

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

KAUARA VILARINHO SANTANA VIEIRA

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA
COMUNIDADE NA CIDADE DE RIO VERDE EM GOIÁS**

**CRICIÚMA
2025**

KAUARA VILARINHO SANTANA VIEIRA

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES
ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA
COMUNIDADE NA CIDADE DE RIO VERDE EM GOIÁS**

Projeto de dissertação de mestrado apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para
exame de qualificação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª Drª. Josiane Budni

**CRICIÚMA
2025**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

V658a Vieira, Kauara Vilarinho Santana.

Avaliação dos sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados e da comunidade na cidade de Rio Verde em Goiás / Kauara Vilarinho Santana Vieira. - 2025.

60 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2025.

Orientação: Josiane Budni.

1. Envelhecimento. 2. Depressão em idosos. 3. Saúde mental. 4. Idosos institucionalizados. 5. Estado funcional. I. Título.

CDD. 22. ed. 612.67

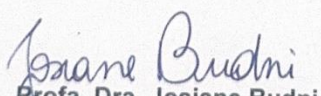
Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

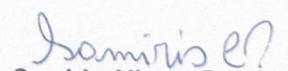


UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609 de 14.03.2019

ATA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – Nº 470

Com início às 10 (dez) horas do dia 16 (dezesesseis) de junho de 2025 (dois mil e vinte e cinco), realizou-se, na Sala 101/Bloco R1, o seminário formal de apresentação dos resultados da Dissertação de Mestrado de **KAUARA VILARINHO SANTANA VIEIRA**, sob a orientação da **Profa. Dra. Josiane Budni**, intitulada **“AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE NA CIDADE DE RIO VERDE EM GOIÁS”**. A dissertação foi examinada por uma banca constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. Alexandra Ioppi Zugno (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, Prof. Dr. Eduardo Pacheco Rico (Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC) – Conceito final: Aprovada, e Profa. Dra. Eduarda Behenck Medeiros (Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino – IDOR) – Conceito final: Aprovada. Com o resultado final: **APROVADA**, a aluna finalizou seus estudos em nível de Mestrado, fazendo jus ao grau de **MESTRA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**. Os trabalhos foram concluídos às 11h (onze) horas, dos quais eu, Samiris Albano Pereira, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, lavrei a presente ata, que assino juntamente com a Profa. Dra. Josiane Budni, Coordenadora do Programa. Criciúma, 16 (dezesesseis) de junho de 2025 (dois mil e vinte e cinco).


Profa. Dra. Josiane Budni
Coordenadora do PPGCS


Samiris Albano Pereira
Secretária do PPGCS

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento não poderia ser diferente. Ele é destinado a Deus, por ser fonte de toda sabedoria e fortaleza, por me sustentar nos momentos de dificuldades e por me conduzir com Sua luz durante esse processo de aprendizado. Sem a Sua presença constante em minha vida, nada disso teria sido possível.

Minha intercessora fiel e mãe amorosa, Nossa Senhora Aparecida, por me acolher nos momentos de angústia, por me conceder serenidade nos dias difíceis e por ser inspiração de fé, perseverança e sabedoria. A Ela confiei este sonho, e a Ela entrego minha gratidão mais sincera.

Ao meu esposo e companheiro de vida, Alencar, por seu apoio incondicional e paciência ao longo de todo este percurso. Obrigada por acreditar em mim, por me incentivar a seguir em frente e por estar ao meu lado nos momentos mais desafiadores (até o frio imenso que pegamos em Criciúma em julho de 2024 rsrs) e, também nos mais felizes. Sua presença foi essencial para que eu pudesse chegar até aqui

Aos meus filhos, Maria Antônia e Pedro Otávio, que são luz da minha vida e a maior motivação para seguir em frente. Vocês talvez ainda não compreendem o quanto me inspiram todos os dias, mas saibam que cada conquista minha também é de vocês. Obrigada por me ensinarem, com a pureza do amor, o verdadeiro significado de persistência, esperança e alegria. Este sonho também é para vocês.

Aos meus pais, Edmar e Rejane, por serem meu alicerce, meu exemplo de dignidade, esforço e amor incondicional. Obrigada por cada sacrifício feito em silêncio, por cada palavra de incentivo, por cada oração e pensamentos positivos, por acreditarem em mim. Tudo o que sou e tudo o que conquistei tem raízes no amor, nos valores e na educação que recebi de vocês. Minha eterna gratidão por estarem comigo em cada conquista.

Aos meus queridos avós maternos, Nadico (in memoriam) e Lourdes, que com sua sabedoria, amor e bênção me acompanharam ao longo da vida. Agradeço por cada gesto de cuidado, carinho, cada ensinamento, cada oração silenciosa que me fortaleceu. Levo comigo os valores que aprendi com vocês e o exemplo de força, fé, caridade e generosidade que tanto me inspira. Esta conquista também é de vocês.

Aos meus irmãos, Frederico e Thábita, obrigada por estarem sempre na torcida, mesmo à distância ou na correria do dia a dia. O apoio de vocês até nos gestos

simples fizeram toda a diferença. É bom saber que posso contar com vocês em cada nova etapa da vida.

À minha orientadora, Josi, receba minha mais profunda gratidão por tudo que fez por mim. Deus foi muito bondoso comigo ao me enviar uma pessoa tão maravilhosa para ser minha orientadora. Obrigada por me acolher com tanto amor, paciência e carinho ao longo desta jornada. Sua escuta atenta, seus direcionamentos cuidadosos, seu comprometimento com minha formação foram fundamentais para que eu conseguisse chegar até aqui. Mais do que uma orientadora, foi uma amiga, inspiração e presença acolhedora em todos os momentos. Levarei comigo não só os aprendizados, mas também a sensibilidade e a humanidade que você me ensinou como exemplo. Posso escrever horas que não serão suficientes para expressar minha gratidão e carinho por você. Muito obrigada!

Não poderia deixar de agradecer, a Duda, minha sincera gratidão por toda a parceria, apoio e cuidado ao longo deste percurso. Em cada etapa, pude contar com sua disponibilidade, escuta generosa e colaboração constante. Foi um privilégio te conhecer, muito obrigada por fazer parte dessa jornada e me acalmar nos momentos de desespero com tanta serenidade e leveza.

À Universidade de Rio Verde, meu sincero agradecimento pelo apoio, pelas oportunidades de crescimento e pelo ambiente que valoriza o conhecimento e a formação contínua. Sou grata por fazer parte desta casa, que tanto contribuiu para minha trajetória acadêmica e profissional. Essa conquista também reflete o compromisso coletivo com a educação e a excelência.

Aos meus queridos amigos de vida, Sidna, Lucas, Kênia, Murilo, Renatinha, Adrycarlos, Cristina, JJ, Thalita, Josy, Pe Humberto, Ju, Edileny, Jean, Robertinha, Adriana, Breno, Ivye, Alexandre que estiveram comigo com palavras de incentivo, apoio constante, torcida sincera e orações em cada etapa dessa jornada. Obrigada por celebrarem comigo as conquistas, por me ouvirem nos momentos difíceis e por nunca deixarem faltar afeto e encorajamento. A amizade de vocês foi essencial para que eu seguisse firme, mesmo nos dias mais desafiadores. Sou profundamente grata por ter vocês em minha vida.

À minha dupla do mestrado, Laene, amiga que a vida acadêmica me deu, minha gratidão mais sincera. Obrigada por estar ao meu lado em cada etapa dessa jornada, com leveza, apoio, bom humor e muita parceria, dividimos muito mais que

tarefas: dividimos sonhos, angústias, superações, desafios e vitórias. Foi um presente viver essa experiência com você, alguém que pude contar de verdade.

Aos meus queridos alunos, que colaboraram com dedicação e entusiasmo na coleta dos dados desta pesquisa, meu sincero agradecimento. A participação de vocês foi essencial para concretização deste trabalho. Agradeço não apenas pela ajuda prática, mas também pelo interesse, comprometimento com que se envolveram no processo. Essa conquista também carrega a contribuição de cada um de vocês.

Agradeço a todos os professores do PPGCS que fizeram parte do MINTER/UNIRV e ministraram as disciplinas ao longo do mestrado, meu profundo agradecimento pelos ensinamentos, pela dedicação e pelo compromisso com nossa formação. Cada aula e cada troca de saberes contribuiu significativamente para a construção deste trabalho e para o meu crescimento pessoal e profissional.

As minhas colegas de grupo, Adry e Gabi Keller, meu sincero agradecimento por todo apoio, direcionamento e disponibilidade. Cada conversa, cada colaboração e cada momento de parceria contribuiu muito para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, diretores, coordenadores e professores da UNIRV, obrigada por torcerem por mim, por compreenderem meus momentos de ausência e por sempre demonstrarem boas vibrações e incentivo nos dias mais desafiadores. Ter ao meu lado pessoas tão humanas e colaborativas fez toda a diferença para que eu conseguisse conciliar o trabalho com a vida acadêmica.

RESUMO

O envelhecimento é um processo fisiológico natural, caracterizado pela gradual deterioração da função de tecidos e órgãos ao longo do tempo. Desta forma, um dos grandes desafios sociais e econômicos do século XXI é assegurar uma maior longevidade aos idosos, minimizando a prevalência de doenças crônicas, como depressão, e limitações da capacidade funcional e cognitiva na tentativa de restringir o aumento das institucionalizações. Considerando esta realidade, faz-se necessário estudos para compreender o impacto da institucionalização sob a qualidade de vida, bem como propor ações que possam influenciar positivamente o envelhecimento. Sendo assim, o presente estudo almeja avaliar os sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados e da comunidade na cidade de Rio Verde-Goiás. O presente estudo trata-se de um estudo transversal, utilizando uma população de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizados ou da comunidade residentes no município de Rio Verde em Goiás – Brasil. Foram incluídos neste estudo 84 indivíduos voluntários, sendo 50 idosos da comunidade que frequentam a instituição durante o dia e voltam para suas casas e 34 idosos integralmente institucionalizados. O sexo masculino foi predominante na amostra avaliada, assim como estado civil viúvo, seguido por solteiro. Os sintomas depressivos não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos de idosos. Quando avaliado os sintomas depressivos de forma isolada em cada um dos grupos de idosos as variáveis que prevaleceram nas comparações foi sentir-se compreendido e a percepção de saúde auto-relatada como ruim. Os resultados obtidos mostram que embora não haja diferenças significativas nos sintomas depressivos entre os grupos analisados, sentir-se compreendido e a percepção negativa da própria saúde foram fatores associados à depressão em idosos. Esses achados destacam a importância do suporte emocional para essa população.

Palavras-chave: envelhecimento; depressão; saúde mental; institucionalização; capacidade funcional.

ABSTRACT

Aging is a natural physiological process characterized by the gradual deterioration of tissue and organ function over time. Thus, one of the great social and economic challenges of the 21st century is to ensure greater longevity for the elderly, minimizing the prevalence of chronic diseases, such as depression, and limitations in functional and cognitive capacity in an attempt to restrict the increase in institutionalization. Considering this reality, studies are needed to understand the impact of institutionalization on quality of life, as well as to propose actions that can positively influence aging. Therefore, the present study aims to evaluate depressive symptoms and associated factors in institutionalized and community-dwelling elderly people in the city of Rio Verde, Goiás. This study is a cross-sectional study, using a population of institutionalized or community-dwelling elderly people aged 60 years or older, living in the city of Rio Verde, Goiás, Brazil. Eighty-four volunteers were included in this study, 50 community-dwelling elderly people who attend the institution during the day and return to their homes, and 34 fully institutionalized elderly people. The male gender predominated in the sample evaluated, as well as the marital status of widowed, followed by single. Depressive symptoms did not show significant differences between the two groups of elderly individuals. When depressive symptoms were evaluated separately in each of the groups of elderly individuals, the variables that prevailed in the comparisons were feeling understood and the perception of self-reported health as poor. The results obtained show that although there were no significant differences in depressive symptoms between the groups analyzed, feeling understood and the negative perception of one's own health were factors associated with depression in the elderly. These findings highlight the importance of emotional support for this population.

