predispõe à ocorrência de interações medicamentosas (GOMES; CALDAS, 2008).

O processo de envelhecimento conduz alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas de fármacos nos idosos. Dentre os fatores que contribuem para essas mudanças incluem a redução da superfície de absorção, aumento do pH gástrico, alterações da motilidade do trato gastrointestinal, redução do pico de concentração sérica e atraso no início do efeito do medicamento (KATZUNG, 2002).

Há diminuição na quantidade de água corpórea total e na concentração plasmática protéica, contribuindo para alterações no volume de distribuição, na acumulação de medicamentos, assim como alterações no transporte de diversos fármacos no sangue. Conseqüentemente, o efeito do mesmo aumenta em intensidade e diminui sua duração. Ocorre também diminuição da massa corporal, o que reduz a ligação de fármacos ao músculo e o acúmulo de fármacos lipossolúveis no tecido adiposo. Adicionalmente, há diminuição do fluxo sanguíneo, acarretando em mudanças nas fases I e II do metabolismo de medicamentos, o que ocasiona o prolongamento da meia-vida de alguns fármacos e alteração na biodisponibilidade dos que sofrem metabolismo de primeira passagem (JACOB FILHO; SOUZA, 2000).

Nos idosos, existe também o comprometimento da função renal, o que afeta a depuração de medicamentos que são primariamente excretados pelos rins, podendo resultar em acúmulo e toxicidade (KATZUNG, 2002). No processo de envelhecimento aumenta a incidência de doenças agudas e crônicas, como cardiopatias, câncer, diabetes e doenças infecciosas. Essas circunstâncias provocam o uso simultâneo de vários fármacos, o que facilita a polifarmácia (GOMES; CALDAS, 2008).

A prevalência da polifarmácia foi elevada nos resultado de alguns estudos (SANTOS et al., 2010; LENARDT et al., 2009; CASTRO, 2012). A problemática do uso excessivo de medicamentos tem como consequência extensos gastos públicos e riscos aos idosos. Prescrições excessivas precisam ser reavaliadas para que graves consequências sejam evitadas (CAMACHO; COELHO, 2010).

Os riscos da polifarmácia devem ser prioridade das políticas públicas, visando o Uso Racional de Medicamentos (URM) e consequentemente aumento da qualidade de vida do idoso. É preciso uma atuação mais atenta e capacitada dos profissionais de saúde, assim como políticas públicas, para evitar a demora no diagnóstico e tratamento (CAMACHO; COELHO, 2010).

É grande o impacto da polifarmácia em saúde pública, devido ao aumento do custo com serviços de saúde e fármacos, sem que isso se traduza em uma melhor qualidade de vida da população (SILVA; MACEDO, 2013). Para tanto, é essencial que o profissional de saúde esteja atento ao problema que é a polifarmácia e os riscos que esta acarreta. Diversas estratégias podem contribuir para a prevenção ou correção precoce de erros, promovendo, deste modo, uma terapêutica mais adequada e segura à população idosa (WHEBERTH, 2011).



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo transversal em Instituições filantrópicas de Longa Permanência para Idosos, no Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. O estudo tem como proposta avaliar as variáveis sociodemográficas, qualidade de vida, percepção do suporte familiar, comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas em idosos com e sem sintomas depressivos.

#### **3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Critérios de inclusão: Foram incluídos na pesquisa os idosos de ambos os sexos, que residiam em Instituição filantrópica de Longa Permanência (independente do tempo de institucionalização) e possuíam capacidade cognitiva para responder as entrevistas.

Critérios de exclusão: Idosos que passavam o dia na instituição, porém não residiam na mesma; e aqueles que mesmo com cognição e querendo participar da pesquisa, não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

##### **3.2.1 População**

A população estudada foram idosos (idade  $\geq$  60 anos), residentes em 15 das 25 instituições filantrópicas no estado do Rio Grande do Norte, Brasil: em 15 abrigos filantrópicos do Rio Grande do Norte (RN, Brasil): Amantino Câmara (Mossoró), Casa do Ancião (Areia Branca), Lar dos idosos (Caraúbas), Lar da pessoa idosa (Jucurutu), Abrigo de velhos (Currais Novos), Casa do Velhinho (Cruzeta), Sociedade Vicentina (Acari), Casa de Caridade (Caicó), Dispensário Professor Pedro Gurgel (Caicó), Abrigo Deus e Caridade (Macaíba), Juvino Barreto (Natal), Lar

da vovozinha (Natal), Espaço Solidário (Natal), Lar do Ancião Evangélico (Natal), Abrigo bom samaritano (Natal). As instituições foram escolhidas de modo a abranger três mesorregiões do estado (Oeste, Central e Leste Potiguar). Os dados apresentados neste projeto são baseados em uma população de 461 idosos institucionalizados, total de idosos presentes nas instituições citadas.

### **3.2.2 Amostra**

Devido às condições de saúde debilitante e baixo índice cognitivo avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), dos 461 apenas 147 idosos estavam aptos a participarem do estudo. Dos 147, 78 (53%) apresentavam sintomas depressivos e 69 (47%) não apresentavam. Para fins comparativos, a amostra do estudo foi composta por 69 idosos com sintomas depressivos e 69 sem, totalizando uma amostra de 138 idosos.

## **3.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS**

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos validados e padronizados: a escala de avaliação cognitiva através do Mini-Exame do Estado Mental (ANEXO 1), a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida (ANEXO 2), o questionário abordando as variáveis sociodemográficas (ANEXO 3), a avaliação da qualidade de vida (ANEXO 4) e o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (ANEXO 5). As comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas foram obtidas através da análise dos prontuários dos idosos (ANEXO 6).

### **Mini-Exame do Estado Mental**

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi desenvolvido por Folstein et al. (1975). No Brasil o instrumento foi adaptado por Bertolucci, et al. (1994). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, e é considerado um importante e conhecido instrumento utilizado para rastreamento das funções cognitivas. No estudo em questão foi útil para selecionar a amostra apta a participar do estudo.

### **Escala de Depressão Geriátrica**

Empregou-se a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (EDG-15) para detecção de sinais indicativos de depressão. A escala apresenta 15 perguntas com respostas do tipo sim ou não. A pontuação 0-4 é considerada normal e 5-15 indicativo de depressão. A EDG-15 é um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo por ser de fácil aplicação e demonstrar evidências na literatura científica sobre sua validade para o rastreio de quadros depressivos (PINHO et al., 2010).

### **Variáveis Sociodemográficas**

As variáveis socioeconômicas (sexo, idade, escolaridade, religião, estado civil, filhos, renda, motivo e tempo de institucionalização e visita familiar) foram avaliadas através de um questionário estruturado.

