

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADEMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**REBECA DA SILVA PAIVA**

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM  
IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS COM SINAIS  
DEPRESSIVOS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB**

Cuité/PB

2014

REBECA DA SILVA PAIVA

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS COM SINAIS DEPRESSIVOS NA CIDADE DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em nutrição clínica.

Orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Nilcimelly Rodrigues Donato

Co- orientadora:

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Gracielle Malheiro dos Santos

Cuité/PB

2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

P149e Paiva, Rebeca da Silva.

Estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos na cidade de Campina Grande - PB. / Rebeca da Silva Paiva. – Cuité: CES, 2014.

67 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Nilcimelly Rodrigues dos Santos.  
Co-orientadora: Gracielle Malheiro dos Santos.

1. Depressão. 2. Estado nutricional - idosos. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDU 616.895.4

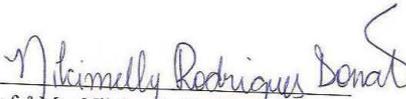
REBECA DA SILVA PAIVA

**ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS COM SINAIS DEPRESSIVOS NA CIDADE DE  
CAMPINA GRANDE-PB**

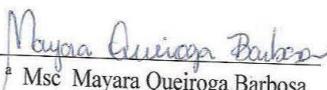
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a  
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade  
Federal de Campina Grande, como requisito  
obrigatório para obtenção de título de Bacharel  
em Nutrição, com linha específica em nutrição  
clínica.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.ª Msc Nilcimelly Rodrigues Donato  
Universidade Federal de Campina Grande  
Orientador (a)

  
Prof.ª Msc Marília F. Frazão Tavares de Melo  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinador (a)

  
Prof.ª Msc Mayara Queiroga Barbosa  
Universidade Federal de Campina Grande  
Examinador (a)

Cuité/PB

2014

**A minha família (Agostinho, Antônio, Maria Ivaneide e Tiana)**

**Dedico.**

## AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus pelo dom da vida e por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que eu pudesse concluir mais uma etapa da vida.

A minha família (Agostinho, Antônio, Maria Ivaneide e Tiana) por terem sempre me apoiado, me dando conselhos, por nunca terem me deixado desistir e por sempre terem acreditado em mim, até quando nem eu acreditava mais em mim mesma. Pelos exemplos de pais (Ivaneide e Agostinho) a quem hes devo tudo pela pessoa que me tornei: orgulho-me de chamá-los de mãe e pai, e pelos exemplos de irmãos que tenho (Antônio e Tiana), anjos que Deus me concedeu. Sem a ajuda de todos vocês eu jamais teria chegado até aqui. Amo imensamente vocês.

A orientadora Nilcimelly Rodrigues Donato e co-orientadora Gracielle Malheiro dos Santos, por alguns momentos de incentivos prestados para conclusão deste trabalho.

As minhas amigas-irmãs, Aline Martins e Flávia Raquel por tantos anos de amizade verdadeira, por todas às vezes que me ajudaram quando eu precisei, pelos conselhos, “brincas”, incentivo e ajuda. Amo vocês

Aos meus amigos, Anderson Thiago, Diego Maia e Francismark pela amizade e principalmente pelo incentivo de vocês

As minhas amigas de universidade, pela amizade que foram construídas durante este percurso de anos, sem vocês esta trajetória não seria prazerosa.

Aos professores do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande, que contribuíram para minha formação acadêmica, pessoal e social, em especial a professora Doutora Maria Elieidy, pelo jeito humilde e simples, que me ajudou com sua atenção de sempre esclarecer as dúvidas e sempre dando conselhos.

**Todos querem o perfume das flores, mas poucos sujam suas mãos para cultivá-las**

**(Augusto Cury)**

## RESUMO

PAIVA, Rebeca da Silva. **Estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos, na cidade de Campina Grande – PB.** 2014. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2014.

A atual sociedade vem se preocupando cada vez mais com as condições de saúde, qualidade de vida e nutrição. Porém, com o estilo de vida, podemos observar que as pessoas estão sendo cada vez mais acometidas por doenças psíquicas como a depressão na fase geriátrica, com prevalência maior em idosos institucionalizados, uma vez que acontece o distanciamento da sociedade. Logo, este estudo objetivou-se avaliar a relação entre sinais depressivos, estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados, residentes no asilo São Vicente de Paulo, na cidade de Campina Grande- PB. A subamostra deste estudo foi composta por 13 idosos portadores de sinais depressivos. Todos os participantes responderam o questionário Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e nos momentos posteriores, os idosos foram submetidos à avaliação antropométrica: peso, altura, circunferência da cintura (CC) e circunferência do quadril (CQ), e por fim, foi aplicado um questionário para o cuidador do asilo responder com informações pertinentes sobre a qualidade de vida destas pessoas de terceira idade. De acordo com os sinais indicativos de depressão, conforme a escala constatou-se que 61, 4 % apresentavam sinais leves e 38, 4 % severos. Foi observado a maior prevalência de participantes do sexo feminino, na qual a maioria apresentava idade de 71-80 anos (38, 5 %). Foi verificado que 53, 8 % da população de estudo apresentou eutrofia, 27 % com excesso de peso e 18 % com estado de magreza. As pessoas que não apresentaram perda de parentes e amigos foram superiores aos que apresentaram tal perda, com a maior prevalência de eutróficos (38, 4 %). Do total das população, a maioria apresentou renda socioeconômica de um salário mínimo (61, 5 %). Pode-se concluir que são necessários mais estudos relacionados a sintomas depressivos, qualidade de vida e estado nutricional.

**Palavras- Chave:** Depressão. Estado Nutricional. Idosos. Qualidade de Vida.

## ABSTRACT

Paiva, Rebeca Silva. **Nutritional status and quality of life in institutionalized elderly with depressive signs in the city of Campina Grande – PB.** 2014. 65f. Final Paper (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2014.

Society nowadays has been increasingly concerned with health conditions, quality of life and nutrition. However, considering the lifestyle, we can observe that people are increasingly being affected by mental illnesses such as depression in the geriatric stage, with the highest prevalence occurring in the institutionalized elderly, since it implies distancing from society. Therefore, this study aimed to evaluate the relationship between signs of depression, nutritional status and quality of life in institutionalized elderly who are residents in the nursing home St. Vincent de Paul (referred to in Portuguese as São Vicente de Paulo), in the city of Campina Grande – PB. A subsample of this study consisted of 13 elderly patients presenting signs of depression. All participants completed the Geriatric Depression Scale (GDS) questionnaire and then the elderly underwent anthropometric measurements, including weight, height, waist circumference (WC) and hip circumference (HC), and finally a questionnaire was applied to the caregiver responsible for the asylum in order to assess relevant information about the quality of life of the seniors. According to the signs indicative of depression based on the scale, it was possible to observe that 61, 4% had light signs, whereas 38, 4% of the participants presented severe signs. There was a higher prevalence of female participants, whose age ranged from 71 to 80 years (38, 5%). It was also found that 53, 8% of the study population showed normal weight, 27% were overweight and 18% presented state of thinness. Participants who did not show loss of relatives and friends were higher than those who have faced such a loss, with the highest prevalence of normal weight (38, 4%). Of the total population, the majority showed socioeconomic income of a minimum wage (61, 5%). It can be concluded that more studies related to depression symptoms, quality of life and nutritional status are needed.

**Key-words:** Depression. Nutritional Status. Senior citizens. Quality of Life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1**– Relação da faixa etária de idosos quanto ao estado civil discriminado por sexo na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande PB ..... 30
- Figura 2**– Classificação do IMC quanto ao número de refeições dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos São Vicente de Paulo, Campina Grande - PB  
33
- Figura 3**– Relação entre renda e RCQ dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande –PB ..... 37

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Relação entre classificação dos sinais depressivos e sexos feminino/ masculino dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB.....	29
<b>Tabela 2</b> – Grau de escolaridade em relação ao sexo dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande PB .....	32
<b>Tabela 3</b> – Relação entre classificação do IMC e a variável perda de parente/amigo nos últimos 6 meses dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB .....	35
<b>Tabela 4</b> – Relação entre classificação do IMC e a renda(salário mínimo) dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB .....	36
<b>Tabela 5</b> – Distribuição de frequência entre a atividade tomar banho e o grau de independência ou dependência externa dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande - PB .....	38
<b>Tabela 6</b> – Distribuição de frequência para utilizar talheres para alimentar-se e o grau de independência ou dependência dos idosos residentes na Instituição São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB.....	39
<b>Tabela 7</b> – Relação entre a frequência para levantar-se da cama e o grau de independência ou dependência dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB .....	39
<b>Tabela 8</b> – Distribuição de frequência para ingestão de medicamentos e o grau de independência ou dependência dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB .....	40
<b>Tabela 9</b> – Frequência de visitas familiares ao idoso residentes na Instituição São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB.....	41

**Tabela 10** – Frequência de visitas de amigos dos idosos residentes na Instituição São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB .....42

**Tabela 11** – Relação entre a quantidade de patologias de acordo com os sexos dos idosos residentes na Instituição São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB ..... 43