Keywords: aging; depression; mental health; institutionalization; functional capacity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	24
Tabela 2 – Dados sobre a saúde.....	26
Tabela 3 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos da comunidade.....	27
Tabela 4 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos institucionalizados.....	30
Tabela 5 – Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentemente associados a sintomas depressivos pela EDG.....	32

LISTA DE AREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs – Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs – Atividades Instrumentais da Vida Diária
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DM – Diabetes Mellitus
EDG-15 – Escala de Depressão Geriátrica – 15 itens
GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder – 7 itens
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
ILPIs – Instituições de Longa Permanência para Idosos
OMS – Organização Mundial da Saúde
RP – Razão de Prevalência
SC – Santa Catarina
SF-36 – Short Form Health Survey – 36 itens
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABEVIATURAS E SIGLAS	11
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1 ASPECTOS ÉTICOS	21
3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO	21
3.2.1 Critérios de inclusão	21
3.2.2 Critérios de exclusão:	21
3.3 DESFECHOS DO ESTUDO	22
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA	22
3.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	23
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSSÃO	34
6. CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	44
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..	45
APÊNDICE II- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	49
APÊNDICE III - CARTA DE ACEITE ABAS	51
APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE.....	52
ANEXOS	55
ANEXO I - CARTA DE ACEITE CEP	56
ANEXO II – A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – 15 (EDG-15).....	57
ANEXO III - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVDS) E DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVDS).....	58

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico natural, em decorrência do acúmulo de anos vividos, que conseqüentemente geram um declínio funcional associado a déficits moleculares e celulares, instalação de doenças crônicas e neurodegenerativas tendenciando a evoluir naturalmente para a morte (Mogri *et al.*, 2023; Tartiere *et al.*, 2024 e). A perda da integridade fisiológica aumenta a suscetibilidade a várias patologias humanas, desencadeando o declínio morfológico e a redução da capacidade funcional (Lopez-Otin *et al.*, 2013).

Caracterizado pela gradual deterioração da função de tecidos e órgãos ao longo do tempo, o processo universal e intrínseco do envelhecimento resulta em um risco maior de desenvolvimento de grandes patologias humanas, como distúrbios cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças neurodegenerativas (Kamal *et al.*, 2020).

As características do envelhecimento são complexas, pois elas interagem de maneira interdependente. Embora a sua categorização seja muitas vezes arbitrária, foram sugeridos três critérios essenciais para identificá-las: a manifestação temporal das mudanças associadas ao processo; a capacidade de acelerar o envelhecimento de forma experimental ao intensificar essas marcas; e a possibilidade de desacelerar, interromper ou reverter o envelhecimento através de intervenções terapêuticas (Lopez-Otin *et al.*, 2023).

No Relatório Mundial de 2015 sobre Envelhecimento e Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou uma estrutura de saúde pública voltada para promover o envelhecimento saudável, focando no funcionamento das pessoas ao envelhecerem, em vez da mera ausência de doenças. O relatório introduziu um modelo que diferencia os atributos individuais e ambientais que ajudam a construir e manter a capacidade funcional ao longo da vida, considerando as mudanças cumulativas da idade (Rudnicka *et al.*, 2020; Beard *et al.*, 2021). Fatores genéticos e ambientais geram mudanças corporais significativas como alterações sensoriais e motoras, aumento de incidência de diabetes, doenças cardiovasculares, osteoartrite, limitações de movimento, declínio cognitivo e funcional (Corraduzza *et al.*, 2023).

A OMS acredita que entre 2015 e 2050, a porcentagem de habitantes do planeta com mais de 60 anos quase duplicará, passando de 12% para 22%. Já em 2020, o número de pessoas com 60 anos ou mais superou o de crianças menores de

cinco anos, destacando uma significativa mudança demográfica. Em 2050, espera-se que 80% das pessoas mais velhas vivem em países de baixa e média renda, refletindo uma distribuição populacional desigual. O ritmo de envelhecimento da população é agora muito mais rápido do que no passado, exigindo adaptações sociais, econômicas e de saúde pública para enfrentar este desafio global (OMS, 2022).

Segundo as projeções das Nações Unidas, as pessoas com 60 anos ou mais passarão de 962 milhões, dados de 2017, para 1,4 bilhão de idosos em 2030 e 2,1 bilhão até 2050. Isso gera uma projeção de crescimento na população idosa mundial de 21,3%. À medida que os governos se esforçam para estabelecer programas e políticas públicas voltadas à promoção da saúde e do bem-estar na terceira idade, a ciência depara-se com o grande desafio de compreender o processo de envelhecimento, identificar seus principais fatores e encontrar maneiras de minimizar seus efeitos negativos (Rodrigues *et al.*, 2021).

O envelhecimento é amplamente reconhecido por mudanças fenotípicas que ocorrem em uma população ao longo do tempo, aumentando a probabilidade de doenças relacionadas à idade e ao risco de mortalidade. Essas mudanças podem ser comuns a diferentes sistemas biológicos ou específicos de uma espécie ou fundo genético. A maioria das definições de envelhecimento diverge nas causas presumidas dessas alterações fenotípicas, mas é consensual que essas mudanças são uma característica definidora do envelhecimento e, eventualmente, levam à morte do indivíduo (Keshavarz *et al.*, 2023).

Algumas teorias surgiram na tentativa de esclarecer se o envelhecimento tem ou não um sentido biológico. Para tal, foram propostas duas teorias: as programadas e as não programadas do envelhecimento. As teorias programadas do envelhecimento defendem que o processo de envelhecer foi selecionado pela evolução por várias razões. Algumas dessas teorias propõem que o envelhecimento surgiu como um mecanismo de controle populacional, beneficiando a espécie como um todo. Em contraste, as teorias não programadas do envelhecimento sugerem que o envelhecimento é uma consequência natural da existência, resultante do acúmulo de danos ao longo do tempo. Essas duas perspectivas oferecem diferentes entendimentos sobre os motivos e mecanismos subjacentes ao envelhecimento, destacando a complexidade desse fenômeno biológico (Tartiere *et al.*, 2024).

Os avanços na medicina e na saúde pública resultaram em um aumento notável na expectativa de vida global. No entanto, há poucas provas de que esse

prolongamento da vida venha acompanhado de uma extensão proporcional na qualidade de vida saudável. Um dos grandes desafios sociais e econômicos do século XXI é assegurar que a maior longevidade venha acompanhada por períodos de saúde igualmente prolongados, ou até superiores (Kemoun *et al.*, 2022).

A senescência celular é caracterizada pela incapacidade permanente das células de se proliferarem, embora elas continuem metabolicamente ativas e viáveis. Ao investigar o processo de envelhecimento celular individualmente, pode-se obter uma compreensão mais abrangente do envelhecimento do organismo como um todo (Kamal *et al.*, 2020). Os avanços na geociência sugerem que a biologia do envelhecimento é o principal fator que aumenta a vulnerabilidade a doenças crônicas. Além disso, é proposto que a intervenção nesse processo pode atrasar o início e a progressão de enfermidades e incapacidades associadas à idade (Kemoun *et al.*, 2022).

Esse processo de envelhecimento celular interrompe o ciclo celular e é acompanhado por alterações genéticas e metabólicas. Em condições normais, células danificadas que não podem mais se dividir são levadas à apoptose ou à senescência, um estado resistente à morte celular. Durante o envelhecimento, a remoção dessas células senescentes pelo sistema imunológico torna-se menos eficiente, o que contribui para o acúmulo dessas células no organismo (Rodrigues *et al.*, 2021).

López-Otín e colaboradores (2013) propuseram que o envelhecimento pode ser caracterizado por nove marcas principais, classificadas em três categorias: primárias, antagônicas e integrativas. Eles também definiram três critérios que um processo biológico deve atender para ser reconhecido como uma marca do envelhecimento. Primeiro, o processo deve ocorrer durante o envelhecimento fisiológico natural. Segundo a intensificação experimental desse processo deve acelerar o envelhecimento. E terceiro, a atenuação experimental do processo deve retardar o envelhecimento e prolongar a vida saudável. Essas marcas fornecem um quadro abrangente para entender os mecanismos subjacentes ao envelhecimento e identificar possíveis intervenções para promover a longevidade e a saúde (López-Otín *et al.*, 2013; 2023).

Recentemente, descobriu-se a existência de doze características distintas do envelhecimento e não mais apenas nove. Dentre estas doze características podem-se encontrar: instabilidade do genoma, desgaste dos telômeros, mudanças epigenéticas, comprometimento da proteostase, macroautofagia insuficiente,

regulação inadequada dos nutrientes, disfunção das mitocôndrias, senescência celular, exaustão das células-tronco, comunicação intercelular comprometida, inflamação crônica e disbiose. A interdependência entre as características do envelhecimento, indica que qualquer alteração que houver em uma influenciará nas demais, confirmando assim o quanto o processo do envelhecimento é complexo e precisa ser analisado por inteiro (López-Otín *et al.*, 2023; Tartiere *et al.*, 2024).

As características do envelhecimento não são doenças em si mesmas, mas estão presentes no desenvolvimento e na fisiologia desordenada de doenças relacionadas à idade. Por exemplo, a perda de proteostase parece desempenhar um papel significativo em distúrbios neurodegenerativos, como a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson. A instabilidade genômica e as mudanças epigenéticas frequentemente contribuem para o surgimento de cânceres, como os de mama e intestino. Essas conexões demonstram o impacto do envelhecimento em várias condições médicas, destacando a necessidade de entender esses mecanismos para criar intervenções mais eficazes (Fraser *et al.*, 2022; López-Otín *et al.*, 2023;).

As células senescentes produzem uma combinação complexa de reguladores inflamatórios e estromais, conhecido como fenótipo secretor associado à senescência. Esse fenômeno tem efeitos deletérios nas células vizinhas, na matriz extracelular ao redor e em outros componentes estruturais do tecido. A presença desses elementos desencadeia inflamação crônica, induz a senescência em células previamente saudáveis e aumenta a vulnerabilidade dos tecidos (Avelar *et al.*, 2020).

Neste sentido, faz-se necessário cada vez mais permitir às pessoas realizarem, atividades contextuais e individuais que valorizam, à medida que envelhecem. Diante disso, é importante observar dois conceitos principais: a capacidade intrínseca, que se refere aos atributos individuais que contribuem para um envelhecimento saudável e a capacidade funcional, que é a combinação entre a capacidade intrínseca, o ambiente físico e social, e a interação entre o indivíduo e seu retorno (Beard *et al.*, 2022; Bautimans *et al.*, 2022).

Os idosos enfrentam um aumento na incidência de doenças crônicas com o passar do tempo, mas a forma como essas doenças afetam a saúde depende em grande parte do envelhecimento autopercebido. Esse conceito refere-se às percepções subjetivas e às reações emocionais dos idosos diante das mudanças psicológicas, físicas e sociais que acompanham o envelhecimento. Dessa forma, a visão que cada indivíduo tem sobre o envelhecimento pode variar, sendo considerada

positiva ou negativa, influenciando diretamente o seu bem-estar geral (Gao *et al.*, 2021).

A qualidade de vida relacionada à saúde de idosos é um conceito diversificado, que abrange muitas áreas como bem-estar físico, emocional, espiritual, cognitivo e social (Zhang *et al.*, 2022). Esses domínios são significativamente impactados pelas condições socioeconômicas e sociodemográficas do ambiente em que os idosos vivem. A prevalência crescente de doenças crônicas, como depressão, problemas de saúde mental, polifarmácia e síndromes geriátricas, está fortemente ligada ao aumento da institucionalização em idosos (Farias *et al.*, 2020).