### **Qualidade de Vida**

O instrumento de avaliação da qualidade de vida, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF), traduzido e validado no Brasil por Fleck, et al. (2000), contém 26 itens, com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as

demais 24 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Os domínios são compostos por questões, com pontuações das respostas variando de 1 a 5. A partir disso, os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe com base nos critérios propostos que classificam a qualidade de vida global, e os respectivos domínios, com escores percentuais que variam de 0 a 100. Quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida do idoso.

### **Inventário de Percepção do Suporte Familiar**

O Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) avalia o quanto as pessoas percebem o suporte da família em termos de afetividade, autonomia e adaptação. É composto por 42 itens, divididos em três fatores: o primeiro, denominado afetivo-consistente, possui 21 itens; o segundo fator é a adaptação familiar, que consiste em 13 itens; e o terceiro, a autonomia, formada por 8 itens (BAPTISTA et al., 2009).

### **Comorbidades, Polifarmácia e Classes terapêuticas**

Através da pesquisa dos prontuários dos idosos institucionalizados, foi verificado o perfil das doenças, a existência de polifarmácia (administração concomitante de diversos medicamentos pelo mesmo indivíduo, o que pode acarretar maior risco de interações medicamentosas e reações adversas) e por último foi verificado as classes terapêuticas.

## **3.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS**

Inicialmente, os responsáveis pelas instituições foram contactados pela mestrandia e pela bolsista responsável em ajudar na coleta de dados, que foi treinada para tal finalidade, e foi explicado o projeto de pesquisa. Foi cedido uma

cópia do projeto de pesquisa, o parecer favorável do comitê de ética e a carta de anuência. Após o consentimento das instituições foi feito um levantamento dos idosos que teriam condição fisiológica e cognitiva de responder as entrevistas, e os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após explicação do projeto de pesquisa. Em seguida, aplicou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) para verificar a cognição dos idosos. A partir de então foram selecionados os que prosseguiram na pesquisa, constituindo a amostra do estudo.

Os dados foram coletados entre Novembro de 2013 e Julho de 2014, em 15 abrigos filantrópicos do Rio Grande do Norte (RN, Brasil). As entrevistas foram feitas em locais reservados para preservar a privacidade de cada idoso.

### **3.5 ANALISE ESTATÍSTICA**

As variáveis sóciodemográficas, qualidade de vida, suporte familiar, comorbidades, polifarmácia quantitativa e classes terapêuticas foram comparadas entre os grupos de idosos institucionalizados com e sem sintomas depressivos, utilizando o teste de variância (ANOVA) e análise de qui-quadrado. O intervalo de confiança é de 95% e o nível de significância estabelecido foi de  $p < 0,05$ .

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

A amostra do estudo foi de 138 idosos, dividida em dois grupos, sendo o primeiro de 69 idosos com sintomas depressivos e o segundo composto por 69 sem os sintomas. Foram comparadas as variáveis sociodemográficas, a qualidade de vida, o suporte familiar, as comorbidades, a polifarmácia e classes terapêuticas entre eles.

Constatou-se que a maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino, tanto no grupo com e sem sintomas depressivos, respectivamente (68% e 54%); a

idade que prevaleceu foi >80 anos (42% em ambos os grupos); predominaram os alfabetizados (52% e 64%), os católicos (75% e 85%), os solteiros (38% e 44%) e os idosos com filhos (64% e 59%), não apresentando diferenças significantes entre os grupos em relação a estas variáveis (Tabela 1).

**Tabela 1. Variáveis Sociodeográficas dos idosos institucionalizados - Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>COM SINTOMAS DEPRESSÃO</b>	<b>SEM SINTOMAS DEPRESSÃO</b>	<i>p</i>
			0,081
<b>SEXO</b>			
Feminino	47 (68%)	37 (54%)	
Masculino	22 (32%)	32 (46%)	
<b>IDADE</b>			0,168
>80	29 (42%)	29 (42%)	
71-80	28 (41%)	28 (41%)	
60-70	12 (17%)	12 (17%)	
<b>ESCOLARIDADE</b>			0,168
Alfabetizado	36 (52%)	44 (64%)	
Analfabeto	33 (48%)	25 (36%)	
<b>RELIGIÃO</b>			0,266
Católica	52 (75%)	59 (85%)	
Evangélica	8 (12%)	6 (9%)	
Outras	9 (13%)	4 (6%)	
<b>ESTADO CIVIL</b>			0,691
Solteiro	26 (38%)	30 (44%)	
Viúvo	22 (31%)	24 (35%)	
Divorciado	15 (22%)	10 (14%)	
Casado	6 (9%)	5 (7%)	
<b>FILHOS</b>			0,600
Sim	44 (64%)	41 (59%)	
Não	25 (36%)	28 (41%)	
<b>RENDA</b>			<b>0,026*</b>
Até 1 SM**	64 (93%)	55 (80%)	
>1SM**	5 (7%)	14 (20%)	

<b>MOTIVO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>			0,099
Vontade Própria	22 (32%)	34 (49%)	
Opção Familiar	41 (59%)	29 (42%)	
Outros	6 (9%)	6 (9%)	
<b>TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO</b>			0,854
Até 5 anos	48 (70%)	47 (68%)	
> 5 anos	21 (30%)	22 (32%)	
<b>VISITA FAMILIAR</b>			0,581
Sim	49 (71%)	46 (67%)	
Não	20 (29%)	23 (33%)	

\*  $p < 0,05$  - Estatisticamente Significante \*\*SM = Salário Mínimo

No presente estudo, ao comparar os idosos institucionalizados com e sem sintomas de depressão, o sexo feminino prevaleceu em ambos os grupos, sendo o percentual maior no grupo com depressão (68%). Alguns estudos (OLIVEIRA, 2014; ROSSETO, 2012; ALMEIDA, 2010) são congruentes em relação à feminilização da velhice, com percentuais que variaram entre 55,5% a 86%.

A maioria dos idosos enquadrava-se na faixa-etária >80 anos (42% nos dois grupos). De forma semelhante, alguns autores também encontraram maiores proporções de deprimidos entre idosos com mais de 80 anos (OLIVEIRA, 2014; AZEVEDO, 2009; SILVA, 2012; LENARDT, 2009; MARTIN-GARCIA, 2013).

Em relação à escolaridade, em ambos os grupos, verificou-se um maior percentual de idosos alfabetizados. Contrariamente, outros estudos apontaram uma maior tendência para idosos analfabetos ou com baixo nível de escolaridade (LENARDT, 2009; MARINHO, 2010).