## **LISTA DE SIGLAS**

CC – Circunferência da Cintura

CQ – Circunferência do Quadril

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística ILPI – Instituto de Longa Permanência

para Idosos IMC – Índice de Massa Corporal

RCQ – Relação Cintura-Quadril

OMS – Organização Mundial de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECIFICO .....	16
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
3.1 ENVELHECIMENTO HUMANO.....	17
3.2 ALTERAÇÕES ANÁTOMO-FISIOLÓGICAS.....	17
3.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL .....	19
3.4 FATORES DE RISCO PARA O ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO .....	21
3.5 DEPRESSÃO.....	22
3.6 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DEPRESSIVOS .....	24
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	25
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	25
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	25
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	25
4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
4.6 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS.....	26
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	29

<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A elevação quantitativa de idosos se apresenta como um fenômeno mundial. Nos anos de 1900, correspondiam a 3,2% da população geral; em 1990 o valor foi igual a 7,3% e em 2010, chegou a 12%, perfazendo um total de 18 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025, o mundo terá cerca de 75% da população com mais de 65 anos (IBGE, 2010), evidenciando um aumento na faixa etária e na perspectiva de vida (SOUSA et al., 2010). Este aumento significativo de idosos, comparando às demais faixas etárias na população em geral, leva a uma modificação na pirâmide populacional (DOMINGUES, 2011). E esta mudança está relacionada à maior necessidade e desenvolvimento de tecnologia e cuidado em saúde (ANDERSON, 2012).

Outro fator relacionado aos cuidados e bem-estar desse público são as relações sociais, afinal, essas pessoas buscam e demandam maior apoio nesta fase da vida, da rede familiar, da vizinhança, de amigos e na comunidade (DOMINGUES, 2011). Concomitantemente às essas características da faixa etária, existem dificuldades no cuidado que levam à escassez de alternativas para as famílias manterem os idosos em casa, ou ainda àqueles sem referência familiar ou acometidos por enfermidades crônico-degenerativas, o que estimula à demanda por internações em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI (ARAUJO, 2011).

Dentre a população de idosos institucionalizados, a depressão é uma das doenças crônicas mais frequentes, que prejudicam sua funcionalidade, o que se torna um problema grave de saúde, uma vez que se diminui a qualidade de vida dos mesmos. Estima-se que 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo, e que à depressão seja frequente em idosos hospitalizados (5 a 15%) e institucionalizados (12 a 16%) (FREITAS et al., 2011).

A depressão tem sérios impactos na vida de qualquer indivíduo, afinal, trata-se de um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, e reconhecidamente, é de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica e social (FREITAS et al., 2011). Esta doença está associada a diferentes características: idade avançada, ser do sexo feminino, às condições de saúde como a incapacidade funcional, doenças crônicas, déficit cognitivo, condições socioeconômicas precárias e ainda a institucionalização (AHMANDI, 2013).

Outro aspecto importante para saúde do indivíduo idoso institucionalizado, é seu estado nutricional, uma vez que expressa o resultado do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes de forma a manter adequadas a composição e funções do

organismo. Confirmando assim, a existência de relação entre nutrição, estado de saúde adequados e bem estar físico e mental como fatores relacionados à qualidade de vida e a saúde dos indivíduos (MAHAN, 2012).

Qualidade de vida pode ser definido como bem estar físico, mental e emocional, bons relacionamentos sociais com a família e amigos, além de uma alimentação saudável e equilibrada (ALMEIDA et al., 2012). Em contrapartida, a ausência de cuidados em saúde nos idosos institucionalizados pode levar ao comprometimento alterado nos fatores biológicos, psicológicos e sociais, o que pode contribuir para o aumento do índice de depressão no idoso (CARVALHO; PAPALÉO, 2006).

Na busca por desvelar essa temática, surgiu a seguinte questão norteadora: Nos idosos institucionalizados, a depressão pode influenciar no estado nutricional, assim como na qualidade de vida dos mesmos?

A presença de doenças crônicas degenerativas e ausência de interação social são fatores que contribuem para o desencadeamento da depressão nos idosos, podendo ter alterações nutricionais, comprometendo o estado nutricional, e conseqüentemente, a qualidade de vida dos mesmos.

Desta forma este trabalho justifica-se pela importância do envelhecimento com qualidade de vida em todas as dimensões, a saber biopsicossocial e nutricional. Tratando-se de um Instituto de Longa Permanência para Idosos- ILPI, entende-se que ali, eles permaneçam por um tempo considerável, podendo desenvolver patologias psicológicas como a depressão devido ao isolamento familiar, de amigos e/ou da comunidade por muito tempo. Além do aspecto psicológico espera-se que na institucionalização desse idoso no que se refere aos cuidados e/ou apoio recebidos possam ser diminuídos, seja pelo cuidador e/ou familiares, bem como, as atividades diárias modifiquem-se por questões inerentes à idade, como também devido às relações e/ou limitações da instituição no que refere a qualidade de vida e nutrição. Surge assim a necessidade de verificar a relação entre a depressão, estado nutricional e qualidade de vida entre idosos em um asilo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a relação entre sinais depressivos, estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados, residentes no asilo São Vicente de Paulo, na cidade de Campina Grande-Paraíba.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar os sintomas depressivos.
- Avaliar o estado nutricional dos idosos, portadores de sinais depressivos.
- Analisar a qualidade de vida dos idosos portadores de sinais depressivos
- Relacionar o estado nutricional com aspectos socioeconômicos, psicossociais e perfil alimentar do grupo.

### 3. REFERENCIAL TEORICO

#### 3.1 ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento da população mundial, especialmente de países em desenvolvimento, vem ocorrendo de forma crescente, e este aumento pode ser atribuído à redução da fecundidade, da mortalidade infantil e do aumento da expectativa de vida na terceira idade. No Brasil, até 2025, serão cerca de 36 milhões de idosos. Esse aumento da população de terceira idade se deve pela melhoria na qualidade de vida (IBGE, 2010).

O envelhecer caracteriza-se por alterações morfológicas, fisiológicas e anatômicas, que repercute na saúde e nutrição do idoso, e dentre essas mudanças estão: redução na capacidade funcional, alterações no paladar, alterações nos processos metabólicos do organismo e modificações da composição corporal (PFRIMER; FERRIOLI, 2008). Segundo Anderson (2012), essas mudanças decorrentes no indivíduo idoso, são fatores predisponentes para uma série de doenças, incluindo certos tipos de câncer, doenças cardiovasculares e diabetes.

Outros fatores que pode ocorrer nestas pessoas de terceira idade são a mudanças fisiológicas, que ocasionam a perda progressiva da capacidade de adaptação ao ambiente, assim como o prejuízo na forma de se alimentar, o que afeta a necessidade de vários nutrientes, comprometendo assim, o estado nutricional do idoso (CHEMIN, 2011).

Segundo o autor supracitado, essas alterações tornam o idoso mais vulnerável, aumentando assim, a incidência de má nutrição e de processos patológicos nesta população de terceira idade.

#### 3. 2 ALTERAÇÕES ANÁTOMO-FISIOLÓGICAS

Comumente, os idosos apresentam alterações anátomo-fisiológicas, que podem repercutir na saúde e no estado nutricional desses indivíduos. (HARGREAVES, 2006). De acordo com Vitollo (2008), pessoas com sintomas de depressão podem ser mais suscetíveis a doenças, e os nutrientes tem função prejudicada, uma vez que podem afetar no desenvolvimento do cérebro, além de irritabilidade emocional e outros problemas neurológicos, alterando, assim, o estado nutricional dessas pessoas de terceira idade.

O aumento da sobrevida e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa faz ressurgir nos dias de hoje a busca por uma vida com mais qualidade (ROACH, 2003).

Baseado nestes preceitos, a condição bucal pode interferir na escolha dos alimentos, bem como no hábito alimentar do indivíduo (CARVALHO; PAPALÉO, 2006). A saúde oral do idoso tem como fatores de risco associados ao aumento da cárie dental, que pode ser ocasionado pela falta de higienização bucal adequada, associada a uma menor mobilidade manual; infecções periodontais, também causadas pela má higienização e ainda, pelo acúmulo de placas bacterianas, a utilização de próteses dentárias mal-ajustadas, que interfere na capacidade da eficiência do processo de mastigação (BUSNELLO, 2007). Esses são fatores que podem trazer como consequências, problemas ao estado nutricional do idoso e a sua saúde em geral. (KAC et al., 2007).

A plesbifagia é, portanto, um processo modificado e caracterizado pela demora nas funções de mastigação e deglutição e com possibilidades de mudanças no hábito alimentar (ACOSTA et al., 2012). Segundo os autores supracitados, a plesbifagia caracteriza-se por modificações na função da deglutição durante o envelhecimento humano, que desencadeia uma adaptação ao processo de alimentação e deixa o idoso propenso a desenvolver disfagia, que pode ser caracterizada como à dificuldade de deglutição dos alimentos ingeridos.

Problemas relacionados à deglutição estão associados à plesbifagia, que corresponde ao envelhecimento natural, fisiológico do mecanismo de deglutição ou está associada à disfagia, que refere à dificuldade de coordenar os movimentos de mastigação e respiração (CASSOL et al., 2011).