A institucionalização de idosos, embora muitas vezes necessária, pode comprometer significativamente sua qualidade de vida. A perda de autonomia, a ausência de um ambiente familiar e a rotina monótona e repetitiva contribuem para o desenvolvimento de sentimentos de solidão, depressão e ansiedade. A privação de liberdade e privacidade, somada à falta de atividades diversificadas, podem levar a um declínio no bem-estar emocional e físico desses indivíduos (Farias *et al.*, 2020;).

Apesar da clara importância do envelhecimento ativo para a qualidade de vida, a falta de cuidados familiares tem levado a um aumento da institucionalização de idosos, com muitos passando a residir em lares de idosos. A ausência de apoio adequado nas atividades diárias é apontada como um fator que agrava essa situação, contribuindo para a crescente necessidade de cuidados institucionais (Medeiros *et al.*, 2020).

A saúde mental da população idosa representa um desafio crescente para os sistemas de saúde. Estima-se que, nas próximas décadas, haja um aumento exponencial no número de idosos convivendo com transtornos mentais, com a depressão se destacando como um dos principais agravos (Foong *et al.*, 2021). Atualmente, cerca de 15% dos indivíduos com 60 anos ou mais já enfrentam algum tipo de transtorno mental (Mahmoodi *et al.*, 2022). Diante desse cenário, a promoção de hábitos de vida saudáveis, como a prática regular de atividades físicas, emerge como uma estratégia fundamental para prevenir e mitigar os impactos desses problemas, contribuindo significativamente para o bem-estar e qualidade de vida dos idosos (Foong *et al.*, 2021).

O processo de envelhecimento está intrinsecamente ligado a um aumento na prevalência de transtornos psiquiátricos. Dentre eles, destacam-se a depressão, a ansiedade e os distúrbios obsessivo-compulsivos. Esses problemas não apenas

comprometem o bem-estar emocional, mas também podem impactar a saúde física, reduzindo a qualidade de vida e a longevidade (Mahmoodi *et al.*, 2022). A diminuição das habilidades cognitivas e o declínio psicológico, comuns nessa fase da vida, podem desencadear ou agravar quadros depressivos. A saúde mental dos idosos, portanto, exige atenção especial, pois transtornos como a depressão podem comprometer significativamente a qualidade de vida e o bem-estar dessa população, bem como, levar a suicídio (Chen e Zhao, 2023).

A depressão nos idosos é uma questão relevante, pois está associada a uma diminuição da capacidade de adaptação às mudanças internas e externas provocadas pelo envelhecimento. Esse quadro psicológico afeta diretamente a autoestima e a qualidade de vida, impactando negativamente tanto o bem-estar pessoal quanto as interações sociais. As consequências podem incluir distúrbios funcionais, problemas de sono e até comportamentos suicidas. Portanto, é crucial um gerenciamento eficaz da saúde mental para mitigar esses efeitos e melhorar a qualidade de vida dos idosos (Park e Choi, 2022).

Há evidências de que a saúde do idoso depende de estratégias de prevenção precoce para as doenças crônicas mais incapacitantes, bem como promovem o gerenciamento do autocuidado, a atividade física e a força muscular. Além disso, uma abordagem de tratamento equilibrada que aborde as deficiências visuais e controle sintomas como dor, sono insatisfatório e depressão é importante para a saúde dos idosos. Neste sentido, estudar a população idosa do Brasil é necessário para entender o processo de saúde e doença (Salminen *et al.*, 2025). Neste sentido, observações cuidadosas e acompanhamento de idosos institucionalizados ou da comunidade, especialmente da América Latina, cujos dados são escassos, oferecem estratégias que favorecem o aumento do tempo de saúde e do tempo de vida, com implicações na compressão da incapacidade; identificação e implementação de comportamentos de estilo de vida que promovam a independência; identificação e medição de marcadores mais confiáveis associados à longevidade; melhor orientação para exames de saúde apropriados e promoção de discussões antecipadas sobre saúde no contexto de um prognóstico mais preciso (Pignolo, 2019).

Considerando que países como o Brasil têm em torno de apenas 20 anos para preparar-se para a transição de uma mudança da estrutura da pirâmide etária, passando de indivíduos mais jovens para indivíduos mais idosos, é crucial estudo sobre o envelhecimento e os impactos na saúde e doença (OMS, 2024).

Atualmente, em toda a América Latina, há uma significativa escassez de pesquisa e desenvolvimento voltados para a população idosa. A falta de uma caracterização detalhada das pessoas com 60 anos ou mais, dificulta a implementação de políticas públicas e a condução de pesquisas adequadas na região. Como resultado, torna-se desafiador criar estratégias eficazes de prevenção de doenças e promoção da saúde, já que os dados disponíveis sobre essa população são limitados. É urgente, portanto, estabelecer uma caracterização mais precisa desse grupo para viabilizar intervenções e ações mais eficazes (Santamaria-Garcia *et al.*, 2023).

Estudos anteriores identificaram aspectos do envelhecimento saudável do cérebro, que abrangem alguns fatores de risco: (1) idade e gênero; (2) elementos sociais como nível educacional, status socioeconômico e apoio social, conhecidos coletivamente como determinantes sociais da saúde; (3) condições de saúde abrangendo fatores cardiometabólicos como hipertensão, diabetes, obesidade e ocorrências de quedas; (4) indicadores de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade; e (5) fatores de estilo de vida, como consumo de álcool, hábitos de fumar e atividade física (Abud *et al.*, 2022; Santamaria-Garcia *et al.*, 2023).

Porém, estes fatores de risco do envelhecimento saudável do cérebro variam amplamente entre as regiões globais. Mais especificamente, os fatores de disparidade desempenharam um papel mais forte do que os fatores de risco demográficos, como idade e sexo, em países latino-americanos. Foi identificado diferentes padrões de fatores de risco que impulsionam o declínio cognitivo e funcional em países latino-americanos de baixa e média renda, como Colômbia e Equador, e países de alta renda, como Chile e Uruguai. Isso reflete a necessidade de modelos personalizados específicos para renda para estudar o envelhecimento cerebral. Vale ressaltar que nenhum estudo avaliou o peso desses fatores de risco na população brasileira, o maior país latino-americano, com mais de 200 milhões de pessoas. Por isso, estudos que avaliam idosos institucionalizados ou da comunidade no Brasil, são urgentes para entender o perfil do envelhecimento populacional na saúde e na doença (Santamaria-Garcia *et al.*, 2023).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde-Goiás.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar os sintomas depressivos dos idosos institucionalizados e da comunidade;
2. Avaliar a capacidade funcional dos idosos institucionalizados e da comunidade;
3. Avaliar os fatores sóciodemográficos (sexo, idade, escolaridade, estado civil, residência, renda, cor de pele) e de saúde (problema diário, IMC, classificação de saúde, comorbidades, se faz uso de algum medicamento, fumante, atividade física, etilismo) dos idosos institucionalizados e da comunidade;
4. Avaliar a associação dos sintomas depressivos com os fatores sociodemográficos, de saúde e capacidade funcional dos idosos institucionalizados e da comunidade.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo é um estudo transversal, utilizando uma população de idosos com idade igual ou superior a 60 anos, institucionalizados ou da comunidade residentes no município de Rio Verde em Goiás – Brasil. Estes foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Toda a proposta segue os preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas e Diretrizes de Pesquisa envolvendo seres humanos. Tal resolução assegura o sigilo da identidade dos participantes. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESC sob parecer 7.106.785 (ANEXO I).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), e receberam sua cópia para arquivamento se assim considerarem necessário e para ter o contato dos pesquisadores caso tenham dúvidas ou queiram desistir da pesquisa. Os dados da pesquisa serão confidenciais, de acordo com o termo de confidencialidade do estudo (APÊNDICE II).

3.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, utilizando uma população de idosos institucionalizados ou da comunidade, residentes do município de Rio Verde - Goiás, que foram recrutados a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Indivíduos de ambos os sexos, institucionalizados e da comunidade que utilizam a instituição durante o dia, residentes do município de Rio Verde- Goiás - SC;
- Idade igual ou maior que 60 anos.
- Nível cognitivo que permita realização dos questionários.

3.2.2 Critérios de exclusão:

- Deficiência visual parcial (de 40 a 60% de comprometimento) ou total;

- Deficiência auditiva severa (não consegue ouvir sons abaixo dos 80 decibéis, em média) e profunda (quando não escuta sons emitidos com intensidade menor que 91 decibéis);
- Não possuir condições de responder os questionários de forma independente.

3.3 DESFECHOS DO ESTUDO

O desfecho principal do estudo foram os sintomas depressivos, e os desfechos secundários envolveram os dados sócio-demográficos, comorbidades, número de medicamentos utilizados, e capacidade funcional dos idosos.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

Questionário sociodemográfico, econômico e de saúde: instrumento elaborado pelos pesquisadores com o objetivo de coletar informações acerca das condições sociais, demográficas, econômicas e de saúde dos idosos entrevistados. Esse questionário possui variáveis específicas para cada área investigada. Por exemplo, dentro das variáveis demográficas estão: gênero (masculino ou feminino), data de nascimento, idade, naturalidade e número total de filhos vivos (APÊNDICE IV).

A Escala de Depressão Geriátrica – 15 (EDG-15) é utilizada amplamente para estudos e na prática clínica por sua linguagem, aplicabilidade e confiabilidade (Pereira, 2017). A escala criada por Sheikh & Yesavage (1986) usada nesta pesquisa será de 15 itens (EDG-15) que avalia rastreamento de sintomas depressivos no idoso por meio de respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. O instrumento pode ser aplicado pelo pesquisador ou auto-aplicada e nas questões 1, 5, 7, 11, 12, 13, 14 as respostas apropriadas para ausência de depressão são “sim” e todas as demais “não” (BRASIL 2010). O ponto de corte utilizado apresenta sensibilidade de 85,4% e a especificidade de 73,9%: pontuação entre 0 e 5 é considerado normal, 6 a 10 indicam depressão leve e 11 a 15 depressão severa (Almeida, 1999-a; Almeida, 1999-b, Paradela, 2005) (ANEXO II).

Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs): As ABVDs, com base na escala desenvolvida por Katz *et al.* (1970), avaliam funções básicas de autocuidado. Já as AIVDs, conforme a escala proposta por Lawton e Brody (1969), mensuram tarefas mais complexas do cotidiano que exigem maior capacidade física e cognitiva. A versão traduzida e adaptada para idosos brasileiros por Santos e Virtuoso Júnior (2008) apresenta um sistema de pontuação composto, no qual a pontuação para as ABVDs varia de 20 a 140 pontos, e para as AIVDs, de 5 a 35 pontos. A soma total, que pode variar de 25 a 175 pontos, indica o nível de dependência funcional, sendo que escores mais elevados representam maior independência (Katz, *et al.*, 1970; Lawton e Brody, 1969; Santos e Virtuoso Júnior, 2008) (ANEXO III).

3.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

As comparações entre os grupos (comunidade e institucionalizado) e as associações com sintomas depressivos foram realizadas através dos testes t-student para amostras independentes (médias), Mann-Whitney (medianas), qui-quadrado ou exato de Fisher com o auxílio da análise dos resíduos ajustados, quando necessário (proporções).

Para controle de fatores confundidores, a análise multivariada de Regressão de Poisson foi aplicada. O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de que a mesma apresentasse um valor $p < 0,20$ na análise bivariada, mas foram mantidas no modelo final as variáveis com $p < 0,10$. Foram calculadas a Razão de Prevalências em conjunto com o intervalo de 95% de confiança.