Na questão religiosidade, os católicos predominaram. Gullich (2014) afirmou que a religiosidade protege contra a ocorrência da doença. A vivência da espiritualidade pode ajudar o idoso a superar os momentos difíceis, as perdas do envelhecer e o processo saúde-doença, possibilitando-lhe melhor saúde e condição de vida. Ações como estimular o idoso às práticas espirituais, transmitir empatia para

que o idoso verbalize suas angustias, são medidas que promovem qualidade de vida ao idoso deprimido (SANTOS, 2010).

Em ambos os grupos prevaleceram idosos solteiros (38% e 44%), assim como Lima, et al. (2010) constataram maioria de idosos solteiros. Apesar de solteiros, a maioria afirmava ter filhos (64% e 59%). Tal fato não significou que os mesmos eram presentes na vida dos pais. Muitos idosos relatavam o desgosto e a decepção de ter criado os filhos e não receberem carinho e atenção. Uma grande parte deles recebiam visitas dos familiares (71% e 67%). O fato de receber visitas, segundo eles, tem o lado negativo, por sentirem saudades quando as visitas vão embora, como se estivessem presos, achando que poderiam ir também, o que leva ao sofrimento.

Em relação à institucionalização, quando questionados sobre o motivo do ingresso na Instituição de Longa Permanência, a resposta que prevaleceu foi diferente entre os grupos: a maioria dos idosos depressivos estava na instituição por opção familiar (59%), enquanto que a maioria dos que não apresentavam sintomas depressivos estavam no abrigo por vontade própria (49%). Chehuen (2011) evidenciou que a indicação familiar foi o principal motivo da institucionalização (62,84%).

Acerca do tempo de institucionalização, a maioria dos idosos, de ambos os grupos, residiam há menos de cinco anos (70% e 68%), resultado semelhante ao de outros estudos (MELEDEZ-MORAL, 2013; CLAUDINO, 2010). Uma pesquisa nos mostrou que a porcentagem daqueles com sintomatologia depressiva foi maior entre idosos recentemente admitidos, sendo 54% deles diagnosticados com depressão durante o primeiro ano de institucionalização. Esse dado pode estar correlacionado ao fato deste primeiro ano ser caracterizado por mudanças e adaptações. Outro fator é a presença de um sentimento de esperança, por parte do idoso institucionalizado, de que sua família assumirá seu cuidado novamente. Pôde-se perceber que os sintomas de depressão são mais frequentes em idosos recém-institucionalizados (HOOVER, 2010).

Ao entrar na instituição os idosos deixarão seus familiares, sua casa, perdendo a autonomia e tornando-se dependente de terceiros (MELENDEZ-MORAL, 2013). O idoso institucionalizado geralmente fica isolado, ocioso, com déficit no



exercício de funções físicas, psicológicas e sociais, sendo a institucionalização um forte fator de risco para o surgimento e agravamento da depressão, interferindo na qualidade de vida (HARTMANN JUNIOR et al., 2012).

Na presente pesquisa, a variável socioeconômica estatisticamente significativa ( $p = 0,026$ ), comparando os idosos com e sem os sintomas depressivos, foi a renda. 93% dos idosos com depressão recebiam até um salário mínimo, contra 80% dos idosos do outro grupo. Pesquisas detectaram que a condição econômica foi um fator de risco para o desenvolvimento da depressão em idosos (LENARDT, 2009; GULLICH, 2014). Alguns idosos confessaram que familiares pegavam os seus cartões de aposentadoria e faziam empréstimos, por isso eles não tinham condições financeiras e estavam no abrigo. Gullich (2014) constatou que idosos com condições inferiores apresentaram prevalência cerca de 70% maior para ocorrência de depressão em relação aqueles de maior renda.

#### 4.2 QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A Tabela 2 apresenta os dados da qualidade de vida avaliada pelo WHOQOL-BREF, em ambos os grupos (com e sem sintomas de depressão). Os resultados dos quatro domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, social e ambiental) foram significativamente mais baixos no grupo com sintomas depressivos em comparação ao grupo de idosos sem sintomas ( $p=0,02$ ).

Tabela 2. Qualidade de Vida dos Idosos Institucionalizados (WHOQOL-bref)- - Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

IDOSOS	DOMÍNIO FÍSICO		DOMÍNIO PSICOLÓGICO		DOMÍNIO SOCIAL		DOMÍNIO AMBIENTAL		DOMÍNIO GLOBAL	
	M	<i>p</i>	M	<i>p</i>	M	<i>p</i>	M	<i>p</i>	M	<i>p</i>
<b>COM SINTOMAS DEPRESSÃO</b>	40,1		48,4		51,6		42,9		46	
		<b>0,002*</b>		<b>0,000*</b>		<b>0,005*</b>		<b>0,007*</b>		<b>0,02*</b>
<b>SEM SINTOMAS DEPRESSÃO</b>	62,7		72,5		62,8		63,0		65,0	

\*  $p < 0,05$  - Estatisticamente Significante

M – Média

Tais resultados indicam que os idosos com sintomas de depressão possuem menos controle sobre variáveis físicas, psicológicas, sociais e ambientais, quando comparado ao grupo sem sintomas depressivos, sugerindo falta de apoio e adaptação adequada, frente à presença de sintomas depressivos. Em outras palavras, idosos institucionalizados com sintomas depressivos tiveram menor qualidade de vida.

Corroborando com os resultados em questão, estudos mostram que os sintomas da depressão são importantes preditores para qualidade de vida deficiente (CONTE, 2009). A depressão pode ser resultado do impacto físico causado por doenças crônicas, além de poder desencadear uma doença física ou agravá-la.

Serbim (2011) destacou que o domínio da qualidade de vida que menos contribuiu foi o domínio físico, assim como no estudo em questão, que teve como determinante da diminuição da qualidade de vida, de ambos os grupos, o domínio físico. Tal domínio é um importante preditor de depressão, pois gera maior dependência para desenvolver as atividades diárias (CONTE, 2009; VAZ, 2009). Estudo demonstra que idosos envolvidos na prática frequente de atividade física têm melhores escores em todos os domínios da qualidade de vida (ALENCAR, 2010).

Embora o contexto asilar atenda parcialmente às necessidades básicas dos idosos, nem sempre estimula a atividade deles, os quais tendem a se tornar mais introspectivos e isolados do convívio social, sendo as relações interpessoais fundamentais para a qualidade de vida e a preservação da saúde mental (CARREIRA, 2011). Assim como no estudo em questão, Bestetti (2012) evidenciou que há poucas atividades desenvolvidas na ILPI, o que prejudica o idoso, afetando a cognição, aumentando a dependência e diminuindo o círculo social.