À deglutição pode resultar da disfunção dos músculos estriados e lisos do trato gastrointestinal dos pacientes idosos (BRUNNER, 2009). Segundo o autor mencionado, o agravamento dos problemas na deglutição pode causar à interrupção ou disfunção das vias neurais.

Segundo Chemin (2011), ocorrem alterações orgânicas e funcionais no pâncreas, fígado e rins no envelhecimento. Às alterações no pâncreas podem ocasionar diminuição da produção das enzimas (prejudicando a digestão dos alimentos). No fígado é comum ocorrer redução do fluxo sanguíneo, do tamanho dos hepatócitos, e da produção de ácidos biliares, prejudicando assim, à digestão de gorduras. Nos rins ocorre dificuldade na excreção de substâncias tóxicas e metabólicas.

Com o envelhecimento, ocorre perda de dentes e atrofia da elasticidade de todos os tecidos da cavidade oral, diminuição quantitativa e qualitativa da saliva (CHEMIN, 2011). Ocorrem também muitos problemas odontológicos, pela perda parcial ou total de dentes, presença de cáries, de tumores e a ocorrência de xerostomia, acarretando problemas na mastigação e digestão do alimento.

Com relação ao sistema gastrointestinal, pode estar comprometida devido ao menor número das células absorptivas, causando a diminuição na área superficial disponível para a absorção e, conseqüentemente, ocorre prejuízo na capacidade funcional (CHEMIN, 2011). Ocorre um aumento na incidência de obstipação intestinal, devido à diminuição do tônus muscular, da função motora do cólon, da diminuição do peristaltismo, da inatividade dos efeitos colaterais de medicações e da diminuição da quantidade de alimentos e líquidos ingeridos, quando se diminui a ingestão de alimentos, o estado nutricional dos idosos pode ficar comprometido (HARGREAVES, 2006).

A mucosa gástrica apresenta mudanças estruturais, se observando declínio na secreção ácida, tanto a basal, quanto à estimulada pela histamina, que se relaciona ao grau da atrofia da mucosa gástrica ao número de células parietais (CHEMIN, 2011). Segundo o autor indicado, a diminuição do suco gástrico implica diretamente à redução do fator intrínseco, componente responsável pela absorção de vitamina B12.

Segundo Mahan (2012), a diminuição do suco gástrico também pode ocorrer pela gastrite atrófica, causando inflamação e dor, retardo do esvaziamento gástrico e desconforto, afetando assim, à disponibilidade dos nutrientes, fazendo que haja diminuição da habilidade de uma pessoa idosa em se alimentar.

No processo de envelhecimento, o comprometimento das percepções sensorial, xerostomia e redução da sensibilidade da sede são fatores que interferem no consumo alimentar do idoso, influenciando assim o comprometimento de suas necessidades nutricionais (KAC et al., 2007). Nesse contexto, os sentidos do paladar, olfato, visão e audição podem afetar o comportamento alimentar por alterações no controle do apetite, por dificultar o reconhecimento dos alimentos.

### 3.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO

O estado nutricional é a disponibilidade e a utilização de nutrientes e energia em nível celular. Assim como, tanto no âmbito individual ou coletivo, o estado nutricional pode ser considerado normal quando a alimentação provê nutrientes que correspondam às necessidades metabólicas normais e suas variações (catabolismo e anabolismo), induzidas por sobrecargas fisiológicas ocupacionais e patológicas no indivíduo idoso. (FREITAS, 2011).

Chemin (2011) define que a avaliação do estado nutricional como um conjunto de métodos, procedimentos e técnicas utilizados no indivíduo idoso com o objetivo de identificar

a presença de distúrbios nutricionais, possibilitando a intervenção adequada e precoce, de modo a promover à recuperação ou manutenção do estado nutricional do indivíduo.

A avaliação do estado nutricional do idoso deve incluir avaliação dietética, através de anamnese alimentar, antropometria, exames físicos, avaliação bioquímica, e, com isso, pode-se realizar o diagnóstico nutricional e a prescrição dietética, contribuindo assim com os cuidados necessários específicos para essa faixa etária (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

Segundo Brunner (2009), na avaliação nutricional do idoso, à triagem nutricional é a primeira etapa na manutenção da nutrição adequada, que pode ajudar na reposição das perdas de nutrientes para a manutenção da saúde e bem-estar.

De acordo com Duarte (2007), a avaliação clínico-nutricional permite identificar idosos com risco nutricional. A avaliação deve conter história clínica detalhada, acompanhada de exames físicos, antropometria e composição corporal, história alimentar, além de exames bioquímicos. Em alguns casos, a anamnese deve ser realizada com o cuidador do idoso, para que informações distintas sejam evitadas e prejudiquem o diagnóstico do paciente.

Vitolo (2008) afirma que a anamnese alimentar deve ser obtida através de informações do cuidador (filho, parente ou acompanhante), ou pelo próprio idoso, com valorização de qualquer queixa emocional por parte do cuidador ou até pelo próprio idoso. Este mesmo autor reafirma que durante a obtenção de história clínica e nutricional, é importante observar as relações intrafamiliares, que podem influenciar o estado nutricional do idoso.

Quanto à antropometria, é um método não-invasivo, de baixo custo, fácil de ser aplicado e seguro, considerado pelos autores como um preditor de doenças, na identificação do prejuízo da funcionalidade e da mortalidade. No decorrer do envelhecimento humano há uma diminuição da massa muscular e aumento da gordura corporal, principalmente na área abdominal, podendo interferir na aferição da medida antropométrica. Outro exemplo é a flacidez da pele, que interfere na mensuração das dobras cutâneas (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

A mensuração do peso e estatura são considerados indicadores simples e adequados sobre a mudança do estado nutricional do ponto de vista da avaliação clínica individual (KAC et al., 2007). O mesmo autor enfatiza que as alterações do peso e composição corporal por fazerem parte do processo natural do envelhecimento, deve haver monitoramento contínuo no idoso, principalmente o idoso desnutrido, estando propenso a diversas condições que contribuem para o aumento da morbi-mortalidade, morte prematura, maior tempo de recuperação e internação.

Segundo Chemin (2011), o IMC é muito empregado em atendimento individual, principalmente em sua relação, de morbidade e mortalidade, fortalecendo a afirmativa de relação com o estado nutricional. Desse modo, é expresso pela relação de peso corporal em kg e estatura em m<sup>2</sup>, sendo amplamente utilizado como indicador do estado nutricional por sua boa correlação com a massa corporal e baixa correlação com a estatura (SANTOS; SICHIERI, 2005).

As circunferências contribuem para a avaliação mais completa do estado nutricional da população envelhecida, fornecendo informações sobre a composição e adiposidade corporal (KAC et al., 2007). Chemin (2011) relata que a circunferência da cintura (CC) é uma variável antropométrica indicadora de risco de doenças metabólicas. Valores  $\geq 80$  ou 88 cm para mulheres ou  $\geq 94$  ou 102 cm para homens são utilizados para classificar os indivíduos com ou sem risco, e a partir daí preconizar o tratamento adequado. A mesma autora menciona a circunferência do quadril (CQ) como uma variável antropométrica preditora na identificação da presença de gorduras abdominal e visceral, permitindo a associação ao risco de doenças crônicas não transmissíveis, na qual é possível determinar a relação cintura-quadril (RCQ) através da mensuração das variáveis antropométricas da cintura e quadril.

Quanto à circunferência do braço, Duarte (2007) cita que pode representar perda da massa magra, o que é comum no envelhecimento humano e que necessita de avaliação para que se tenha precisão da real massa magra.

### 3.4 FATORES DE RISCO PARA O ESTADO NUTRICIONAL DO IDOSO

A institucionalização de idosos está aumentando de forma progressiva, pois a dependência dos mesmos por cuidados externos e abandono familiar está cada vez mais frequente (KAC et al., 2007). A contexto familiar, o cuidado referente à saúde ao idoso está se tornando cada vez mais escasso, pois a falta de condições econômicas, rompimento dos laços com os membros da família e presença de doenças crônicas são fatores predisponentes para a família do idoso procurar um asilo como opção de novo lar para estas pessoas de terceira idade (ESPITIA; MARTINS, 2006)

Segundo Frank e Soares (2004), fatores socioeconômicos podem constituir um risco nutricional, pois a falta e/ ou insuficiência de recursos financeiros podem comprometer a alimentação devido à obtenção, a forma de preparo e a ingestão inadequada dos alimentos. Dessa forma existe uma associação de consumo alimentar em função da renda, na qual quanto maior a renda, maior a escolha de alimentos pré-processados.