O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 27.0.

4. RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 84 indivíduos voluntários, sendo 50 idosos da comunidade que frequentam a instituição durante o dia e voltam para suas casas e 34 idosos integralmente institucionalizados. Todos os idosos responderam o questionário na instituição de longa permanência.

A tabela 1 mostra a caracterização sociodemográfica da amostra, idosos da comunidade e idosos institucionalizados. A idade média dos idosos da comunidade que frequentam a instituição durante o dia é de $75,9 \pm 8,0$. A idade média dos idosos institucionalizados é de $76,1 \pm 8,8$. Os idosos da comunidade apresentam mais mulheres e os idosos institucionalizados mais homens. Foi observado diferença significativa quanto ao número de filhos, pois os idosos da comunidade apresentaram média de 3 e os institucionalizados de 2 filhos. Também foi observado uma diferença significativa no estado civil em que 24 dos idosos da comunidade são viúvos, enquanto que os institucionalizados 13 são solteiros, sendo esses o estado civil predominante de cada grupo. Quando avaliada a cor da pele, a maior parte dos idosos da comunidade possui cor de pele branca, seguida por cor de pele mestiça e amarela. Já entre os idosos institucionalizados observou-se que a cor de pele mais evidente foi a mestiça, seguida por branca e amarela. Conforme Tabela 1, os idosos institucionalizados são mais do sexo masculino ($p=0,014$), menor número de filhos ($p<0,001$) e mais solteiros ($p=0,031$).

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Variáveis [#]	Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)	Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)	p
Idade (anos) – média \pm DP	75,9 \pm 8,0	76,1 \pm 8,8	0,932
Sexo – n(%)			0,014
Masculino	22 (44,0)	25 (73,5)	
Feminino	28 (56,0)	9 (26,5)	
Número de filhos vivos – mediana (P25 – P75)	3 (3 – 5)	2 (0 – 3)	<0,001
Aposentado – n(%)	41 (82,0)	30 (88,2)	0,640
Nível de escolaridade – n(%)			0,791
Analfabeto	12 (25,0)	9 (26,5)	
Primário incompleto	18 (37,5)	13 (38,2)	
Primário completo	8 (16,7)	8 (23,5)	
Ensino médio incompleto	3 (6,3)	2 (5,9)	

Tabela 1 - Caracterização da amostra.

Variáveis*	Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)	Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)	p
Ensino médio completo	5 (10,4)	2 (5,9)	0,031
Superior completo	2 (4,2)	0 (0,0)	
Estado civil – n(%)			0,439
Solteiro (a)	6 (12,0)	13 (38,2)*	
Viúvo (a)	24 (48,0)*	9 (26,5)	
Divorciado (a)	10 (20,0)	5 (14,7)	
Casado (a)	10 (20,0)	7 (20,6)	
Cor da pele declarada – n(%)			-
Branca	22 (46,8)	15 (46,9)	
Mestiça	20 (42,6)	16 (50,0)	
Amarela	5 (10,6)	1 (3,1)	
Situação de moradia – n(%)			0,432
Sozinho	11 (22,0)	-	
Cônjuge	1 (2,0)	-	
Familiar (filho)	8 (16,0)	-	
Familiar (irmãos)	28 (56,0)	-	
Amigos	2 (4,0)	-	
Renda total do idoso – n(%)			0,654
Até 1 s.m.	34 (70,8)	19 (61,3)	
De 1 a 2 s.m.	10 (20,8)	11 (35,5)	
De 3 a 4 s.m.	2 (4,2)	0 (0,0)	
De 5 a 6 s.m.	1 (2,1)	1 (3,2)	
De 7 a 8 s.m.	1 (2,1)	0 (0,0)	
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	19 (38,0)	15 (45,5)	

Fonte: Do Autor, 2025.

algumas variáveis não têm disponíveis todos os dados, sendo os cálculos realizados em relação aos dados disponíveis; * associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

A partir dos dados da Tabela 2, onde foram avaliadas perguntas autorrelatadas de saúde, é observado que ambos os grupos de idosos consideram que o maior problema de vida diária é a saúde, e consideram em média a sua saúde como “boa”. Também é observado que os idosos institucionalizados sentem-se menos escutados pela família ($p=0,037$), sentem-se menos satisfeitos como são tratados pela família ($p=0,042$). Quanto à presença de comorbidades, a mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Os idosos da comunidade apresentam uma diferença significativa quanto ao uso de bebida alcoólica quando comparado aos idosos institucionalizados ($p=0,019$).

A prevalência de sintomas depressivos na amostra total foi de 36,9%, sendo que no grupo de idosos da comunidade foi de 32% e no grupo de idosos institucionalizados foi de 44,1%, sem significância estatística (Razão de Prevalências=1,38; IC 95%; 0,79 – 2,40; $p=0,368$). Quando ajustado para sexo, número de filhos vivos, estado civil, se sente escutado pela família, se satisfeito como é tratado pela família e uso de bebida alcoólica, a associação permanece não significativa, apesar do grupo institucionalizado apresentar um aumento na prevalência de sintomas depressivos em 70% (Razão de Prevalências=1,70; IC 95%; 0,89 – 3,26; $p=0,111$).

Tabela 2 – Dados sobre a saúde

Variáveis [#]	Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)	Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)	P
Problema que mais atinge sua vida – n(%)			0,206
Nenhum	12 (24,0)	10 (29,4)	
Saúde	30 (60,0)	12 (35,3)	
Econômico	2 (4,0)	3 (8,8)	
Pessoal	3 (6,0)	5 (14,7)	
Familiar	3 (6,0)	4 (11,8)	
Se tiver algum problema a família se preocupa – n(%)	34 (69,4)	18 (54,5)	0,257
Sente-se escutado pela família – n(%)	41 (83,7)	20 (60,6)	0,037
Sente-se compreendido – n(%)	42 (85,7)	24 (72,7)	0,242
Sente-se satisfeito como é tratado pela família – n(%)	43 (87,8)	22 (66,7)	0,042
Viúvo recentemente – n(%)	7 (14,6)	1 (3,1)	0,135
Perda de filhos recente – n(%)	3 (6,3)	1 (3,1)	0,646
Autopercepção da saúde – n(%)			0,414
Excelente	0 (0,0)	2 (7,7)	
Muito boa	1 (3,7)	3 (11,5)	
Boa	17 (63,0)	14 (53,8)	
Ruim	5 (18,5)	5 (19,2)	
Muito ruim	4 (14,8)	2 (7,7)	
Patologias – n(%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica	22 (68,8)	15 (53,6)	0,347
Diabetes	11 (31,4)	8 (30,8)	1,000
Cardiopatias	9 (33,3)	4 (15,4)	0,231
Outras	23 (74,2)	18 (78,3)	
Faz uso de algum medicamento – n(%)	39 (95,1)	31 (96,9)	1,000
Vitaminas e suplementos	10 (31,3)	15 (50,0)	0,213

Tabela 2 – Dados sobre a saúde

Variáveis [#]	Idosos da comunidade (n=50; 59,5%)	Idosos institucionalizados (n=34; 40,5%)	P
Anti-hipertensivos	24 (63,2)	20 (64,5)	1,000
Insulina	8 (22,9)	2 (7,4)	0,164
Calmantes	12 (37,5)	7 (28,0)	0,637
Relaxantes musculares	7 (21,9)	1 (3,8)	0,063
Outras	41 (97,6)	27 (90,0)	0,301
Faz uso de produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	3 (18,8)	3 (16,7)	1,000
Pratica alguma atividade física – n(%)	15 (42,9)	12 (44,4)	1,000
Já fumou – n(%)	29 (60,4)	18 (52,9)	0,654
Fuma – n(%)	4 (11,4)	5 (22,7)	0,286
Faz uso de bebida alcoólica – n(%)	8 (16,3)	0 (0,0)	0,019
Histórico familiar de depressão – n(%)	9 (27,3)	5 (25,0)	1,000
Capacidade funcional – n(%)			0,584
Dependência completa	1 (2,1)	0 (0,0)	
Dependência modificada (75%)	5 (10,6)	4 (12,1)	
Dependência modificada (50%)	4 (8,5)	6 (18,2)	
Dependência modificada (25%)	16 (34,0)	12 (36,4)	
Independência modificada/completa	21 (44,7)	11 (33,3)	
Com sintomas depressivos EDG – n(%)	16 (32,0)	15 (44,1)	0,368

Fonte: Do Autor, 2025.

[#] algumas variáveis não tem disponíveis todos os dados, sendo os cálculos realizados em relação aos dados disponíveis;

A Tabela 3 apresenta a correlação entre os dados sociodemográficos e de saúde dos idosos da comunidade, divididos em com sintomas depressivos e sem sintomas depressivos, a partir da EDG-15. É possível então observar que os idosos da comunidade com sintomas depressivos sentem-se significativamente menos compreendidos ($p=0,030$), tem maior autopercepção de saúde ruim/muito ruim ($p=0,032$) e tomam mais relaxante muscular ($p=0,019$).

Tabela 3 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos da comunidade

Variáveis	Sem sintomas depressivos (n=34)	Com sintomas depressivos (n=16)	p
Idade (anos) – média \pm DP	76,8 \pm 7,9	74,1 \pm 8,3	0,271
Sexo – n(%)			0,742
Masculino	16 (47,1)	6 (37,5)	

Tabela 3 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos da comunidade

Variáveis	Sem sintomas depressivos (n=34)	Com sintomas depressivos (n=16)	p
Feminino	18 (52,9)	10 (62,5)	
Número de filhos vivos – mediana (P25 – P75)	4 (3 – 5)	3 (2 – 7)	0,458
Aposentado – n(%)	27 (79,4)	14 (87,5)	0,699
Nível de escolaridade – n(%)			0,857
Analfabeto	9 (27,3)	3 (20,0)	
Primário incompleto	11 (33,3)	7 (46,7)	
Primário completo	6 (18,2)	2 (13,3)	
Ensino médio incompleto	2 (6,1)	1 (6,7)	
Ensino médio completo	3 (9,1)	2 (13,3)	
Superior completo	2 (6,1)	0 (0,0)	
Estado civil – n(%)			0,330
Solteiro (a)	3 (8,8)	3 (18,8)	
Viúvo (a)	16 (47,1)	8 (50,0)	
Divorciado (a)	6 (17,6)	4 (25,0)	
Casado (a)	9 (26,5)	1 (6,3)	
Cor da pele declarada – n(%)			0,229
Branca	15 (46,9)	7 (46,7)	
Mestiça	12 (37,5)	8 (53,3)	
Amarela	5 (15,6)	0 (0,0)	
Mora sozinho– n(%)			0,140
Sim	5 (14,7)	6 (37,5)	
Não	29 (85,3)	10 (62,5)	
Renda total do idoso – n(%)			0,524
Até 1 s.m.	21 (65,6)	13 (81,3)	
De 1 a 2 s.m.	8 (25,0)	2 (12,5)	
3 ou mais s.m.	3 (9,4)	1 (6,3)	
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	11 (32,4)	8 (50,0)	0,375
Problema que mais atinge sua vida – n(%)			0,052
Nenhum	10 (29,4)	2 (12,5)	
Saúde	20 (58,8)	10 (62,5)	
Econômico	1 (2,9)	1 (6,3)	
Pessoal	3 (8,8)	0 (0,0)	
Familiar	0 (0,0)	3 (18,8)	
Se tiver algum problema a família se preocupa – n(%)	24 (72,7)	10 (62,5)	0,520
Sente-se escutado pela família – n(%)	29 (87,9)	12 (75,0)	0,411
Sente-se compreendido – n(%)	31 (93,9)	11 (68,8)	0,030