#### **4.3 PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Os resultados da percepção dos idosos em relação ao suporte familiar foram obtidos pelo IPSF (Tabela 3). A percepção total demonstrou que ambos os grupos apresentavam percepção do suporte familiar baixa. Comparando os grupos, um

maior número de idosos com sintomas de depressão apresentavam uma percepção total do suporte familiar baixa em relação aos idosos sem sintomas ( $p = 0,001$ ), sendo a adaptação familiar o fator mais afetado para os idosos com sintomas depressivos em relação ao outro grupo ( $p = 0,003$ ).

**Tabela 3. Percepção do Suporte Familiar dos idosos institucionalizados (IPSF) - Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.**

IDOSOS	AFETIVIDADE- CONSISTÊNCIA			ADAPTAÇÃO FAMILIAR			AUTONOMIA FAMILIAR			TOTAL		
	N	%	$p$	N	%	$p$	N	%	$p$	N	%	$p$
<b>COM SINTOMAS DEPRESSÃO</b>												
Baixa	40	58		44	64		28	41		48	70	
Médio-baixa	18	26		11	16		10	15		10	14	
Médio-alta	6	9		7	10		8	11		9	13	
Alta	5	7		7	10		23	33		2	3	
			0,098			0,003*			0,664			0,001*
<b>SEM SINTOMAS DEPRESSÃO</b>												
Baixa	28	41		24	35		23	33		29	42	
Médio-baixa	19	27		14	20		15	22		19	28	
Médio-alta	9	13		9	13		7	10		7	10	
Alta	13	19		22	32		24	35		14	20	

\*  $p < 0,05$  - Estatisticamente Significante

N- Número

No estudo em questão a percepção total do suporte familiar foi baixa. Comparando os grupos, um maior número de idosos com sintomas de depressão apresentaram percepção dos fatores afetivo-consistente, adaptação e autonomia familiar menor em relação aos idosos sem sintomas depressivos, sendo a adaptação familiar, o fator mais afetado para os idosos com sintomas, comparando com o outro grupo. A partir desse resultado, pode-se inferir que a assistência familiar deficiente

pode ter contribuído para os sintomas de depressão, bem como para a baixa qualidade de vida encontrada no grupo de idosos institucionalizados com sintomas de depressão.

O funcionamento familiar constitui um fator relevante para a ocorrência da depressão. A maioria dos idosos em um estudo apresentou comprometimento nos domínios do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), o que demonstra, em parte, que estes idosos consideram o seu suporte familiar ruim. A família torna-se imprescindível na terceira idade (REIS et al., 2011).

Uma avaliação da influência do funcionamento familiar sobre a depressão, em uma amostra de idosos com e sem a doença, constatou que os pacientes idosos com depressão apresentaram pior funcionamento familiar e de apoio social mais baixo do que idosos sem depressão (WANG, 2012). Segundo estudo, a disfunção familiar foi maior entre os idosos com sintomas depressivos (OLIVEIRA, 2014), sendo, portanto, o abandono familiar um fator de risco para a depressão (CHACHAMOVICH, 2008). A família tem um papel fundamental ao idoso, podendo auxiliar no tratamento e fortalecer laços. Assim, deve-se inserir a família no dia-a-dia do idoso (CHAVES, 2012), com o propósito de minimizar a angústia do mesmo (CAMACHO; COELHO, 2010). O abandono familiar é um importante fator que condiciona a depressão no idoso (VAZ, 2009).

Embora, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso reforcem a orientação constitucional de que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”, visando sempre ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, lamentavelmente, nem sempre essa convivência é possível, seja porque o idoso não tem família ou porque se encontra sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social, ou, ainda, porque é vítima de violência doméstica (BRASIL, 1996; BRASIL, 2003).

Embora as instituições de longa permanência sejam de grande importância para o cuidado desse segmento populacional, percebe-se que, pelo fato de propiciar uma separação entre os membros da família, acabam por interferir, em grande parte, no bem-estar dos idosos, podendo desencadear insegurança, solidão e

sentimento de abandono, que por sua vez, podem acarretar depressão, exclusão social e baixa qualidade de vida (GULLICH, 2014).

#### 4.4 COMORBIDADES DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

As taxas de prevalência de comorbidades entre os grupos de idosos são apresentadas na Tabela 4. O grupo com sintomas depressivos mostraram significativamente alta a prevalência de comorbidades em relação aos idosos sem os sintomas ( $p = 0,002$ ). Os idosos com sintomas de depressão apresentaram mais doenças associadas e não associadas em relação aos sem sintomas. Outro achado interessante foi o número bem mais elevado de idosos sem sintomas depressivos com ausência de doenças.

Tabela 4. Comorbidades dos idosos institucionalizados- Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

COMORBIDADES	COM SINTOMAS DEPRESSÃO		SEM SINTOMAS DEPRESSÃO		<i>p</i>
	N	%	N	%	
Ausência de doenças	4	5,8	18	26,1	<b>0,002*</b>
Hipertensão	3	4,3	11	16	
Endocrinológicas	1	1,4	1	1,4	
Psiquiátricas	8	11,6	2	3,0	
Neurológicas	1	1,4	0	0	
Hipertensão + Psiquiátrica	5	7,2	1	1,4	
Hipertensão + Psiquiátricas+ outras	8	11,6	1	1,4	
Hipertensão + Endocrinológicas	5	7,2	9	13	
Hipertensão+ Endocrinológicas+ Outras	6	9,0	9	13	
Hipertensão+ Endocrinológicas + Psiquiátricas	4	6,0	4	6,0	
Hipertensão + endocrinológica + psiquiátrica + outras	7	10,1	1	1,4	
Psiquiátricas + Outras	3	4,3	2	2,9	
Endocrinológicas + Psiquiátricas	9	13	9	13	
Endocrinológicas + Psiquiátricas + Outras	1	1,4	0	0	
Endocrinológicas + Outras	1	1,4	0	0	
Outras Associações**	3	4,3	1	1,4	

\*  $p < 0,05$  - Estatisticamente Significante

\*\*= Outras associações de doenças menos frequentes

N- número

Nos dois grupos, a hipertensão, doenças psiquiátricas e endocrinológicas, foram as doenças que prevaleceram. Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos (MAFRA, 2013; LOPES, 2007; AZEVEDO, 2009; FOCHAT, 2012). Estudo demonstrou que idosos portadores de três ou mais doenças possuem fator de risco para surgimento de sintomas depressivos (CONTE, 2009).