Outro fator de risco nutricional é a perda dos dentes associada às infecções nas cavidades periodontal, ocasionando dor e dificuldades para mastigar e deglutir, alterando o consumo de alimentos. Segundo os autores, o uso da prótese dentária reduz a eficiência da mastigação em aproximadamente 75-85%, o que leva a diminuição do consumo de carnes, frutas e vegetais frescos (KAC et al., 2007). Nas pessoas idosas a saúde oral altera o estado nutricional, principalmente pela prevalência de cáries dentárias, infecções periodontais, além do fluxo salivar diminuído, podendo ser agravado por muitas enfermidades e pelo uso de medicamentos (FLUORENTINO, 2002 apud VITOLLO, 2008). As associações de doenças crônicas com o uso prolongado de medicamentos que interferem no apetite, consumo e absorção de nutrientes que se tornam fatores de risco para comprometimento do estado nutricional (BUSNELLO, 2007).

Fatores psicossociais também podem influenciar na intervenção alimentar e nutricional do idoso. Muitas vezes, a relação do idoso com a alimentação pode ser afetada pelas desordens afetivas em que os idosos são acometidos, determinando assim, seu comportamento alimentar, esses fatores são: perda de amigos e parentes próximos, isolamento social e ausência de um papel social. (VITOLLO, 2008).

As variáveis culturais como os aspectos étnicos e religiosos também podem afetar na seleção, preparação de alimentos e práticas alimentares, interferindo assim, na nutrição e na forma de se alimentar (ELIOPOULOS, 2011). Sendo assim, a compreensão dos fatores peculiares que afetam as práticas alimentares é essencial para o profissional da saúde manter o cuidado individualizado.

### 3.5 DEPRESSÃO

Depressão geriátrica é uma desordem mental e emocional que afeta os idosos. Sentimentos de tristeza ocasionais são normais em idosos com depressão, no entanto, a depressão duradoura não faz parte do envelhecimento normal, e o agravamento de idosos deprimidos contribui como um grande fator de risco para o suicídio (KRANS, 2012).

À depressão é, na atualidade, considerada uma desordem de humor. No entanto, está longe de ser uma entidade clínica única, apresentando muitas facetas e uma variedade de possíveis etiologias (CANALE; FURLAN, 2006).

De acordo com a World Health Organization (WHO, 2004), os altos fatores de risco para depressão em idosos consistem naqueles que sofrem de condições físicas crônicas ou estressantes, tais como uma perda de um familiar ou conhecido, presença de artrite ou outra

doença crônica. Segundo o autor supracitado, técnicas de educação do paciente com depressão ensinam estratégias para efeitos benéficos em curto prazo, sobre o estado psicológico dos sintomas depressivos. De acordo com esse contexto, Pokorski e Warzecha (2013), relatam que fatores como preocupação e expectativas de saúde podem desencadear ou aumentar a intensidade dos sintomas depressivos. Por outro lado, o envolvimento religioso dos idosos pode melhorar a angústia nesses indivíduos.

Para Costa (2009:131), a reforma, o isolamento, a crescente incapacidade, o sentimento de perda, e o aumento da esperança de vida podem ser causas de depressão:

A reforma, o isolamento, a crescente incapacidade e o inevitável sentimento de perda, aumentam a vulnerabilidade à doença e aumenta o risco de depressão. Se o aumento da esperança de vida é uma das maiores mudanças sociais dos nossos tempos, o que é certo é que aumentaram também as doenças como a ansiedade crônica, a depressão (invariavelmente ligada ao sentimento de perda) e as co-morbilidades associadas às doenças crônicas. Sendo doenças com uma incidência tão alargada na população (é difícil não encontrar alguém que sofra ou tenha sofrido uma depressão, ainda que a chame pelos nomes que tão frequentemente a mascaram como esgotamento, princípio de esgotamento ou doença nervosa) (...).

O indivíduo idoso apresenta-se persistentemente triste ou ansioso, com sentimento de desesperança ou de pessimismo, sentimento de culpa, inutilidade ou desamparo, dificuldade de concentração, insônia no início da manhã, perda de interesse em atividades prazerosas, diminuição de energia e intensa fadiga. Segundo o autor, esses são os sintomas mais comuns em idosos com depressão, podendo variar entre cada indivíduo, de acordo com a gravidade, frequência e duração dos sintomas (ZARATE, 2011)

Na depressão ocorrem os sintomas psíquicos, como sensação de tristeza, auto desvalorização, sentimento de culpa, redução na capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, se concentrar ou tomar decisões. Os sintomas também podem ser fisiológicos, como, alterações de sono, sendo assim, a insônia é o fator mais comum, alterações no apetite, retraimento e isolamento social, retardo psicomotor e lentificação generalizada. (HARGREAVES, 2006).

Conforme Balone (2006), os três sintomas depressivos básicos que dão origem a múltiplas manifestações desta alteração afetiva são o sofrimento moral, a inibição global e o estreitamento vivencial.

De acordo com Eliopoulos (2011), devido à forte correlação entre doença física e depressão de início tardio, devem-se identificar os sintomas primários ou secundários das doenças físicas ou ao uso de drogas e medicamentos. Sendo assim, as desordens demenciais devem entrar no diagnóstico de depressão, podendo ser em muitos casos a primeira manifestação de um quadro depressivo.

Segundo Ramos; Neto (2005), o diagnóstico de depressão geriátrica ocorre geralmente na presença de condições médicas ou doenças neurológicas, cujas manifestações são altamente parecidas.

Após o diagnóstico da doença, segue-se o tratamento que se torna muito importante, pois pode diminuir o elevado índice de mortalidade, reduzir uma utilização desnecessária nos cuidados de saúde e prolongar a sobrevivência do paciente com doença clínica (HARGREAVES, 2006).

Uma das formas de tratamento da depressão geriátrica consiste em oferecer alimentos ricos em nutrientes e calorias, líquidos adicionais, alimentos com textura modificada e alimentos prediletos nos melhores horários, nos quais as pessoas estão mais predispostas a ingerir maiores quantidades (MAHAN, 2012).

### 3.6 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DEPRESSIVOS

O bem-estar pode ser definido como a ausência de doenças, um processo que pode existir em qualquer idade, inclusive na população de terceira idade. Nesse contexto, bem-estar inclui saúde física, saúde mental e espiritual, incluindo a capacidade de lidar com as necessidades nutricionais, com acesso a alimentos seguros e adequados (KAREFF; OLDGAN, 2012).

Segundo Mahan (2012), qualidade de vida é a sensação pessoal de saúde física e mental, é a habilidade de reagir a fatores ambientais, físicos e sociais. Ao avaliar a qualidade de vida de idosos, consideram-se estas variáveis em níveis pessoal, familiar e comunitário. Estes estão relacionados à: nutrição e bem estar, independência, estado de saúde adequada, espiritualidade, estilo de vida saudáveis, tratamento de doenças, bom funcionamento físico, mental e emocional.

Segundo Eliopoulos (2012) a ausência de bem estar é um dos fatores que podem causar depressão no idoso e conseqüentemente, ocorrerem redução na qualidade de vida, o que pode aumentar o número de mortalidade por co-morbidades ou suicídio nesta população de terceira idade.

Muitas doenças relacionadas à nutrição afetam o estado nutricional no indivíduo idoso com depressão, podendo causar prejuízo mental, causando perda da massa corporal, diminuição do apetite, nutrição pobre, desidratação, inatividade, deficiência nas funções imunológicas, podendo ocorrer perda da massa muscular, prejuízo nas funções físicas, podendo ocasionar um aumento de internações nas casas de repouso (ZAMBRISKIE, 2009).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal, que pode ser definido como um estudo epidemiológico no qual o efeito foi observado num mesmo momento histórico (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003)

### **4.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

A coleta de dados foi realizada no Instituto São Vicente de Paulo, situado na Rua Paulo Frontim, n. 204, localizado no centro da cidade de Campina Grande - PB. Atualmente, a ILPI conta com 72 idosos de ambos os sexos, com faixa etária de 60 a 97 anos.

O instituto São Vicente de Paulo é uma entidade filantrópica, denominado de Instituição Asilar de Longa Permanência para Idosos- ILPI.

Atualmente, a estrutura física deste local é dividida em alas masculinas e femininas. Ocorrem dificuldades financeiras neste asilo, frente às despesas elevadas; baixa composição do quadros de funcionários que são contratados pela instituição, com a presença de poucos profissionais como equipe de saúde.

### **4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram considerados como fatores de inclusão os idosos que apresentavam um quadro de sinais de depressão e todos os que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-A), por livre e espontânea vontade e sem fins lucrativos para ambas as partes.

### **4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Considerou-se como fatores de exclusão da pesquisa os idosos que não apresentaram sinais de depressão, assim como os que apresentaram doença grave psiquiátrica, como transtorno bipolar ou esquizofrenia, os deficientes auditivos, os idosos com problemas de comunicação, os não-lúcidos segundo prontuários médicos da instituição, e os que não concordaram em participar da pesquisa.

#### 4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo compreendeu todos os idosos (n=72) que residem na ILPI São Vicente de Paulo, na cidade de Campina Grande – PB. Dentre a população total, 9 idosos se recusaram a participar da pesquisa, 14 eram não-lúcidos, 4 apresentavam transtornos psiquiátricos, 4 apresentavam problemas na comunicação e 2 eram deficientes auditivos, obtendo-se assim, um total de 33 idosos excluídos da amostra.