Tabela 3 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos da comunidade

Variáveis	Sem sintomas depressivos (n=34)	Com sintomas depressivos (n=16)	p
Sente-se satisfeito como é tratado pela família – n(%)	31 (93,9)	12 (75,0)	0,080
Viúvo recentemente – n(%)	5 (15,6)	2 (12,5)	1,000
Perda de filhos recente – n(%)	1 (3,1)	2 (12,5)	0,254
Autopercepção da saúde – n(%)			0,032
Excelente/Muito boa	1 (5,6)	0 (0,0)	
Boa	14 (77,8)*	3 (33,3)	
Ruim/ Muito ruim	3 (16,7)	6 (66,7)*	
Patologias – n(%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica	15 (68,2)	7 (70,0)	1,000
Diabetes	7 (29,2)	4 (36,4)	0,709
Cardiopatias	7 (36,8)	2 (25,0)	0,676
Outras	15 (71,4)	8 (80,0)	1,000
Faz uso de algum medicamento – n(%)	28 (96,6)	11 (91,7)	0,505
Vitaminas e suplementos	7 (31,8)	3 (30,0)	1,000
Anti-hipertensivos	17 (63,0)	7 (63,6)	1,000
Insulina	7 (28,0)	1 (10,0)	0,390
Calmantes	8 (36,4)	4 (40,0)	1,000
Relaxantes musculares	2 (9,1)	5 (50,0)	0,019
Outras	29 (96,7)	12 (100)	1,000
Faz uso de produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	2 (18,2)	1 (20,0)	1,000
Pratica algum tipo de atividade física – n(%)	11 (45,8)	4 (36,4)	0,721
Já fumou – n(%)	21 (63,6)	8 (53,3)	0,720
Fuma – n(%)	4 (15,4)	0 (0,0)	0,553
Faz uso de bebida alcoólica – n(%)	6 (17,6)	2 (13,3)	1,000
Histórico familiar de depressão – n(%)	6 (27,3)	3 (27,3)	1,000
Capacidade funcional – n(%)			0,519
Dependência completa	1 (3,1)	0 (0,0)	
Dependência modificada (75%)	2 (6,3)	3 (20,0)	
Dependência modificada (50%)	3 (9,4)	1 (6,7)	
Dependência modificada (25%)	10 (31,3)	6 (40,0)	
Independência modificada/completa	16 (50,0)	5 (33,3)	

Fonte: Do Autor, 2025.

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

A tabela 4, segue a mesma comparação da tabela 3, contudo nesse momento com os idosos institucionalizados. Os idosos institucionalizados com sintomas

depressivos são significativamente mais do sexo feminino ($p=0,025$), maior número de filhos vivos ($p=0,030$), sentem-se significativamente menos compreendidos ($p=0,047$) e tem maior autopercepção de saúde ruim/muito ruim ($p=0,046$).

Tabela 4 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos institucionalizados

Variáveis	Sem sintomas depressivos (n=19)	Com sintomas depressivos (n=15)	p
Idade (anos) – média ± DP	76,5 ± 10,0	75,5 ± 7,2	0,762
Sexo – n(%)			0,025
Masculino	17 (89,5)	8 (53,3)	
Feminino	2 (10,5)	7 (46,7)	
Número de filhos vivos – mediana (P25 – P75)	0 (0 – 3)	3 (1 – 3)	0,030
Aposentado – n(%)	17 (89,5)	13 (86,7)	1,000
Nível de escolaridade – n(%)			0,437
Analfabeto	6 (31,6)	3 (20,0)	
Primário incompleto	5 (26,3)	8 (53,3)	
Primário completo	5 (26,3)	3 (20,0)	
Ensino médio incompleto	2 (10,5)	0 (0,0)	
Ensino médio completo	1 (5,3)	1 (6,7)	
Superior completo			
Estado civil – n(%)			0,143
Solteiro (a)	10 (52,6)	3 (20,0)	
Viúvo (a)	5 (26,3)	4 (26,7)	
Divorciado (a)	1 (5,3)	4 (26,7)	
Casado (a)	3 (15,8)	4 (26,7)	
Cor da pele declarada – n(%)			0,614
Branca	8 (42,1)	7 (53,8)	
Mestiça	10 (52,6)	6 (46,2)	
Amarela	1 (5,3)	0 (0,0)	
Renda total do idoso – n(%)			0,573
Até 1 s.m.	9 (56,3)	10 (66,7)	
De 1 a 2 s.m.	6 (37,5)	5 (33,3)	
3 ou mais s.m.	1 (6,3)	0 (0,0)	
Participa de alguma atividade na comunidade – n(%)	7 (36,8)	8 (57,1)	0,421
Problema que mais atinge sua vida – n(%)			0,067
Nenhum	8 (42,1)	2 (13,3)	
Saúde	4 (21,1)	8 (53,3)	
Econômico	3 (15,8)	0 (0,0)	
Pessoal	3 (15,8)	2 (13,3)	
Familiar	1 (5,3)	3 (20,0)	

Tabela 4 – Associações com sintomas depressivos no grupo de idosos institucionalizados

Variáveis	Sem sintomas depressivos (n=19)	Com sintomas depressivos (n=15)	p
Se tiver algum problema a família se preocupa – n(%)	10 (55,6)	8 (53,3)	1,000
Sente-se escutado pela família – n(%)	12 (66,7)	8 (53,3)	0,672
Sente-se compreendido – n(%)	16 (88,9)	8 (53,3)	0,047
Sente-se satisfeito como é tratado pela família – n(%)	15 (83,3)	7 (46,7)	0,064
Viúvo recentemente – n(%)	0 (0,0)	1 (6,7)	0,469
Perda de filhos recente – n(%)	1 (5,9)	0 (0,0)	1,000
Autopercepção da saúde – n(%)			0,046
Excelente/Muito boa	5 (35,7)*	0 (0,0)	
Boa	7 (50,0)	7 (58,3)	
Ruim/ Muito ruim	2 (14,3)	5 (41,7)*	
Patologias – n(%)			
Hipertensão Arterial Sistêmica	6 (40,0)	9 (69,2)	0,243
Diabetes	5 (35,7)	3 (25,0)	0,683
Cardiopatias	1 (6,7)	3 (27,3)	0,279
Outras	9 (69,2)	9 (90,0)	0,339
Faz uso de algum medicamento – n(%)	16 (94,1)	15 (100)	1,000
Vitaminas e suplementos	7 (46,7)	8 (53,3)	1,000
Anti-hipertensivos	9 (56,3)	11 (73,3)	0,537
Insulina	0 (0,0)	2 (14,3)	0,481
Calmantes	4 (33,3)	3 (23,1)	0,673
Relaxantes musculares	0 (0,0)	1 (7,7)	1,000
Outras	14 (93,3)	13 (86,7)	1,000
Faz uso de produtos naturais para tratamento de alguma doença – n(%)	2 (25,0)	1 (10,0)	0,559
Pratica algum tipo de atividade física – n(%)	8 (57,1)	4 (30,8)	0,322
Já fumou – n(%)	10 (52,6)	8 (53,3)	1,000
Fuma – n(%)	3 (23,1)	2 (22,2)	1,000
Histórico familiar de depressão – n(%)	1 (9,1)	4 (44,4)	0,127
Capacidade funcional – n(%)			0,484
Dependência modificada (75%)	1 (5,3)	3 (21,4)	
Dependência modificada (50%)	3 (15,8)	3 (21,4)	
Dependência modificada (25%)	8 (42,1)	4 (28,6)	
Independência modificada/completa	7 (36,8)	4 (28,6)	

Fonte: Do Autor, 2025.

* associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Para controle de fatores confundidores, o modelo de Regressão de Poisson foi realizado e apresentado na Tabela 5. Após o ajuste, para os idosos da comunidade, permaneceram associadas à sensação de ser compreendido ($p < 0,001$), a de estar satisfeito em como é tratado pela família ($p = 0,040$), autopercepção de saúde ($p = 0,016$) e uso de relaxantes musculares ($p = 0,007$). Para aqueles que se sentem compreendidos, a prevalência de sintomas depressivos reduz em 85% (RP=0,15; IC 95%; 0,07-0,35). Para os que se sentem satisfeitos em como são tratados pela família, a redução de sintomas depressivos é de 68% (RP=0,32; IC 95%: 0,11-0,95). Para aqueles com autopercepção de saúde ruim/muito ruim o aumento na prevalência de sintomas depressivos é de 457% (RP=5,57; IC 95%: 1,38-22,5). Por fim, os idosos da comunidade que utilizam relaxante muscular tem 284% maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos (RP=3,84; IC 95%: 1,44 – 10,2).

Após o ajuste, para os idosos institucionalizados, permaneceram associadas o sexo ($p = 0,047$), número de filhos vivos ($p = 0,022$), a sensação de ser compreendido ($p = 0,006$) e problema que mais atinge sua vida ($p = 0,002$). Para idosos institucionalizados do sexo feminino o aumento na prevalência de sintomas depressivos é de 85% (RP=1,85; IC 95%: 1,01-3,38). Para um filho a mais, o aumento na prevalência de sintomas depressivos é de 13% (RP=1,13; IC 95%: 1,02-1,26). Para aqueles que se sentem compreendidos, a prevalência de sintomas depressivos reduz em 57% (RP=0,43; IC 95%: 0,24-0,79). Por fim, idosos institucionalizados cujo problema de saúde é o que mais atinge sua vida apresentam um aumento na prevalência do desfecho em 347%, quando comparados com quem afirma não ter um problema que mais é atingido na vida (RP=4,47; IC 95%: 1,75-11,4).

Tabela 5 – Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentemente associados a sintomas depressivos pela EDG

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	p
Grupo Idosos da Comunidade			
Sente-se compreendido	0,15	0,07 – 0,35	<0,001
Sente-se satisfeito como é tratado pela família	0,32	0,11 – 0,95	0,040
Autopercepção da saúde Ruim/Muito ruim	5,57	1,38 – 22,5	0,016
Uso de Relaxantes musculares	3,84	1,44 – 10,2	0,007
Grupo Idosos institucionalizados			
Sexo feminino	1,85	1,01 – 3,38	0,047

Tabela 5 – Análise de Regressão de Poisson multivariada para avaliar fatores independentes associados a sintomas depressivos pela EDG

Variáveis	Razão de Prevalências	IC 95%	p
Número de filhos vivos	1,13	1,02 – 1,26	0,022
Sente-se compreendido	0,43	0,24 – 0,79	0,006
Problema que mais atinge sua vida			
Nenhum	1,00	-	-
Saúde	4,47	1,75 – 11,4	0,002
Outros	1,85	0,63 – 5,37	0,261

Fonte: Do Autor, 2025.

5. DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional tem se intensificado em todo o mundo, representando um dos maiores desafios para as políticas públicas e para os sistemas de saúde (OMS, 2022). O aumento da expectativa de vida, aliado à redução das taxas de natalidade, tem contribuído para a transformação da estrutura etária da sociedade (Rodrigues *et al.*, 2021). Diante desse cenário, cresce também o número de idosos institucionalizados, seja por ausência de cuidadores familiares, limitações funcionais ou vulnerabilidades sociais (Farias *et al.*, 2020). A institucionalização, embora necessária em muitos casos, pode desencadear impactos significativos na saúde mental desses indivíduos, especialmente em relação aos sintomas depressivos. A perda de vínculos afetivos, a sensação de abandono e a mudança brusca de ambiente são fatores que contribuem para o sofrimento emocional (Medeiros *et al.*, 2020). Compreender essa relação é essencial para promover intervenções que garantam o bem-estar dos idosos. Assim, este estudo busca analisar o envelhecimento populacional sob a ótica da institucionalização e seus desdobramentos psíquicos, com foco na depressão.