Dados da literatura mostram que comorbidades médicas e depressão exercem aditivamente múltiplos efeitos negativos sobre a qualidade de vida dos idosos. Um possível mecanismo é a relação bidirecional entre doenças crônicas físicas e depressão (GOLDEN, 2008). A deterioração da saúde provoca estresse emocional e pode precipitar a depressão (PENNIX, 1999). Por outro lado, a depressão pode afetar e piorar a evolução da doença física diretamente através de mecanismos biológicos, tais como inflamação e resposta cardiovascular ao estresse, ou indiretamente pelo envolvimento em hábitos pouco saudáveis (SHARPE, 2006). Além disso, a depressão pode prejudicar a capacidade de desenvolver condições físicas (CAMPBELL, 2003) e afetar a percepção e tolerância à dor, reduzindo a funcionalidade e qualidade de vida. Um segundo mecanismo possível é que ambas as condições têm vias fisiológicas subjacentes comuns tais como as que envolvem o sistema neuroendócrino (hipotálamo-pituitária-adrenal eixo) e sistema autônomo (simpático-adrenal-medular eixo).

Dessa forma, o mau funcionamento desses sistemas leva a aumento dos níveis de glicocorticoides e de catecolaminas que são associados com depressão (CHROUSOS, 2007) e uma série de condições médicas mediadas pelos sistemas cardiovasculares, metabólicos e imunológicos (COHEN, 2007).

Tendo em vista que a depressão é uma doença incapacitante e que expõe o idoso à riscos de aumento da morbidade e de cronicidade, é importante conhecer condições que possam prevenir ou minimizá-la. O diagnóstico precoce é a melhor estratégia para diminuir as possíveis consequências da depressão nos idosos. Para isto, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados para obterem competência e familiaridade com as características da depressão no idoso, e estejam preparados para investigar a presença de sintomas depressivos através do uso de escalas de depressão (LENARDT, 2009).

#### 4.5 POLIFARMÁCIA QUANTITATIVA E CLASSES TERAPÊUTICAS DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Após detecção das doenças e classes terapêuticas, foi investigado a polifarmácia quantitativa (tabela 5). Os dois grupos apresentaram um elevado percentual de polifarmácia, porém o grupo com depressão foi superior (85,5%) ao outro (68,1%), sendo estatisticamente significantes os resultados da polifarmácia quantitativa, quando comparados os grupos ( $p = 0,016$ ).

**Tabela 5. Polifarmácia quantitativa dos idosos institucionalizados- Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.**

VARIÁVEL	N	%	<i>p</i>
<b>COM DEPRESSÃO</b>			
Sem polifarmácia	10	14,5	
Com polifarmácia	59	85,5	
			<b>0,016*</b>
<b>SEM DEPRESSÃO</b>			
Sem polifarmácia	22	31,9	
Com polifarmácia	47	68,1	

$p^*$  = Estatisticamente Significante.

N - número

A prevalência da polifarmácia também foi elevada nos resultado de outros estudos (SANTOS, 2010; LENARDT, 2009; CASTRO, 2012). A problemática do uso excessivo de medicamentos tem como consequência extensos gastos públicos e riscos aos idosos. Prescrições excessivas precisam ser reavaliadas para que graves consequências sejam evitadas (CAMACHO, 2010).

Os riscos da polifarmácia devem ser prioridade das políticas públicas, visando o Uso Racional de Medicamentos (URM) e consequentemente aumento da qualidade de vida do idoso. É preciso uma atuação mais atenta e capacitada dos

profissionais de saúde, assim como políticas públicas, para evitar a demora no diagnóstico e tratamento (CAMACHO, 2010).

Levando em consideração a busca ativa pelas doenças que acometiam os idosos, e encontrando um elevado percentual, foi necessário fazer uma análise da farmacoterapia dos idosos com e sem depressão. A tabela 6 apresenta as classes terapêuticas verificadas nos prontuários. 23,2% dos idosos sem depressão não administravam nenhum medicamento, contra apenas 4,3% dos idosos com a doença.

Quando foi analisada a classe terapêutica com maior percentual de utilização na forma não associada, constatou-se que 11,6% dos idosos com depressão utilizavam psicotrópicos e 9,0% do grupo sem depressão administravam anti-hipertensivos.

Os idosos com sintomas depressivos utilizavam mais medicamentos, tanto na forma não associada como associada, em relação aos idosos que não apresentavam a doença. Quando comparado um grupo com o outro, foi constatado que houve significância estatística em relação aos medicamentos administrados pelo grupo com e sem depressão ( $p = 0,011$ ).

Tabela 6. Classes terapêuticas dos idosos institucionalizados - Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

CLASSES TERAPÊUTICAS	COM DEPRESSÃO		SEM DEPRESSÃO		p
	N	%	N	%	
Ausência de Medicamentos	3	4,3	16	23,2	0,011*
Antihipertensivos	2	2,9	6	9,0	
Psicotrópicos	8	11,6	3	4,3	
Hipoglicemiantes	1	2,4	0	0	
Vitaminas e Suplementos	1	1,4	1	1,4	
Antiulcerosos	1	1,4	0	0	
Hipolipêmicos	0	0	1	1,4	
Hipoglicemiantes+Outros	2	2,9	1	1,4	
Antihipertensivos+Outros	18	26,1	11	15,9	
Antihipertensivos+Psicotrópicos	3	4,3	3	4,3	
Antihipertensivos+Psicotrópicos+Outros	11	15,9	3	4,3	
Antihipertensivos+Psicotrópicos+Hipoglicemiantes	2	2,9	1	1,4	
Antihipertensivos+Psicotrópicos+Hipoglicemiantes+Outros	5	7,2	4	6,0	
Antihipertensivos+Hipoglicemiantes	1	1,4	3	4,3	
Antihipertensivos+Hipoglicemiantes+Outros	1	1,4	10	14,5	
Psicotrópicos+Outros	5	7,2	3	4,3	
Psicotrópico+Hipoglicemiantes	1	1,4	0	0	
Psicotrópicos+Hipoglicemiantes+Outros	3	4,3	1	1,4	
Vitaminas e suplementos+Outros	1	1,0	2	2,9	

\* = Estatisticamente Significante



O aumento da incidência de doenças crônicas entre idosos contribui para a utilização de grande quantidade de medicamentos e, quanto mais forem utilizados, maior é o risco de efeitos colaterais (LENARDT, 2009). Os anti-hipertensivos foi a classe terapêutica mais prescrita, resultado semelhante ao encontrado na literatura (LENARDT, 2009).

Vale destacar que no estudo em questão, a maioria das instituições pesquisadas, não possuía nenhum profissional de saúde, apenas cuidadoras não especializadas; em outra instituição foi constatado apenas uma funcionária para executar todas as funções; e outra modalidade de serviço encontrada foi o trabalho “em rodízio” de pessoas que não eram especializadas para tais funções. Essa questão da equipe insuficiente apareceu em outro estudo, onde, devido à sobrecarga que os funcionários enfrentavam, os mesmos acabavam executando serviços institucionais além das suas funções, o que prejudicava a qualidade do atendimento aos idosos (BESTETTI, 2012).