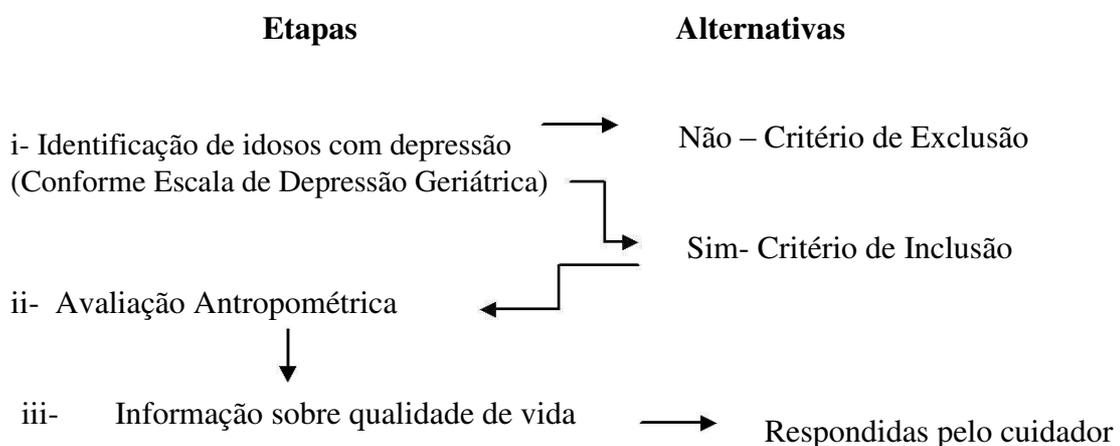
Na primeira etapa para definição da amostra, aplicou-se o questionário (Escala de Depressão Geriátrica) aos 39 participantes para avaliação dos sinais indicativos de depressão, na qual se obteve uma subamostra totalizando 13 idosos.

#### 4.6 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Inicialmente, foi realizado o contato inicial da pesquisadora com o responsável pela Instituição asilar, localizada na cidade de Campina Grande- PB, apresentando-se os objetivos da pesquisa, bem como uma Carta de apresentação cedida pela coordenadora do curso de Nutrição, para que fosse permitida a assinatura do responsável pela Instituição asilar (APÊNDICE-B). A presidente do asilo cedeu uma declaração institucional, permitindo a realização da pesquisa com os idosos naquele local (APÊNDICE-C).

A coleta de dados foi realizada no período de março a maio do ano de 2014. As entrevistas foram realizadas com equipe de pessoas treinadas no próprio instituto. Os entrevistadores foram submetidos a um treinamento de 5 horas, sendo considerados aptos após a realização de testes de aplicação do questionário da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada nas seguintes etapas:



Na primeira etapa da pesquisa, o instrumento aplicado foi a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), versão de Yesavage e Brink (1982) (ANEXO A). A escala é um teste amplamente utilizado e validado, com o objetivo de rastreamento de sinais indicativos de depressão no idoso. É a mais indicada por ser popular, de fácil aplicabilidade e entendimento, na versão brasileira, com 15 perguntas dicotômicas (SIM/NÃO). Este instrumento propõe avaliar a intensidade dos sintomas presentes de depressão, contudo para atender aos objetivos dessa pesquisa os resultados foram considerados como normal ou depressivo, ou seja, escore de até 5 pontos, foram considerados sem sinais depressivos; o escore de 6 ou mais pontos, foram caracterizados sinais de depressão.

Na segunda etapa da pesquisa foram aferidos dados antropométricos: peso, altura, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ). Com esses valores, pode-se obter o Índice de Massa Corporal (IMC) e relação cintura-quadril (RCQ).

À aferição da massa foi realizada utilizando a balança digital da marca Camry®, graduada com modelo ED-307, capacidade de 120 kg e precisão de até 0,5kg. Foi aferido com o idoso no centro da balança, em posição ortostática, sem sapatos, descartando-se vestes e objetos mais pesados (OMS, 2004).

A medição da altura foi realizada utilizando um estadiômetro da marca Sanny® em local com nível adequado. No momento da coleta, os idosos encontravam-se descalços, em posição ortostática, com o olhar para o horizonte e com as costas e a parte posterior dos joelhos próximo na parede com nível regular ao solo (OMS, 2004).

Para aferição da circunferência da cintura (CC), foi realizado com o auxílio de uma fita métrica. A leitura da fita foi realizada ao redor da cintura natural, localizada entre o tórax e o quadril, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (DUARTE, 2007).

Para aferição da circunferência do quadril (CQ), o idoso estava em pé, trajando o mínimo de roupa possível, com os braços afastados do corpo e os pés juntos. A fita métrica foi posicionada ao redor da região do quadril na área de maior protuberância, sem comprimir a pele (DUARTE, 2007).

Para análise do Índice de Massa Corporal (IMC), foi utilizado um método que se caracteriza por não ser invasivo, de fácil execução, de baixo custo operacional, seguro, e por identificar populações de risco nutricional, que tem como princípio a relação peso (kg) / estatura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). A classificação utilizada foram os pontos de corte para avaliação do estado nutricional de idosos, de acordo com Lipschitz (1994), utilizando-se a classificação: baixo peso ( $IMC \leq 22,0 \text{ kg/m}^2$ ), normal ( $22,0 \text{ kg/m}^2 < IMC \leq 27,0 \text{ kg/m}^2$ ) e sobrepeso ( $IMC > 27,0 \text{ kg/m}^2$ ).

A relação cintura-quadril (RCQ) foi utilizada por ser um método que apresenta como objetivo identificar o tipo de distribuição de gordura, sendo determinada pela seguinte equação:  $RCQ = \text{circunferência da cintura} / \text{circunferência do quadril}$ . Uma razão superior a 1,0 para homens e 0,85 para mulheres é indicativa de risco para o desenvolvimento de doenças (DUARTE, 2007).

Na terceira etapa da coleta de dados, foi aplicado um questionário (APÊNDICE D), desenvolvido pela pesquisadora, baseado nos autores Kac (2007) e Vitolo (2008), com informações pertinentes aos fatores que interferem na qualidade vida dos idosos. O mesmo instrumento foi estruturado para os cuidadores da ILPI responder, através de informações categorizadas, que abrange questões subjetivas.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Foram avaliados somente os dados coletados dos indivíduos que apresentaram sinais depressivos pela Escala de Depressão Geriátrica.

Para tabulação e análise de dados, utilizou-se o software (IBM SPSS) na versão 18.0, com um intervalo de confiança de 95 % e um nível de significância de  $\alpha = 0,05$ .

Para visualização gráfica, utilizou-se o software R. 2.15, através do teste qui-quadrado, que é denominado como um teste não paramétrico que verifica se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma amostra se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado, ou seja, encontra um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de ética, da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo conhecimento de todas as etapas do estudo, com livre arbítrio de desistir da pesquisa a qualquer momento. O Termo de Compromisso dos Pesquisadores (APÊNDICE-E) segue a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, baseando-se nos princípios básicos da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A instituição filantrópica deste estudo é classificada como sem fins lucrativos, subsidiado pela aposentadoria dos idosos ou por doações da população em geral. Dos 72 idosos residentes neste asilo, apenas 39 participaram da pesquisa (54, 2%), 26 não apresentaram sinais depressivos (36%), o que perfaz um total de 13 idosos com indicativos desta patologia (18%). Freitas et al (2011) relatou em seus estudos que entre a população total de idosos institucionalizados, na cidade de Duque de Caxias – RJ, o percentual de pessoas com sinais depressivos variou de (12 a 16%). Desta forma, pode-se observar que o presente estudo detectou um maior percentual de pessoas com sinais depressivos, em comparação com as pesquisas realizadas por Freitas et al (2011).

A Tabela 1 mostra a distribuição de pessoas dos sexos feminino e masculino em relação à classificação dos sinais depressivos. Os indicativos de depressão foram classificados em leve e severa de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Entre as pessoas do sexo feminino, 5 foram classificadas como sinais depressivos leve (38, 4%) e 3 como severa (23%). Entre a população do sexo masculino, 3 apresentaram sinais leves (23%) e 2 como severa (15, 4%).

**Tabela 1** - Relação entre classificação dos sinais depressivos e sexos feminino/masculino dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande- PB.