Diante desse cenário, torna-se fundamental examinar o processo de envelhecimento em distintos contextos, considerando os efeitos que a convivência em comunidade e a permanência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) — ambientes que devem promover o bem-estar — exercem sobre essa população.

Ao todo nesse estudo foram avaliados 84 indivíduos, sendo 50 idosos da comunidade, que frequentam a instituição durante o dia e voltam para suas casas e 34 idosos integralmente institucionalizados. A média de idade obtida neste estudo para os idosos da comunidade foi de 75,9 e no grupo de institucionalizados 76, sendo essa semelhante a média de idade da população idosa brasileira, onde para homens é de 73,1 e mulheres 79,7 anos (IBGE, 2023). A definição de idoso varia conforme o contexto, mas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais, especialmente em países em desenvolvimento. No Brasil, essa referência é adotada, embora em estudos sobre institucionalização a média de idade dos residentes seja de aproximadamente 76 anos, indicando maior necessidade de cuidados em idades mais avançadas (Silva *et al.*, 2012; OMS, 2015).

Além da idade cronológica, fatores funcionais e sociais influenciam essa definição, refletindo a diversidade do processo de envelhecimento (Beard *et al.*, 2016).

Quanto ao sexo dos participantes, a presente amostra apresentou um maior número de idosos institucionalizados do sexo masculino o que vai de encontro com estudos anteriores. A maior institucionalização de homens idosos pode ser explicada por fatores sociodemográficos e de saúde específicos desse grupo. Estudos indicam que homens apresentam maior risco de institucionalização devido a condições como baixa escolaridade, ausência de cônjuge e hospitalizações frequentes (Garrido *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2019). Esses dados sugerem que a institucionalização masculina está relacionada não apenas a condições de saúde, mas também a fatores sociais e culturais que influenciam as escolhas de cuidados no envelhecimento (Luppa *et al.*, 2011). Já em relação aos idosos da comunidade observou-se que há um maior número de idosos do sexo feminino. Estudos indicam que a ausência de cônjuge e a falta de apoio familiar aumentam a probabilidade de institucionalização dos homens, mas não das mulheres, pois, mulheres que vivem sozinhas utilizam uma combinação de cuidados formais e informais, incluindo apoio de familiares e serviços comunitários, para manter a independência e evitar a institucionalização (Del Duca *et al.*, 2012).

O número de filhos vivos apresentou diferença estatística entre os dois grupos, sendo que o grupo comunidade apresentou na média 1 filho a mais que os institucionalizados, sendo que quanto menor o número de filhos, maior a chance de institucionalizar um idoso (Lini, Portella, Doring; 2016). Quanto ao estado civil, viúvos e solteiros foram predominantes entre os idosos, onde os viúvos estão em sua maior parte concentrados nos idosos da comunidade. O que foi observado no estudo de Porter, 2005 onde descreve que mesmo diante de limitações funcionais, muitos idosos preferem manter sua autonomia e continuidade de vida, evitando mudanças que possam afetar seu bem-estar psicológico e social. A presença de familiares e a familiaridade com o ambiente doméstico são aspectos valorizados, proporcionando sensação de segurança e pertencimento. Contudo, é importante ressaltar que a ausência de um cônjuge em alguns casos é o que acaba propiciando a institucionalização (Del Duca *et al.*, 2012).

Quando se trata do bem-estar destes indivíduos, a única diferença significativa entre os dados apresentados refere-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Enquanto nenhum dos idosos institucionalizados declara fazer uso dessas bebidas, oito indivíduos da comunidade afirmam consumi-las. Essa diferença ocorre porque, dentro

da instituição, o consumo de álcool é estritamente proibido, impossibilitando que os residentes tenham acesso a esse tipo de bebida. Contudo, alguns dos demais dados explanados são de grande importância, uma vez que vem ao encontro com os dados já descritos na literatura. A HAS foi a comorbidade mais relatada nessa população, e essa é a doença que mais cresce e acomete a população de idosos no mundo, sendo a doença crônica não transmissível mais prevalente entre eles, podendo ser considerada um problema de saúde pública (Oliveira *et al.*, 2019; Santiago *et al.*, 2019). Seguindo da HAS a DM foi a segunda patologia mais presente, e esta também é uma das comorbidades que mais acomete e leva a complicações na população idosa (Rodríguez-Queraltó *et al.*, 2020).

Relacionando com as questões de saúde e bem-estar, foi questionado aos idosos, de forma auto-relatada sobre sua autoavaliação de saúde, e a maior parcela deles auto-relata sua saúde como “boa”. Um estudo de Lowsky *et al.* (2014) evidenciou que idosos mais jovens tendem a considerar mais sua saúde como “excelente” ou “muito boa”, mas, conforme a idade vai aumentando e consequentemente as limitações também, essa proporção tende a diminuir, pois as limitações tendem a aumentar (Lowsky *et al.*, 2014). Mesmo o idoso relatando a saúde como boa, quando questionado sobre qual o maior problema de vida diário a maioria dos idosos relatou que o problema “saúde” é o que mais impacta o dia a dia. Visto que uma boa parte desses idosos relata algum tipo de comorbidade, como HAS, DM, entre outros, e fazem uso diário de medicação, essa queixa é completamente compreendida.

Quando avaliado as escalas específicas seja de AIVDs, ABVDs e mesmo a EDG-15 não foi observado diferença significativa entre os grupos de idosos. Contudo, observa-se, capacidade funcional boa para estes indivíduos, mas com ambos os grupos prevalência alta de sintomas depressivos. A capacidade funcional preservada nesses idosos, é um resultado muito importante, pois evidencia que institucionalizados ou não, esses indivíduos estão mantendo uma das principais habilidades que mantém qualidade de vida e independência ao longo do envelhecimento (Ikegami *et al.*, 2020; Veloso *et al.*, 2020).

Na literatura, estudos que comparam idosos institucionalizados e da comunidade evidenciam que os idosos de ILPIs apresentam mais sintomas depressivos, bem como dependência funcional e menor qualidade de vida (Scooco e Nassuato, 2017; Chen *et al.*, 2023). A divergência entre nossos achados e os dados

presentes na literatura pode estar relacionada à instituição escolhida, que se destaca por seu papel humanizado e acolhedor. Além de oferecer suporte aos idosos residentes, a instituição também proporciona um ambiente acolhedor para aqueles que a frequentam diariamente.

Como os sintomas depressivos são o desfecho principal deste estudo, a associação entre os demais desfechos e a presença ou ausência desses sintomas, foram divididos entre os idosos da comunidade e os idosos institucionalizados. Para essa análise, foi utilizada a EDG-15, um instrumento simples, validado e adaptado para a população brasileira, e direcionado para população idosa. O EDG-15 é composto por um questionário com perguntas diretas sobre o estado emocional e comportamental do indivíduo, os escores obtidos possibilitam a categorização dos participantes quanto à presença ou ausência de depressão (Shin *et al.*, 2019; Park e Kwak, 2020).

Foi observado uma prevalência de sintomas depressivos de 31% na comunidade e 44% na institucionalização, considerando toda a amostra, a prevalência total foi de 30,9%. Embora a porcentagem de idosos na comunidade com sintomas depressivos seja numericamente maior que os idosos da instituição, as porcentagens são relativamente próximas, elucidando que os sintomas depressivos estão presentes em ambos os contextos de residência. Fatores como o isolamento social, perdas afetivas significativas, doenças crônicas são fatores que influenciam o surgimento de sintomas depressivos em idosos. Juntos, esses fatores, comprometem a saúde mental da população idosa, contribuindo para a prevalência dos sintomas depressivos tanto na comunidade quanto em instituições de longa permanência (Alexopoulos, 2005; Souza *et al.*, 2023; Kwiatkowska *et al.*, 2025).

Quando analisados os fatores que se associam a presença ou ausência de sintomas depressivos nos idosos da comunidade é elucidado que a diferença está presente em três variáveis. Os idosos que não apresentam sintomas depressivos relatam em sua maioria (93,9%) que se sentem compreendidos. Se sentir compreendido é extremamente relevante para todas as pessoas, e principalmente para os idosos, que por vezes já apresentam mais sentimentos de reclusão e isolamento social (Kwiatkowska *et al.*, 2025). Quando os idosos se sentem compreendidos, escutados e acolhidos eles apresentam menos alterações psicológicas (Stone *et al.*, 1990; Souza *et al.*, 2023).

A autopercepção da saúde como boa foi relatada por 77,8% dos idosos sem sintomas depressivos e como ruim por 66,7% dos que apresentaram sintomas depressivos. Uma das principais características do transtorno depressivo maior é a percepção negativa generalizada sobre diversos aspectos da vida, incluindo a própria autoestima e a perspectiva de saúde e bem-estar. Essa visão pessimista pode estar acompanhada de sentimentos de desesperança, impactando significativamente a qualidade de vida do indivíduo (Alexopoulos, 2005; Kwiatkowska *et al.*, 2025). Somado a essas alterações, as dores físicas podem acometer esse idoso, visto que ela apresenta caráter multifatorial e fatores psicossociais influenciam na presença e intensidade de dor (Kosson *et al.*, 2018). Isso pode fazer com que esses idosos consumam um número maior de medicações, e os relaxantes musculares podem ser um desses, uma vez que auxiliam na redução dos quadros álgicos (Corrêa *et al.*, 2020).

Em relação aos fatores que se associam a presença ou ausência de sintomas depressivos nos idosos institucionalizados, é possível observar diferenças para este idosos. Começando pelo sexo, que nos institucionalizados 89,5% dos idosos do sexo masculino não apresentam sintomas depressivos, mesmo que eles correspondam a maior porcentagem do grupo de institucionalizados. Contudo, as mulheres tendem a apresentar quase o dobro da probabilidade de sofrer um episódio de depressão do que os homens e, essa prevalência pode ter relação com fatores biológicos, como as oscilações hormonais que ocorrem no envelhecimento, além dos aspectos sociais e psicológicos e sobrecarga emocional (Sassarini, 2016; Corrêa *et al.*, 2020). O número de filhos também apresentou associação com sintomas depressivos, sendo 46,6% dos idosos institucionalizados com sintomas depressivos do sexo feminino, esse achado pode ser correlacionado com a sensação de abandono e isolamento que essas mulheres podem vir a sentir a partir do momento da institucionalização (Corrêa *et al.*, 2020; Chen *et al.*, 2023).

Ademais, as duas próximas diferenças encontradas nos idosos institucionalizados são iguais às dos idosos da comunidade. Os idosos que não apresentam sintomas depressivos relatam em sua maioria (88,9%) que se sentem compreendidos e auto-relatam sua saúde como excelente (31,7%), quando os idosos com presença de sintomas depressivos auto-relatam sua saúde como ruim (41,7%). Todas essas associações já foram discutidas anteriormente.

Quando realizada Análise de Regressão de Poisson multivariada buscou-se distinguir qual das variáveis independentes está influenciando na nossa variável dependente (EDG-15), e foi evidenciado que as associações que já haviam sido encontradas nas tabelas anteriores se mantiveram associadas na regressão. Contudo é importante reforçar a importância de se sentir compreendido e acolhido por esses idosos, pois, além de apresentar uma diferença significativa em ambos os grupos de idosos, possivelmente foi o fator predominante para que não fosse encontrada diferença entre os sintomas depressivos de idosos institucionalizados e da comunidade, como normalmente é abordado na literatura.

Os resultados do presente estudo ajudam a fortalecer a importância de um ambiente acolhedor para promover o bem-estar emocional dos idosos, independentemente do ambiente em que vivem, podendo esses serem fator determinante no processo heterogêneo do envelhecimento.