De forma contrária, outro estudo demonstrou a presença de uma equipe multiprofissional que atuava junto aos idosos, composto por médicos, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, musicoterapeuta, dentista, podólogo, manicure, cabelereiro (CHEHUEN, 2011).

Dessa forma, em instituições com ausência de profissionais de saúde, há necessidade de uma reorientação dos serviços, discutindo as estratégias preventivas e de promoção a saúde dos idosos. Os profissionais que trabalham diretamente com essa população devem ser submetidos a treinamentos e capacitações de forma contínua, adequando-se as necessidades dos idosos.

## 5 CONCLUSÃO

Nosso estudo mostrou que os sintomas depressivos estão intimamente relacionados com a baixa qualidade da vida dos idosos institucionalizados, e outros fatores influenciaram negativamente a qualidade de vida dessa população: baixas condições socioeconômicas, ocorrência de doenças, deficiente assistência familiar, uso de diversas classes terapêuticas, configurando a polifarmácia.

Estes resultados têm implicações importantes na tomada de decisões quanto a estratégias para manter e melhorar o estado de saúde dos idosos institucionalizados. Apontando para a necessidade de proporcionar melhores condições de saúde e oportunidade de interação entre os indivíduos.

## 6 REFERÊNCIAS

ALENCAR, N.A; SOUZA JUNIOR, J.V; ARAGÃO, J.C.B; FERREIRA, M.A; DANTAS, E.H.M. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Revista Fisioterapia em Movimento**. v.23 n.3, p.473-481, 2010.

ALMEIDA, F.S; MURAI, H.C. Risco de depressão na terceira idade. **Revista de Enfermagem**. v.11, n.2, p.75-79, 2010.

AMENDOLA, A.M. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.15, n.2, p.217-224, 2010.

AZEVEDO, J.F. Prevalência de depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná – Rondônia. 2009. 65f. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)** - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

BANDEIRA, C.B. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. 2012. 63f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)** – Universidade de Fortaleza, 2012.

BAPTISTA, M.N.; TEODORO, M.L.M; CUNHA, R.V; SANTANA, P.R; CARNEIRO, A.M. Evidência de validade entre o inventário de percepção de suporte familiar – IPSF e familiograma – FG. **Psicologia: reflexão e crítica**. v.29, n.3, 2009.

BENEDETTI, T.R.B.; BORGES, L.J.; PETROSKI, E.L.; GONÇALVES, L.H.T. **Atividade física e estado de saúde mental de idosos**. Rev. Saúde Publica. 42:302-7, 2008.

BERMUDEZ, M. Renda, escolaridade, ir acompanhado na consulta, morar sozinho, o que é mais importante para que o idoso siga as prescrições médicas? **Revista Científica**, v. 5, p. 94-96, 2010.

BERTOLUCCI, P.H; BRUCKI, S.M; CAMPACCI, S.R; JULIANO, Y.O. O Miniexame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, jun. 2008.

BESTETTI, M.L.T.B.; CHIARELLI, T.M. Planejamento criativo em instituições de longa permanência para idosos: estudo de caso em Foz do Iguaçu – PR. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**. v.2, n.1, p.36-51, 2012.

BORGES, C.M.M. **Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania**. In: FREITAS, E. V. de. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

BRAGA, M.M.P; CASELLA, M.A; CAMPOS, M.L.N.; PAIVA, S.P. Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev. APS**. v.14, n.1, p.93-100, jan/mar, 2011.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei n. 10741, de 1 de outubro 2003. 1 ed., 2ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional do Idoso**. Lei. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010.

CALKINS, M.; CASSELLA, C. Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes. **The Gerontologist**. n.47, p.169-183, 2007.

CAMACHO, A.C.L.F; COELHO, M.J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.2, p.279-84, mar/abr 2010.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 27, n. 1, jun. 2010.

CAMARGOS, C.N; MENDONÇA, C.A.; VIANA, E.M.B. Política, estado e sociedade: o estatuto do idoso e a atenção à saúde. **Comum Ciênc Saúde** v.17, n.3, p.217-27, 2006.

CAMPOS, Paola. Como está a qualidade de vida dos idosos institucionalizados? Escola de Artes Ciências e Humanidades – EACH. São Paulo: USP, 2007.

CARREIRA, L.; BOTELHO, M.R, MATOS, P.C.B; TORRES, M.M., SALCI, M.A. Prevalence of depression a in institutionalized older adults. **Revista de Enfermagem**. v.19, n.2, p.268-273, 2011.

CARVALHO, M. F. C. Atenção farmacêutica. In: NETTO PAPALÉO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, p. 719-727, 2007.

CASTRO, S.D. Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**. v. 2, n.1, p.78-102, 2012.

CHAVES, L.O. Avaliação do comportamento depressivo em idosos institucionalizados. **Revista científica da Faminas**, Minas Gerais, v.8, n.1, p.25-41, 2012.

CHEHUEN NETO, J.A.; SIRIMARCO, M.T; CÂNDIDO, T.C., BARBOZA, D.F, GONÇALVES, E.C.Q.; GONÇALVES, R.T. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. **HU Revista**. v.37, n.2, p.207-216, 2011.

CHEIK, N.C.; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. **Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos**. Rev. bras. Ci. e Mov.; 11(3): 45-52, 2003.

CLAUDINO, R.; SCHVEITZER, V. Estudo do perfil das comorbidades para o risco de ocorrência de doenças crônicas em idosos institucionalizados. **Revista Digital**. v. 141, 2010.

CONDE, M.A. Prevalence of depressive symptoms in hospitalized elderly medical patients. **Revista de Geriatria Gerontologia**, Espanha, v. 48, n. 5, p. 224-222, 2013.

CONTE, L.B.D.; SOUSA, L.N.A. Perfil epidemiológico do envelhecer com depressão. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.27, n.3, p. 214-219, 2009.

COSTA, L.V.A. **Política Nacional do Idoso: perspectiva governamental**. In: *Anais do I Seminário Internacional – “Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século*. Brasília: MPAS, SAS, p.46-63, 1996.

DEL DUCA, G.F; SILVA, S.G; THUMÉ, E.; SANTOS, I.S.; HALLAL, P.C. Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control. **Rev.Saúde Pública**.2012.

DOMINGUES, P.C.; NERI, A.L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, São Paulo, v.14, n.3, p. 164-173, 2009.

DRAGO, S.M.M.S; MARTINS, R.M.L. Depressão no Idoso. **Millenium**, Portugal, 43, p. 79-94, 2012.

FERNANDES, M.G.M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista Rene**, Fortaleza, v.11, n.1, p. 19-27, 2010.

FERREIRA, A.B.; MINAMI, C.A., PAGANINI, C.B. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.776-86, 2009.

FERREIRA, D.C.O; YOSHITMOE, A.Y. Prevalence and features of falls of institutionalized elders. **Rev.Bras.Enferm**, v.63, n.6, p.991-7, 2010.