<b>Classificação *</b>	<b>Sexo feminino   </b>	<b>Percentual ‡</b>	<b>Sexo masculino   </b>	<b>Percentual ‡</b>
Sinais depressivos leves	5	38, 4 %	3	23 %
Sinais depressivos severos	3	23 %	2	15, 4 %
Total por gênero	8	61, 5 %	5	38, 4 %

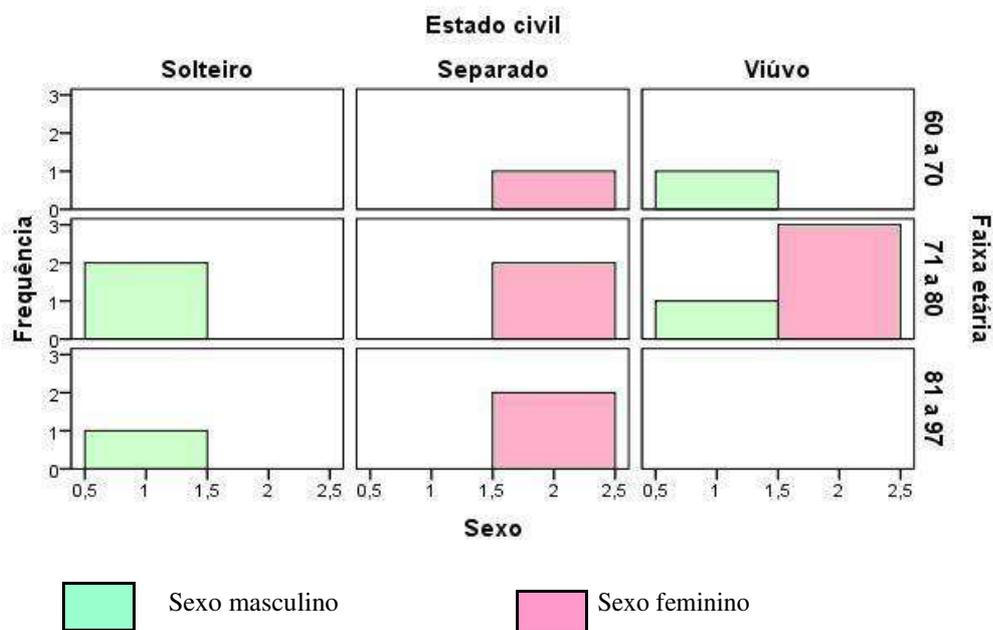
\*Classificação de idosos quanto aos sinais depressivos leves e severos.

† Distribuição de percentual de idosos do sexo feminino e masculino. || Quantidade (em número) de idosos do sexo feminino e masculino.

Em um estudo realizado por Silva et al (2012), no Distrito Federal, foram analisados 50 idosos residentes em uma ILPI com sinais de depressão pelo instrumento (GDS), destes, 37 indivíduos (36,3%) foram classificados com depressão leve e 13 idosos (12,7%) depressão severa, o que perfaz uma porcentagem total de (49%) de indivíduos com sinais depressivos. Siqueira et al (2009) publicaram resultados de estudos realizados no município de Mossoró – RN, com objetivo de verificar a presença de sintomas depressivos através do mesmo

instrumento. Como resultado foi constatado uma prevalência de 51% de idosos com sintomas depressivos. Em contrapartida, o presente estudo apresentou um maior número de idosos com sinais de depressão leve e severa, na qual 8 pessoas foram classificadas como sinais leves (61, 4%) e 5 pessoas com sinais severos (38, 4 %).

A Figura 1 apresenta os resultados após o teste qui-quadrado. Percebe-se que entre o total de idosos do sexo feminino (8), as prevalências são de separadas (5) e viúvas (3). Em relação ao sexo masculino, do total de 5 idosos, 3 são solteiros e 2 viúvos.



**Figura 1** – Relação da faixa etária de idosos quanto ao estado civil discriminado por sexo na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande – PB. Para análise estatística, foi aplicado o teste qui-quadrado.

Fonte: Produção do autor

Herédia et al (2004) e Perlini et al (2007) em estudo realizado com idosos residentes em instituições geriátricas na cidade de Fortaleza, na região Nordeste do Rio Grande do Sul e em Caixias do Sul, apontaram em relação ao estado civil dos idosos residentes, uma maior prevalência de solteiros (43,1%) e viúvos (41,3%), respectivamente. Corroborando com os estudos anteriormente citados, as prevalências do presente estudo foram de viúvas (23 %) e separadas (38, 5 %) entre a população feminina, e entre os homens o maior número foram de solteiros (23 %) e viúvos (15, 4 %).

De acordo com a faixa etária para ambos os sexos, em ordem decrescente do número de pessoas, há uma maior predominância de indivíduos (8) com faixa etária de 71 a 80 anos, seguido de 3 pessoas com 81 a 97 anos e por fim, 2 idosos de 60 a 70 anos.

Entre o total de idosos com sintomas de depressão, observou-se que 1 idosa do sexo feminino (8% ) e 1 idoso do sexo masculino ( 8%) encontrava-se na faixa etária de 60-70 anos, 5 do sexo feminino (39 %) e 3 do sexo masculino (23%) entre as faixas de 71 a 80 anos, e por fim, 2 idosas (15, 4%) do sexo feminino e 1 idoso do sexo masculino (8%) entre a faixa etária de 81 a 97 anos.

A prevalência de comorbidades, perda recente do companheiro ou ausência do mesmo são fatores que contribuem de 2 a 5 vezes mais a prevalência de sinais depressivos entre mulheres a homens (FERRARI; DALACORTE, 2007). Em semelhança com esses dados, uma pesquisa realizada por Silva et al (2012) confirmam a relação de maior índice desses sinais associados com o sexo feminino e ao aumento de idade das mesmas.

Siqueira et al (2009) desenvolveram pesquisas em Jabotão dos Guararapes – PE com o objetivo de determinar a prevalência de depressão em moradores de um abrigo no município. Nos resultados obtidos, pode-se observar uma média de idade para o sexo feminino de 79 anos, enquanto para o sexo masculino de 74 anos. Sendo assim, este presente estudo confirma a teoria de igualdade dos resultados obtidos em outras pesquisas, relacionando a um maior índice de sinais depressivos voltados para o sexo feminino e aumento de idade das mesmas, na qual foi observada uma proporção de 8 : 5, com prevalência de mulheres em relação aos homens, e um maior número entre a faixa etária de 71 a 80 anos das mesmas.

Na Tabela 2 apresentam-se dados entre o grau de escolaridade, por sexo, onde os resultados mostraram que os idosos do sexo feminino (15,4%) não apresentaram escolaridade, 7 idosos de ambos os sexos apresentaram escolaridade menor que quatro anos, sendo 4 do sexo feminino (30, 8%) e 3 do sexo masculino (23%), 2 idosos apresentam escolaridade entre 4 a 8 anos de estudo, sendo 1 do sexo feminino (7,7%) e 1 do sexo masculino (7,7 %) e 2 idosos com escolaridade maior que 8 anos de estudo, sendo 1 do sexo feminino (7,7%) e 1 do sexo masculino (7,7%).

**Tabela 2** - Grau de escolaridade em relação ao sexo dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande- PB.

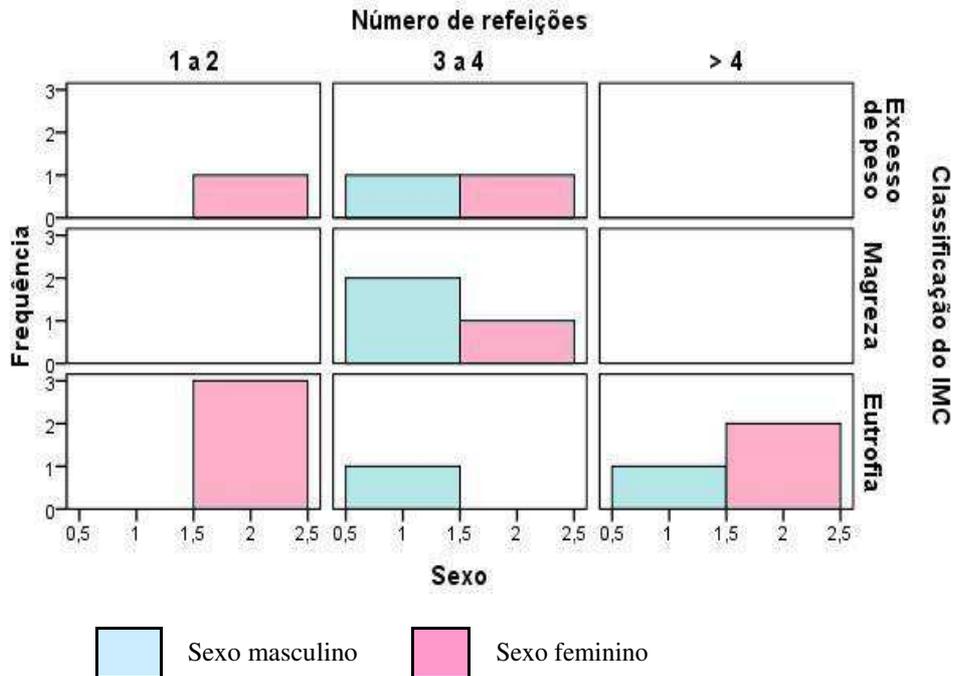
<b>Grau de escolaridade</b>	<b>Sexo feminino</b> §	<b>Sexo masculino</b> §	<b>Total</b>
Sem escolaridade	2	0	2
< 4 anos	3	3	7
Entre 4 a 8 anos	1	1	2
> 8 anos	1	1	2
<b>Total</b>	8	5	13

|| Grau de escolaridade dos idosos (sem escolaridade, < 4 anos, Entre 4 a 8 anos e > 8 anos ). § Quantidade (em número) de idosos do sexo feminino e masculino.