6. CONCLUSÃO

A partir do presente estudo é possível concluir que, independente do tipo de moradia -seja em instituições de longa permanência ou da comunidade – a capacidade funcional dos idosos avaliados manteve-se preservada em ambos os grupos. Apesar de os idosos residentes na comunidade apresentarem índices mais elevados de sintomas depressivos, essa condição não refletiu em prejuízos significativos à sua autonomia para a realização das atividades de vida diária. Tal constatação evidencia que o fator habitacional, por si só, não determina a funcionalidade do idoso, sendo necessários considerar outros aspectos envolvidos no cuidado e na convivência cotidiana.

Os dados do presente estudo mostram que há redução dos sintomas depressivos para os idosos da comunidade que se sentem compreendidos e aqueles que se sentem satisfeitos em como são tratados pela família. Já os indivíduos da comunidade com autopercepção de saúde ruim/muito ruim e que utilizam relaxante muscular apresentam maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos.

Quanto aos idosos institucionalizados, o sexo feminino, número de filhos aumentado e idosos cujo problema de saúde é o que mais atinge sua vida, mostraram aumento na prevalência de sintomas depressivos. Contudo, indivíduos institucionalizados que se sentem compreendidos apresentaram menor prevalência de sintomas depressivos.

Destacamos que no presente estudo tivemos o tamanho da amostra apresentou-se reduzida, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras populações. Embora os dados obtidos forneçam importantes indícios da presença de sintomas depressivos e sua correlação com a capacidade funcional, reconhece-se a necessidade de instagação com amostras mais amplas e representativas. Além disso, estudos longitudinais seriam fundamentais para compreender a evolução desses sintomas ao longo do tempo e os fatores que contribuem para a sua manutenção ou agravamento.

REFERÊNCIAS

- ABUD, T. *et al.* Determinants of healthy aging: a systematic review of contemporary literature. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 34, p. 1215-1223, 2022.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2-B, p. 421-426, 1999.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.
- AVELAR, R. A. *et al.* A multidimensional systems biology analysis of cellular senescence in aging and disease. **Genome Biology**, v. 21, n. 1, p. 91, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13059-020-01990-9>.
- BAUTMANS, I. *et al.* WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. **The Lancet Healthy Longevity**, v. 3, n. 11, p. e789–e796, nov. 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00200-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00200-8).
- BEARD, J. R. *et al.* Intrinsic capacity: validation of a new WHO concept for healthy aging in a longitudinal Chinese study. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 77, n. 1, p. 94–100, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glab226>.
- CHEN, Y.; ZHAO, H. Long-term care insurance, mental health of the elderly and its spillovers. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 982656, mar. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.982656>.
- CORADDUZZA, D. *et al.* Age-related cognitive decline, focus on microbiome: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 24, n. 18, p. 13680, set. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms241813680>.
- DE MEDEIROS, M. M. D. *et al.* Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 44, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>.
- FOONG, H. F. *et al.* Time-use and mental health in older adults: a scoping review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 9, p. 4459, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18094459>.
- FRASER, H. C. *et al.* Biological mechanisms of aging predict age-related disease co-occurrence in patients. **Aging Cell**, v. 21, n. 4, p. e13524, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/accel.13524>.
- GASEK, N. S. *et al.* Strategies for targeting senescent cells in human disease. **Nature Aging**, v. 1, n. 10, p. 870–879, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00121-8>.

IKEGAMI, É. M.; SOUZA, L. A.; TAVARES, D. M. D. S.; RODRIGUES, L. R. Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1083–1090, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.18512018>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População do país vai parar de crescer em 2041, projeta IBGE. **Agência de Notícias IBGE**, 25 jul. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38763-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041-projeta-ibge>. Acesso em: 9 jun. 2025

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R.; GROTZ, R. C. Progress in development of the index of ADL. **The Gerontologist**, v. 10, n. 1, p. 20-30, 1970. Disponível em: https://doi.org/10.1093/geront/10.1_part_1.20.

KEMOUN, P. *et al.* A gerophysiology perspective on healthy ageing. **Ageing Research Reviews**, v. 73, p. 101537, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2021.101537>.

KESHAVARZ, M. *et al.* Aging – what it is and how to measure it. **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 213, p. 111837, jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mad.2023.111837>.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LÓPEZ-OTÍN, C. *et al.* Hallmarks of aging: an expanding universe. **Cell**, v. 186, n. 2, p. 243–278, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.11.001>.

LÓPEZ-OTÍN, C. *et al.* The hallmarks of aging. **Cell**, v. 153, n. 6, p. 1194–1217, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>.

LORENZO, E. C. *et al.* Major depression and the biological hallmarks of aging. **Ageing Research Reviews**, v. 83, p. 101805, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101805>.

MAHMOODI, Z. *et al.* Factors affecting mental health and happiness in the elderly: a structural equation model by gender differences. **Brain and Behavior**, v. 12, n. 5, p. e2549, maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/brb3.2549>.

MOHAMAD KAMAL, N. S. *et al.* Aging of the cells: insight into cellular senescence and detection methods. **European Journal of Cell Biology**, v. 99, n. 6, p. 151108, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejcb.2020.151108>.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ageing**. Genebra: OMS, 2024.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health and Aging**. Genebra: OMS, 2011.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde do idoso: documento de referência**. Genebra: OMS, 1995. (OMS/HPR/HEE/95.1).

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005.

PARK, J. E.; CHOI, R. Factors related to depression and mental health that affect the quality of life of the elderly. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2022, n. 1, p. 7764745, jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2022/7764745>.

PIGNOLO, R. J. Exceptional human longevity. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 94, n. 1, p. 110–124, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.005>.

RODRIGUES, L. P. *et al.* Hallmarks of aging and immunosenescence: connecting the dots. **Cytokine & Growth Factor Reviews**, v. 59, p. 9–21, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cytogfr.2021.01.006>.

SALMINEN, M. *et al.* Factors contributing to self-rated health in community-dwelling independent 75-year-old Finns: a population-based cross-sectional cohort study. **BMC Geriatrics**, v. 25, n. 1, p. 141, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05794-z>.

SANTAMARIA-GARCIA, H. *et al.* Factors associated with healthy aging in Latin American populations. **Nature Medicine**, v. 29, p. 2248-2258, 2023.

SANTOS, R. L. dos; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Reliability of the Brazilian version of the Scale of Instrumental Activities of Daily Living. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/575>.

SILVA E FARIAS, I. P. *et al.* Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, p. 386, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01791-6>.

TARTIERE, A. G. *et al.* The hallmarks of aging as a conceptual framework for health and longevity research. **Frontiers in Aging**, v. 5, p. 1334261, jan. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fragi.2024.1334261>.

VELOSO, M. V.; SOUSA, N. F. D. S.; MEDINA, L. P. B.; BARROS, M. B. A. Desigualdades de renda e capacidade funcional de idosos em município do Sudeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200093, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200093>

ZHANG, Y. *et al.* Effect of socioeconomic status on the physical and mental health of the elderly: the mediating effect of social participation. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 605, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13062-7>.

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás

Objetivo: Avaliar a saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás.

Período da coleta de dados: 14/10/2024 a 30/04/2025.

Tempo estimado para cada coleta: 60 minutos.

Local da coleta: Associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS), Rio Verde – Goiás -Brasil.

Pesquisador/Orientador: Josiane Budni

Telefone: (48) 99991-9132

Pesquisador/Acadêmico: Kauara Vilarinho, Bárbara Andrin,

Eduarda Behenck Medeiros, Adrielly Vargas Lídio, Gabriel

Casagrande Zobot, Gustavo de Bem Silveira e Gabriela

Serafim Keller

Telefone: (64) 98444-6285

Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC

Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep

Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira de 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Estamos convidando vossa senhoria para participar do presente estudo que tem como objetivo avaliar a saúde mental e oral ou bucal de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás. Caso vossa senhoria aceite participar da pesquisa, será realizada uma entrevista.

Caso aceite participar do estudo e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como parte da metodologia, vossa senhoria será convidado a responder alguns questionários, realizar testes psicométricos, ou seja, que analisam sua condição de saúde, memória, ansiedade, depressão, qualidade de vida e capacidade funcional, por profissionais da saúde capacitados, assim como será avaliada a saúde oral, ou seja, saúde dos dentes por uma dentista capacitada, conforme explicação fornecida ao apresentar este termo.

Todo o procedimento será supervisionado para garantir a segurança dos participantes e minimizar qualquer desconforto. Vossa senhoria tem total liberdade para interromper sua participação a qualquer momento

Os dados coletados serão tratados de forma anônima e confidencial, conforme os protocolos de pesquisa vigentes. Este estudo segue todas as normas éticas exigidas e busca minimizar riscos, assegurando o bem-estar dos participantes em todas as etapas.

Todos os dados de saúde gerados serão compartilhados com vossa senhoria após o estudo.

RISCOS

Os riscos iminentes da aplicação do questionário e dos testes, assim como a avaliação da saúde oral serão reduzidos por meio de protocolos rigorosos de segurança e medidas de cuidado. Isso inclui a assinatura de um Termo de Confidencialidade pelos pesquisadores, a anonimização dos dados. Os profissionais serão treinados para aplicar os testes, realizar os questionários e também a avaliação da saúde oral ou bucal será realizada por uma dentista em cadeira apropriada de um consultório odontológico móvel.

Os participantes poderão interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

BENEFÍCIOS

Este estudo tem como benefício o aumento da base de dados a respeito da prevalência do declínio cognitivo, depressão, ansiedade e entender como está a capacidade funcional, a qualidade de vida e a saúde oral ou bucal dos idosos institucionalizados e da comunidade para contribuir com políticas para idosos no Brasil e colaborar com uma melhor a longevidade e qualidade de vida destes indivíduos. Além disso, visa-se, sensibilização dos profissionais para os cuidados com estes idosos institucionalizados para melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 3

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
 Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
 Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) **Josiane Budni** pelo telefone (48) 9 9991 9132 e/ou pelo e-mail josiane.budni@unesc.net ou com médica responsável pelo estudo, Geriatria Gabriela Serafim Keller pelo telefone (48) 9 9840 4832 e/ou pelo e-mail gabiskeller@yahoo.com.br ou ainda com a fisioterapeuta responsável pelo estudo no local, Kauara Vilarinho pelo telefone (64) 98444-6285 ou com a dentista também responsável pelo estudo em Rio Verde-Goiás, Bárbara (64) 98150-3564.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 3 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

<p>Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p style="text-align: center;">Assinatura</p> <p>Nome: Josiane Budni CPF: 040.857.239-60</p>
--	---

Criciúma (SC), 17 de setembro de 2024

APÊNDICE II- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás.

Objetivo: Avaliar a saúde mental e oral de idosos institucionalizados e da comunidade em Rio Verde em Goiás.

Período da coleta de dados: 14/10/2024 a 30/04/2025.

Local da coleta: Associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS), Rio Verde – Goiás -Brasil.

Pesquisador/Orientador: Josiane Budni

Telefone: (48) 99991-9132

Pesquisador/Acadêmico: Eduarda Behenck Medeiros e Kauara Vilarinho e Bárbara Andrin

Telefone: (64) 98444-6285

Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:





- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Prof^a. Dr^a. Josiane Budni por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Termo de Confidencialidade CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 2



Termo de Confidencialidade

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)  <hr/> Assinatura Nome: Josiane Budni CPF: 040.857.239-60	Pesquisador(a)  <hr/> Assinatura Nome: Eduarda Behenck Medeiros CPF: 024.251.350-65
Pesquisador(a)  <hr/> Assinatura Nome: Kauara Vilarinho CPF: 003.583.921-01	Pesquisador(a)  <hr/> Assinatura Nome: Bárbara Andrin CPF: 050.145.249-40

Criciúma (SC), 17 de setembro de 2024.