FERREIRA, R.B. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. **Geriatr Psychiatry**, São Paulo, v. 17, n. 7, p. 582-590, 2009.

\_\_\_\_\_. Quality of life and physical activity associated to lower prevalence of depression in community-dwelling elderly subjects from Sao Paulo. **Affect Disord**, São Paulo, 150, p. 616-622, 2013.

FLECK, M.P; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOCICH, E.; VIEIRA, G; SANTOS, L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v.34, p.178-83, 2000.

FOCHAT, R.C; HORSTH, R.B.O; SETTE, M.S; RAPOSO, N.R.B; CHICOUREL, E.L. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.33, n.3, p.447-454, 2012.

FOLSTEIN, M.F; FOLSTEIN, S.E; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, n.1, p. 189-198, 1975.

GALHARDO, V.A.C.; MARIOSIA, M.A.S; TAKATA, J.P.I. Depressão e perfissociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte (MG), v.20, n.1, p.16-21, 2010.

GOMES, H. O.; CALDAS, C. P. Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, p. 88-99, 2008.

GRASEL, C.E. Prevalência de depressão em idosos participantes de grupos de terceira idade de uma cidade do Meio-Oeste Catarinense. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v.3, n.2, p.155-164, 2012.

GREGORUTTI, C.C.; ARAÚJO, R.C.T. Idosos institucionalizados e depressão: atividades expressivas e seu potencial terapêutico. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.9, n.2, p. 274-281, 2012.

GULLICH, I. Prevalência e fatores associados à ocorrência de depressão na população idosa do município de Arroio Trinta, SC. **Dissertação [Mestrado em Saúde Pública Baseada em Evidências]** - Universidade Federal de Pelotas; 2014.

HARTMANN JUNIOR, J.A.S.; GOMES, G.C.; SILVA, R.A.; JANUARIO, A.C.S.; PEREGRINO, A; SOUGEY, E.B. Depressão e síndromes demenciais: um estudo com idosas institucionalizadas. **Neurobiologia**, v.75, p.131-140, 2012.

HOOVER, D.R; SIEGEL, M.; LUCAS, J.; KALAY, E. GABODA, D.; DEVANAND, D.P. Depression in the first year of stay for elderly long term nursing home residents in the U.S.A. **Psychogeriatr**, v.22, n.7, p. 1161-1171, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** 2013. Disponível em:

[www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=261&z=pnad&o=3&i=P](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=261&z=pnad&o=3&i=P).

Acessado em 22 de Setembro de 2014. .

JACOB FILHO, W.; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO-FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, p. 31-39, 2000.

JOBIM, E. F. C.; SOUSA, V. O.; CABRERA, M. A. S. Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32, n. 1, p. 79-83, 2010.



JOIA, C.L.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**, v.41, p.131-8, 2007.

KATZUNG, B. G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: KATSUNG, B. G. **Farmacologia básica & clínica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 844-850, 2002.

KLUTHCOVSKY, A.C.; KLUTHCOVSKY, F. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.31, n.3, 2009.

KUSANO, L. T. E. Prevalência da polifarmácia em idosos com demência. Brasília, 111 f. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade de Brasília, 2009.

LENARDT, M.H; MICHEL, T.; TALLMANN, A.E.C. A condição de saúde de idosas residentes em instituição de longa permanência. **Cogitare Enferm**, v.14, n.2, p. 227-36, 2009.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface Comun Saude Educ**, v.27, p.795-807, 2008.

LIMA, M.T.R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, São Paulo, v.58, n.1, p. 1-7, 2009.

LUCCA, I.L.; RABELO, H.T. Influência das atividades recreativas nos níveis de depressão de idosos institucionalizados. **Revista brasileira de ciências e movimento**, v.19, n.4, p. 23-30, 2011.

MAFRA, S.C.T.A. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil: uma discussão a partir do censo demográfico 2010. In: **Anais do III Encontro mineiro de estudos em ergonomia**, Campina Grande, 2013.

MARINHO, P.E.M. Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions and in the community in Brazil. **Gerontol Geriatr**, v.50, n.1, p. 151-155, 2010.

MARTIN-GARCIA, S.; RODRIGUEZ-BLAZQUEZ, C.; MARTINEZ-LOPEZ, I.; MARTINEZ-MARTIN, P.; FORJAZ, M.J. Comorbidity, health status, and quality of life in institutionalized older people with and without dementia. **International Psychogeriatrics**, v.25, n.7, p.1077–1084, 2013.

MEURER, S.T. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Revista Brasileira de Ciências e Esporte**, Florianópolis, v.34, n.3, p.683-695, 2012.

MINAYO, M.C. de S. **A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial**. *Arquivo de geriatria e gerontologia*, v.4, n.2, p.169-181, 1997.

MOURA, L. F.; CAMARGOS, A. T. Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados. In: ENCONTRO DE EXTENSÃO DA UFMG, 8. Belo Horizonte, UFMG. Anais, 2005. p. 3-8.

NASCIMENTO, D.C. Depressão em idosos residentes em uma instituição asilar na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil. **J Manag Prim Health Care**, v.4, n.3, p.146-150, 2013.

NEU, D.K.M.; LENARDT, M.H.; BETIOLLI, S.E.; MICHEL, T.; WILLING, M.H. Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 3, p. 418-423, 2011.

OLIVEIRA, C. C. Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Virtual Textos & Contexto*, Florianópolis, n. 6, p. 1-20, dez. 2006.

OLIVEIRA, S.C.; SANTOS, A.A; PAVARINI, S.C.L. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. **Revista de enfermagem**, v.48, n.1, p.66-72, 2014.

PAZ, S.F. **A situação de conselhos e fóruns na defesa dos direitos dos idosos.** FREITAS, E. V. de. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara. Cap.125, p.1042-1047, 2002.

PEREIRA, L.P.T. Solidão e depressão no idoso institucionalizado – A intervenção da animação sociocultural. 2010. 93f. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação)** - Universidade de Trás-os-montes, Chaves, 2010.

PEREIRA, R.J.; COTTA, R.M.M.; FRANCESCHINI, S.C.C. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, p.27-38, 2006.

PESTANA, L.C.; ESPIRITO SANTO, F.H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, jun. 2008.

PINHO, M.X.; CUSTODIO, O.; MAKADISSE, M.; CARVALHO, A.C.C. Confiabilidade e validade da Escala de Depressão Geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.94, n.5, p. 552-561, 2010.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.

REIS, L.A.; TORRES, G.V.; XAVIER, T.T.; SILVA, R.A.R; COSTA, I.K.F.; MENDES, F.R.P. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. **Texto Contexto Enferm**, v.20, p.52-8, 2011.