Pereira et al (2006) realizou estudo na cidade de Texeiras – MG, onde 211 idosos com sinais de depressão foram avaliados quanto ao nível de escolaridade. Os resultados mostraram que (71,1%) dos idosos possuíam menos de 4 anos de estudo. Em contrapartida, em estudo proposto por Aliabadi et al (2008) verificou-se que um maior nível de escolaridade estava possivelmente associado a melhor qualidade de vida, que resultou em melhor estado nutricional nos idosos.

O presente estudo apresentou corroborou com os resultados de Pereira et al (2006), no qual foi observado um maior número de pessoas sem escolaridade e com grau de instrução menor que quatro anos, com proporções de 2 : 7, e em menor número, os idosos entre 4 a 8 anos de estudo e mais de oito anos de estudo, apresentando igual proporção de 1:1

A Figura 2 apresenta os resultados após o teste qui-quadrado. Do total de idosos, 6 (46, 1 %) realizaram de três a quatro refeições, 4 (30, 7%), consomem 1 a 2 refeições, enquanto a minoria (3) (23 %) consumiam mais de quatro refeições. Dos 13 idosos, 7 (53, 8 %) são classificados como eutróficos, 3 (23 %) em estado de magreza e 3 (23 %) com excesso de peso.



**Figura 2** - Classificação do IMC quanto ao numero de refeições dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB. Para análise estatística, foi aplicado o teste qui-quadrado.

Fonte: Produção do autor

Mahan (2012) relatou que os principais fatores que contribuem para a diminuição do número de refeições consumidas por idosos são: depressão, presença de doenças crônicas, comer os mesmos alimentos dia após dia, falta de dentes e feridas bucais. Busnello (2007) afirma que com o envelhecimento, as alterações do corpo encontram-se aumentadas, e com elas a presença de doenças crônicas, podendo influenciar no IMC e estado nutricional dos idosos.

Os idosos na ILPI estão mais expostos a riscos de desnutrição, pois possuem alimentação pouco atrativa, pouca disponibilidade de cuidadores e grande nível de dependência (KERSTETTER; HOLTHAUSEN; FITZ, 1992).

De acordo com KAC et al (2007), do ponto de vista nutricional, o declínio natural das funções fisiológicas e uso constante de medicamentos levam a menor eficiência, absorção e metabolismo de nutrientes, interferindo no apetite através do consumo de uma dieta inadequada, diminuindo assim, a quantidade de refeições por dia. André et al (2013)

confirma que à medida que as porções alimentares e o número de refeições diminuem, aumenta o risco de má nutrição.

Em contrapartida, Santos et al (2004) e Cardoso et al (2006) realizaram estudos com idosos institucionalizados e observaram altos índices de sobrepeso e obesidade, pelo consumo alimentar excessivo ou insuficiente de alguns nutrientes. Os mesmos autores ainda afirmaram que estas pessoas de terceira idade consomem pouca quantidade de frutas e verduras, optando-se por alimentos de alta fonte protéica e grande quantidade de açúcar.

O número insuficiente de cuidadores na ILPI deste estudo e o grande nível de dependência por ajuda dos mesmos foi observado como um fator que pode influenciar no estado nutricional e qualidade de vida destes idosos através da quantidade insuficiente do número de refeições

Em relação ao IMC, Villas Boas e Ferreira (2007) realizaram estudo, no qual avaliaram os idosos institucionalizados em ILPI na cidade de Bocatú (SP), que apresentaram como resultados, 40 % de idosos com baixo peso e 30% de idosos com excesso de peso. Quadro diferente foi apresentado por Galesi et al (2008), no qual foi observado que um pouco mais da metade da população avaliada, 55 % apresentou faixa de eutrofia, 27 % excesso de peso e 18 % estado de magreza.

Em confirmação com os estudos na literatura, da população do presente estudo, 53,8 % apresentaram-se na faixa de eutrofia, 23 % com magreza e 23 % com excesso de peso.

O risco de desnutrição está presente nesta instituição filantrópica estudada. Segundo Santelle et al (2007), o estado nutricional de idosos institucionalizados poderá ser melhorado por meio de medidas que promovam a adequada ingestão de alimentos. Comentam ainda que algumas modificações na alimentação dos idosos podem ser necessários devido a mudanças fisiológicas que possam afetar a habilidade para digerir e absorver nutrientes, no entanto, o alimento deverá ser saboroso e nutritivo.

O presente estudo apresentou como resultado, idosos com elevado número de doenças crônicas e grande quantidade de medicamentos. Estas condições podem ser explicados pela razão entre a quantidade de refeições  $\times$  IMC.

A Tabela 3 mostra a relação entre a classificação do IMC e os fatores psicossociais. Do total de 13 idosos, apenas 5 sofreram alguma perda de parente ou amigo e 9 não sofreram

tal perda. Em relação à classificação de idosos quanto ao IMC com excesso de peso, pode-se observar que a frequência daqueles que não tiveram perda de entes queridos são superiores aos que apresentaram tal perda, apresentando uma proporção de 2:1. Foram obtidos valores compatíveis no IMC classificados com magreza em relação aos que apresentaram ou não a perda de amigos e parentes, com uma proporção de 2 : 2; e por fim, a proporção de 5 : 2 aos classificados com IMC de eutrofia para aqueles que não apresentam perda de parente ou amigos em relação aos que apresentaram tal perda.

**Tabela 3** - Relação entre classificação do IMC e a variável perda de parente/amigo nos últimos 6 meses dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande- PB.

Classificação do IMC	Perda de parente/ amigo §		Total
	Sim *	Não *	
Excesso de peso	1	2	3
Magreza	1	2	3
Eutrofia	2	5	7
Total	9	4	13

|| Classificação do IMC do idoso (Excesso de peso, magreza, eutrofia). §

Fatores psicossociais (perda de parente ou amigo).

\* Valor numérico da amostra que apresentaram perda de parente ou amigo e os que não apresentaram tal perda.

Como fatores que podem interferir no estado nutricional, Garbin, et al (2010) afirmaram que a saúde mental interfere na saúde física do idoso, visto que o mesmo apresenta todas as condições de ter uma vida saudável e segura, não tendo ânimo para desfrutar de nada, a não ser encontrar em seu ambiente carinho, diversão, emoção e alegria. As situações crônicas de tristeza, solidão, abandono pela família e amigos impedem que os idosos tenham ânimo para aproveitar a vida, assim como a perda de entes e amigos queridos.

A Tabela 4 mostra a relação entre a classificação do IMC e os fatores socioeconômicos. Os valores obtidos foram: do total de 13 idosos, 3 são isentos de renda mensal por serem antigos moradores de rua , 1 idoso apresenta IMC com excesso de peso, 8 idosos com renda de um salário mínimo, na qual 2 idosos apresentam estado de magreza e 2 com excesso de peso e 4 idosos apresentando classificação do IMC como eutrofos, 1 pessoa com renda de 1,7 (obtido através da proporção da renda do idoso de 1200, 00 pelo salário mínimo) com magreza e 1 pessoa com renda mensal de 2,08 (obtido através da proporção da renda do idoso de 1500,00 pelo salário mínimo) com classificação de IMC como eutrófico.

**Tabela 4** - Relação entre classificação do IMC e renda (salário mínimo) dos idosos residentes na Instituição Asilar de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

Classificação do IMC *	Renda mensal (salário mínimo) §			
	Nenhum	1, 0 s.m	<1, 75 s.m	< 2,08 s.m
Excesso de peso	1	2	0	0
Magreza	0	2	1	0
Eutrofia	2	4	0	1
<b>Total</b>	3	8	1	1

\*Classificação do IMC do idoso (Excesso de peso, magreza e eutrofia). § Renda mensal do idoso (salário mínimo)

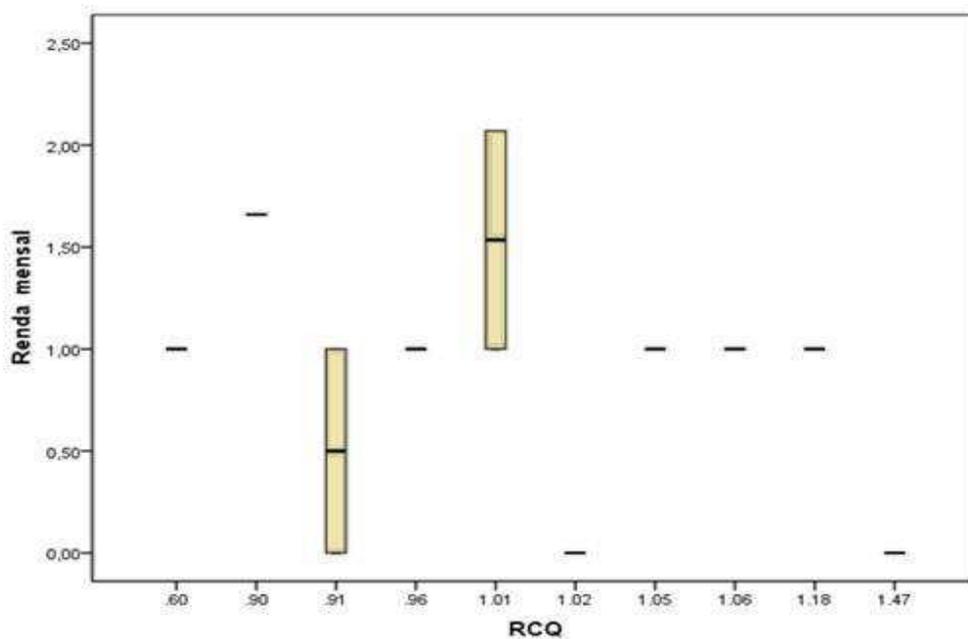
|| Quantidade (em número) de idosos que não apresentou renda mensal de salário mínimo, 1,0 salário mínimo, 1,75 salário (obtido da proporção da renda mensal de 1200,00 pelo salário mínimo), 2,08 salário (obtido pela proporção de 1500,00 pelo salário mínimo).