APÊNDICE III - CARTA DE ACEITE ABAS

De: Associação Beneficente Auta de Sousa (ABAS)
Para: Kauara Vilarinho Santana Vieira
Assunto: Autorização de Pesquisa Acadêmica na Área da Saúde
Data: 01/08/2024

Prezado (a), Kauara Vilarinho Santana Vieira

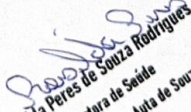
Cumprimentando-a cordialmente, vimos por meio deste DEFERIR a solicitação para realização da pesquisa intitulada " AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ORAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO VERDE- GOIÁS". Este estudo será realizado pelas mestrandas: BÁRBARA ANDRIN E KAUARA VILARINHO SANTANA VIEIRA, do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), em parceria com a Universidade de Rio Verde (UNIRV), sob a responsabilidade da orientadora Profa. Dra. Josiane Budni (UNESC).

Destarte, para aplicação da pesquisa nos ambientes da Associação em Rio Verde, os pesquisadores devem estar de posse da Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos. Além disso, a data para levantamento dos dados deverá ser combinada antecipadamente, com a Gerência da Associação através de contato via ligação ou whatsapp. Por fim, fica acordado que os pesquisadores, em período oportuno, serão convidados a apresentar o resultado obtido à Direção da Associação.

Sem mais.

Atenciosamente,

Associação Beneficente Auta de Sousa


Rosilda Peres de Souza Rodrigues
Gerente de Saúde
Associação Beneficente Auta de Sousa - ABAS

APÊNDICE IV – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

Número do questionário: _____

Data _____ da _____ entrevista: _____ / _____ / _____

Entrevistador: _____

1) Identificação do Idoso
 Nome: _____ Iniciais: _____
 Endereço: _____ Telefone para
 contato: () _____

2) Variáveis

a) demográficas Sexo (1) masculino (2) feminino

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Naturalidade: _____ Estado: _____

País: _____ Número total de filhos vivos: (0) nenhum _____ filhos

b) Sociais e econômicas

Profissão: (1) aposentado (2) outra: especifique _____

Escolaridade: (0) analfabeto/sem escolaridade (1) primário Incompleto (2) primário completo
 (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) superior incompleto (6) superior
 completo (7) outro: especifique _____

Estado civil: (1) solteiro(a) (2) viúvo(a) (3) divorciado(a) (4) casado(a)

Religião: (1) sim (2) não Qual: _____

O idoso reside:

(0) sozinho (2) cônjuge (3) familiar (filhos) (4) familiar (irmãos) (5) amigos (6) cuidador
 externo

Risco Psicossocial na esfera familiar: SIM NÃO

Se tiver algum problema, sente que a família se preocupa o necessário?

Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares? Sente-
 se compreendido?

Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família?

Viuvez recente?

Perda de filhos recentes?

Participa de alguma atividade na comunidade: (1) sim especifique _____ (2) não

Renda total dos idosos:

(1) até 1 salário mínimo

(2) de 1 a 2 salários

(3) de 3 a 4 salários

(4) de 5 a 6 salários

(5) de 7 a 8 salários

(6) de 9 a 10 salários

(7) mais de 10 salários

Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária:

(0) nenhum (1) saúde (2) econômico (3) pessoal (4) familiar c)

Étnicos

Cor da pele declarada: (1) branca (2) ameríndia (3) mestiça (4) amarela Feições étnicas (pesquisador): (1) caucasiana (2) indígena (3) afrodescendente (4) oriental (5) não sabe d)

Dados Clínicos

Peso..... Altura..... IMC.....Classificação:.....

Em sua opinião você diria que sua saúde é: (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Ruim (5) Muito Ruim

Comorbidades clínicas:

Hipertensão Arterial Sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes(1) sim (2) não

Cardiopatias(1) sim (2) não

Outras(1) sim (2) não

Faz uso de alguma medicação: (1) sim (2) não

Vitaminas e suplementos(1) sim (2) não;

Pílulas para pressão (1) sim (2) não;

Antibióticos(1) sim (2) não ;

Insulina(1) sim (2) não;

Tranquilizantes(1) sim (2) não;

Relaxantes musculares(1) sim (2) não;

Outros(1) sim (2) não: _____

Faz uso de chás, vitaminas, produtos naturais para tratamento de alguma doença: (1) sim (2) não

Prática algum tipo de atividade física: (1) sim (2) não

Você já fumou? () sim () não (obs.: se não vá para questão etilismo)

Você ainda fuma: () sim () não

Quantos cigarros: até ½ maço () sim () não;

de ½ a 1 maço () sim () não;

de 1 a 2 maços () sim () não;

mais que 2 maços () sim () não

Você fuma cigarro de palha () sim () não

Etilismo: Você faz uso de bebida alcoólica? (1) sim (2) não

Tipo: Destilado () sim () não; Fermentado () sim () não

Dose diária(copos): (1) 1 ou 2 (2) 3 ou 4 (3) 5 ou 6 (4) mais de 6 (5) não se aplica Duração/anos: (há quanto tempo bebe essa quantidade) _____

(1) RGE

(2) falta de ar

(3) voz rouca/fraca

Uso de prótese dentária: superior (4) Interior (5) não (6)

Prótese dentária: bem adaptada (7) apertada(8) frouxa (9)

Dificuldade em comer algum tipo de alimento: sim (1) não (2) Qual: _____

Modificou a alimentação: sim (1) não (2)

Consistência alimentar mais fácil: Líquido (1) Pastoso (2) sólido (3)

Dor ao mastigar: sim (1) não (2)

Dor ao engolir: sim (1) não (2)

Necessita temperar mais os alimentos: sim (1) não (2)

Você se sente cansado ao mastigar ou engolir: sim (1) não (2)

Você tosse, tem sensação de alimento parado na garganta ou falta de ar: sim (1) não (2)

Precisa beber líquidos durante a refeição para ajudar o alimento a “descer”? : sim (1) não (2)

Prefere mastigar somente de um lado: direito (1) esquerdo (2) não (3)

Você precisou ficar internado recentemente por problemas pulmonares? sim (1) não (2)

Sono:

Rastreamento de distúrbios do sono SIM NÃO

Você está insatisfeito (a) com o seu sono?

Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?

O parceiro ou outros observadores se queixam de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas, e/ou sonolência ou fadiga diurnas?

Duração da sintomatologia superior a 3 meses

Você já realizou consulta com neurologista: (1) sim

Especifique o motivo: _____

(2) não

Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações. (1) Sim (2) Não

Em sua opinião essa perda de memória ocorre: (1) Sempre (2) Quase sempre (3) Raramente (4) Nunca

História familiar positiva para:

Doença cardiovascular prematura (Infarto Agudo do Miocárdio ou morte súbita antes dos 55 anos no pai ou parentes de 1º grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1º grau do sexo feminino) (1) sim (2) não

Hipertensão arterial sistêmica (1) sim (2) não

Diabetes mellitus tipo II (1) sim (2) não

Doença tireoidiana(1) sim (2) não

Câncer de cólon(1) sim (2) não

Câncer de mama(1) sim (2) não (3) não se aplica

Câncer de próstata (1) sim (2) não (3) não se aplica

Osteoporose/Fratura de fragilidade(1) sim (2) não

Depressão (1) sim (2) não

Demência(1) sim (2) não

ANEXOS

ANEXO I - CARTA DE ACEITE CEP

**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

Parecer n.: 7.106.785

CAAE: 83402424.3.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Josiane Budni


Pesquisador(a):

Kauara Vilarinho Santana Vieira,
Bárbara Andrin,
Eduarda Behenck Medeiros,
Adrielly Vargas Lídio
Gabriel Casagrande Zobot,
Gustavo de Bem Silveira
Gabriela Serafim Keller

Título: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E ORAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E DA COMUNIDADE EM RIO VERDE EM GOIÁS

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e quaisquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 26 de setembro 2024.


Marco Antônio da Silva
Coordenador do CEP

Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC
Bloco R1 – Sala 109 | Fone (48) 3431 2606 | cep@unesc.net | www.unesc.net/cep
Horário de funcionamento do CEP: Segunda-feira das 13h às 17h, terça-feira do 12h30 às 16h30, quarta-feira das 14h às 18h, quinta-feira das 17h30 às 21h30 e sexta-feira das 8h às 12h

ANEXO II – A ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – 15 (EDG-15)

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	() Sim	() Não
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	() Sim	() Não
3. Acha sua vida vazia?	() Sim	() Não
4. Aborrece-se com frequência?	() Sim	() Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	() Sim	() Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	() Sim	() Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	() Sim	() Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	() Sim	() Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	() Sim	() Não
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	() Sim	() Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	() Sim	() Não
12. Sente-se inútil?	() Sim	() Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	() Sim	() Não
14. Sente-se sem esperança?	() Sim	() Não
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	() Sim	() Não

Total de Pontos: _____

ANEXO III - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVDS) E DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVDS)

Pontuação

Necessita de ajuda total para realizar a atividade = 1

Ajuda máxima (o indivíduo realiza até 25% da atividade sozinho) = 2

Ajuda moderada (o indivíduo realiza até 50% da atividade sozinho) = 3

Ajuda mínima (o indivíduo realiza até 75% da atividade sozinho) = 4 Só

precisa de supervisão para realizar a atividade = 5

Realiza a atividade com independência modificada = 6

Realiza a atividade com independência completa = 7

Categorias:

Atividades Básicas de Vida Diária

Autocuidado (variação de 8-56 pontos)

1. Alimentação (utilização dos utensílios para levar o alimento a boca, mastigação e deglutição do alimento) ()

1. Preparo do alimento (escolha do alimento, utilização dos utensílios para o preparo) ()

1. Higiene matinal (escovar os dentes, pentear o cabelo) ()

2. Banho (utensílios para o banho, desnudação, lavagem e secagem do corpo) ()

3. Vestir a cima da cintura (escolha, colocação e abotoamento das roupas) ()

1. Vestir abaixo da cintura (escolha, colocação das roupas, incluindo as meias, sapatos) ()

4. Cortar as unhas dos pés ()

5. Tomar medicamento (medicamento certo, dose certa e hora certa) ()

Controle dos esfíncteres (2-14 pontos)

2. Controle da urina (incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos) ()

1. Controle da fezes incluindo a retirada da roupa para utilizar o sanitário, sentar-se e levantar-se do sanitário, limpar-se e higiene das mãos ()

Transferências (3-21 pontos)

1. Move-se na cama e fora dela ()
2. Uso do vaso sanitário (deslocamento) ()
3. Uso do chuveiro (deslocamento e utilização) ()

Locomoção (3-21 pontos)

4. Locomoção (caminhar na parte interna e externa da casa) ()
5. Uso do transporte coletivo ()
6. Escadas (sobe e desce escadas) ()

Equilíbrio 4-28 pontos)

7. Posição sentada para posição de pé ()
8. Posição de pé para posição sentada ()
9. Permanece de pé sem apoio ()
10. Pega objetos do chão a partir da posição de pé ()

Atividades Instrumentais de Vida Diárias (5-35 pontos)

11. Limpeza doméstica leve (lavar louça, arrumar cama) ()
12. Limpeza doméstica pesada (carregar peso, lavar roupa, varrer a casa) ()
13. Finanças (administrar dinheiro) ()
14. Compras (fazer compras e lugares perto de casa) ()
15. Uso do telefone (utiliza, marca números) ()

Escore total: 25 a 175

pontos Subscores:

25 pontos: Dependência completa (assistência total)

26-50 pontos: Dependência modificada (ajuda em até 75% das

tarefas) 51-83 pontos: Dependência modificada (ajuda em até 50%

das tarefas) 84-143 pontos: Dependência modificada (ajuda em até 25% das tarefas)

144-175 pontos: Independência modificada/completa (não precisa de ajuda para executar as atividades).