ROLLAND, V.; VOGT, N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs Aging**, v. 20, n. 11, p. 817-832, 2003.

ROSSETTO, M. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência. **Revista de enfermagem**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.347-352, 2012.

SALGUEIRO, A. Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community – dwelling and institutionalized older adults. **Gerontol Geriatr**, v.53, n.2, p.152-157, 2011.

SANTIAGO, L.M.; MATTOS, I.E. Depressive symptoms in institutionalized older adults. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.2, 2014.

SANTOS, K.A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS DA COSTA, J.S.; PATTUSSI, M.P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.23, p.2781-8, 2007.

SANTOS, S.S.C.; TIER, C.G.; SILVA, B.T.; BARLEM, E.L.D.; FELLICIANNI, A.M.; VALCARENGUI, F.V. Diagnósticos e intervenções de Enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Enfermaria Global**, v.20, p.1-14, 2010.

SCHNEIDER, R.H; IRIGARAY, T.Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v.25, n.4, 2008.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SERBIM, A.K.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. **Scientia Medica**, v.21, n.4, p.166-172, 2011.

SILVA, E.A.; MACEDO, L.C. Polifarmácia e idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 6, n. 3, p. 477-486, set./dez. 2013.

SILVA, E.R. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Revista de enfermagem USP**, São Paulo, v.46, n.6, p.1387-1393, 2012.

SILVA, S. O. Saúde bucal do idoso institucionalizado em dois asilos de Passo Fundo. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 303-308, jul./set. 2008.

SIQUEIRA, G.R. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v.14, n.1, p.253-259, 2009.

SOARES, E.; OLIVEIRA, T.P; KOMATSU, O.S.; DERMATINI, S.M.; SUZIKI, M.M.; RODRIGUES, M.M. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, v.7, n.1, p. 62-73, 2010.

SOARES, P.F.C. Depression in elderly assisted in Basic Health Units. **Journal of Nursing UFPE**, v.7, n.9, 2013.

SOUZA, M.C.M.R.; PAULUCCI, T.D. Análise da sintomatologia depressiva entre idosos institucionalizados. **Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.1, n.1, p.40-46, 2011.

SUASSUNA, P.D. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.643-650, 2012.

VAZ, S.F.A. A depressão no idoso institucionalizado: Estudo em idosos residentes nos Lares do Distrito de Bragança. 2009. 181p. **Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)** – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto, Porto, 2009.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 246-252, set. 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p.548-554, 2009.

WANG, J.; ZHAO, X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. **Gerontol Geriatr**, v.55, n.3, p.574-579, 2012.

WHEBERTH, A. P. V. B. Polifarmácia em idosos. Governador Valadares. 22 f. **Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)** – Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

##### **1) Orientação para tempo** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

##### **2) Orientação para local** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que estado vive? \_\_\_\_\_

Em que cidade vive? \_\_\_\_\_

Em que lugar estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

##### **3) Memória Imediata** (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor". Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**4) Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar". 100\_93\_86\_79\_72\_65 **Nota:** \_\_\_\_\_

**5) Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.) "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**6) Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos: Relógio \_\_\_\_\_ Lápis \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" **Nota:** \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos. Pega com a mão direita \_\_\_\_\_ Dobra ao meio \_\_\_\_\_ Coloca onde deve \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos \_\_\_\_\_ **Nota:** \_\_\_\_\_

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. Frase: **Nota:** \_\_\_\_\_

**7) Capacidade Construtiva Visual** (1 ponto pela cópia correta.) Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. Cópia:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**TOTAL**

**(Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO: Somente prossiga a entrevista após a avaliação cognitiva.**



## ANEXO 2

**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – GDS**

1	Está satisfeito (a) com sua vida?	Sim	Não
2	Diminuiu a maior parte das suas atividades?	Sim	Não
3	Sente que a vida está vazia?	Sim	Não
4	Aborrece-se com frequência?	Sim	Não
5	Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim	Não
6	Teme que algo ruim possa lhe acontecer?	Sim	Não
7	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
8	Sente-se frequentemente desamparado (a)?	Sim	Não
9	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10	Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria?	Sim	Não
11	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim	Não
12	Vale a pena viver como vive agora?	Sim	Não
13	Sente-se cheio (a) de energia?	Sim	Não
14	Acha que sua situação tem solução?	Sim	Não
15	Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	Não

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO



**ANEXO 4****ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL)****WHOQOL - ABREVIADO**

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

**Instruções:**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

- Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
		1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
		1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
--	--	--------------------	--------------	----------------	------------	------------------

				nem insatisfeito		
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26		1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

---

---

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

---

---

Você tem algum comentário sobre o questionário?

---



## ANEXO 5

**INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO DO SUPORTE FAMILIAR**

Neste questionário é apresentada 42 afirmações sobre a percepção do idoso em relação ao suporte familiar. É necessário marcar com um X na alternativa que melhor se aplica.

Nº	AFIRMATIVA	“Quase nunca” ou “Nunca”	“Às vezes”	“Quase sempre” ou “Sempre”
01	Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras			
02	As pessoas na minha família seguem regras estabelecidas			
03	Há regras sobre diversas situações na minha família			
04	Meus familiares me elogiam			
05	Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas			
06	Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens			
07	Eu sinto raiva da minha família			
08	Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros			
09	Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros			
10	Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero			

11	Minha família discute seus medos e preocupações			
12	Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a)			
13	Eu me sinto como um estranho na minha família			
14	Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero			
15	As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas			
16	Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem			
17	Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante			
18	Em minha família tem privacidade			
19	Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser			
20	Há ódio em minha família			
21	Eu sinto que minha família não me compreende			
22	Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração			
23	As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando			
24	Os membros de minha família se tocam e se abraçam			
25	Minha família me proporciona muito			

	conforto emocional			
26	Minha família me faz sentir melhor quando estou aborrecido (a)			
27	Viver com minha família é desagradável			
28	Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um			
29	Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente			
30	Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos			
31	Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência			
32	Em minha família há competitividade entre os membros			
33	Eu sinto vergonha da minha família			
34	Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer			
35	Em minha família demonstramos carinho através das palavras			
36	Minha família me irrita			
37	Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros			
38	Minha família me dá tanta liberdade quanto quero			
39	Eu me sinto excluído (a) da família			
40	Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim			
41	Meus familiares servem como bons			

	modelos em minha vida			
<b>42</b>	As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras			

## ANEXO 6

**PRONTUÁRIO DOS IDOSOS: ANÁLISE DAS COMORBIDADES, CLASSES  
TERAPÊUTICAS E POLIFARMÁCIA**

Comorbidade	Classe terapêutica	Medicamento	Posologia

**Polifarmácia:** 1 ( ) Sim

2 ( ) Não