As condições socioeconômicas podem interferir no estado nutricional do idoso, onde uma média de 25 a 30 reais por semana ou a escolha por fazer economia podem piorar o estado nutricional (MAHAN, 2012). O custo “per capita” mensal nas ILPI filantrópicas é suprido praticamente pela subvenção de doações e parte da aposentadoria de idosos. No Brasil, Caramaro e Kanso (2010) relataram que o custo médio mensal por idoso em ILPI é 717,91 reais.

O resultado encontrado nesta pesquisa em relação ao nível socioeconômico assemelha-se ao estudo de Caramaro e Kanso (2010), na qual a maioria dos idosos apresentou baixa escolaridade, recebendo aposentadoria ou doações que correspondiam à única fonte de subsistência, geralmente destinada a custeio de despesas na instituição e/ ou pessoais, o que provavelmente teria contribuído para o processo de institucionalização por parte da população estudada (MENEZES, 2000). Este mesmo autor relata que esses fatores podem influenciar no IMC dos mesmos, no qual uma renda mensal de um salário mínimo favorece uma alimentação inadequada através da quantidade insuficiente ou pela opção de escolha de alimentos industrializados, que apresentam menor custo.

Na Figura 3 está exposto o teste qui-quadrado a partir da relação entre o IMC e a relação cintura-quadril (RCQ). A partir dos resultados, observou-se que 1 idoso com renda de um salário mínimo (724, 000) apresentou RCQ de 0, 60 cm; 1 pessoa com renda mensal 1,

70 (obtido através da proporção do salário do idoso de 1200,00 ao salário mínimo) com 0,90 cm de RCQ, 3 pessoas com renda mensais de um salário mínimo e que apresenta RCQ de 0,91 cm, 1 idoso com renda de um salário mínimo e que apresentou 0,96 cm de RCQ, 3 pessoas com RCQ de 1,01 cm e renda mensal de 2,07 (obtido através da proporção do salário do idoso de 1500,00 pelo salário mínimo), 2 idosos sem renda mensais (ou seja, eram antigos moradores de rua) um apresentando RCQ de 1,02 cm e outro com 1,47 cm em ordem crescente, 3 idosos com renda de um salário mínimo e apresentando RCQ na ordem: 1,05 cm, 1,06 cm e 1,18 cm.



**Figura 3** - Relação entre renda e RCQ dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB. Para análise estatística, foi aplicado o teste qui-quadrado

Fonte: Produção do autor

Martin e Cols (2006) relataram que o isolamento social decorrente da presença de sintomas depressivos e renda socioeconômica baixa ou média, são fatores que predispõem a opção pelo consumo de alimentos industrializados, e menor quantidade de frutas, verduras e produtos lácteos.

Em semelhança com os resultados encontrados na literatura, a figura 3 mostra que a renda mensal pode influenciar na relação cintura-quadril, pois a maioria dos indivíduos que ganham acima de um salário mínimo apresenta RCQ igual ou superior a 1,01 cm para ambos

os sexos. Uma razão superior a 1,0 cm para homens e 0,85 cm para mulheres predispõe ao desenvolvimento de doenças crônicas (MARTINS; COLS, 2006).

A Tabela 5 apresenta os resultados de distribuição de frequência e percentual da atividade “tomar banho” e o grau de dependência, ou não, na execução da mesma, a qual foi classificada em sozinho, parcialmente dependente e totalmente dependente. Os resultados encontrados apontaram um valor de 30,7 % entre os idosos que realizaram cada atividade sozinho, 23 % para os idosos parcialmente dependentes e 46,1 % para os idosos totalmente dependentes.

**Tabela 5** - Distribuição de frequência entre a atividade tomar banho e grau de independência ou dependência externa dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

<b>Tomar banho</b>	<b>Frequência §</b>	<b>Percentual ‡</b>
Sozinho	4	31 %
Parcialmente dependente	3	23 %
Totalmente dependente	6	46 %
Total	13	100 %

§ Frequência em valor numérico de idosos que realizam a atividade tomar banho (sozinho, parcialmente dependente e totalmente dependente).

‡ Percentual de idosos que realizam a atividade tomar banho (sozinho, parcialmente dependente ou totalmente dependente).

A Tabela 6 apresenta informações em relação à frequência e percentual dos idosos que “utilizam talheres para se alimentar”, no que se refere ao grau de independência ou dependência. Como resultados, foram observados que 3 idosos realizaram sozinho essa atividade (23,1%), 5 idosos foram parcialmente dependentes (38,4%) e 5 idosos foram totalmente dependentes (38,4%).

**Tabela 6** - Distribuição de frequência para utilizar talheres para alimentar-se e grau de independência ou dependência dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

<b>Utilizar talheres para se alimentar</b>	<b>Frequência ‡</b>	<b>Percentual §</b>
Sozinho	4	31 %
Parcialmente dependente	3	23 %
Totalmente dependente	6	46 %
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100 %</b>

‡ Frequência em valor numérico de idosos que realizam a atividade utilizar talheres para se alimentar (sozinho, parcialmente dependente e totalmente dependente).

§ Percentual de idosos que realizam a atividade utilizar talheres para se alimentar (sozinho, parcialmente dependente ou totalmente dependente).

A Tabela 7 apresenta a relação entre a frequência e percentual de idosos para a atividade “levantar-se da cama” e o grau de independência ou dependência. Como resultados obtidos, 5 idosos realizaram sozinho essa atividade (38, 4%), 7 são parcialmente dependentes (54%) e 1 totalmente dependente (7,7 %).

**Tabela 7** - Relação entre a frequência para levantar-se da cama e o grau de independência ou dependência dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

<b>Levantar-se da cama</b>	<b>Frequência §</b>	<b>Percentual ‡</b>
Sozinho	4	31 %
Parcialmente dependente	3	23 %
Totalmente dependente	6	46 %
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100 %</b>

§ Frequência em valor numérico de idosos que realizam a atividade levantar-se da cama (sozinho, parcialmente dependente e totalmente dependente).

‡ Percentual de idosos que realizam a atividade levantar-se da cama (sozinho, parcialmente dependente ou totalmente dependente).

A Tabela 8 apresenta a distribuição da frequência e percentual de idosos em relação ao grau de independência ou dependência para a atividade “ingestão de medicamento”, onde 6 idosos (46, 2 %) realizam sozinho esta atividade, 3 idosos (23, 1 %) são parcialmente dependentes e 4 (30, 8 %), totalmente dependentes.

**Tabela 8** - Distribuição de frequência para ingestão de medicamentos e o grau de independência ou dependência dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

<b>Ingestão de Medicamentos</b>	<b>Frequência §</b>	<b>Percentual ‡</b>
Sozinho	6	46,2 %
Parcialmente dependente	3	23,1 %
Totalmente dependente	4	30,8 %
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100 %</b>

§ Frequência em valor numérico de idosos que realizam a atividade ingestão de medicamentos (sozinho, parcialmente dependente e totalmente dependente).

‡ Percentual de idosos que realizam a atividade ingestão de medicamentos (sozinho, parcialmente dependente ou totalmente dependente).

Mahan (2012) relata que as maiorias dos idosos apresentam problemas com dependência por ajuda externa, na qual 1 em cada 5 idosos é totalmente ou parcialmente dependente para todas as atividades, principalmente com o aumento da idade. Em estudo realizado por Aires et al (2006) sobre o grau de independência ou dependência de 10 idosos institucionalizados, o qual abordava seis necessidades básicas (banho, vestir-se, toalete, transferência, continência e alimentação) obteve os seguintes resultados: seis idosos realizam suas atividades sem ajuda para todas as atividades e quatro precisaram de ajuda na maioria das atividades realizadas.

As análises de dependência dos idosos no presente trabalho foram relacionadas às seguintes atividades: tomar banho, utilizar-se de talheres para se alimentar, levantar-se da cama e tomar medicamentos. Foi verificado o maior número de idosos que realizam sozinhos a atividade relacionada a tomar medicamentos, com o número de 6 idosos (46,2%). Em contrapartida, a atividade de banho, mostrou maior nível de dependência na qual 6 idosos (46%) apresentaram-se totalmente dependentes, e apenas 4 (31%) realizaram sozinho suas atividades. Utilizar talheres para se alimentar foi à atividade de igual proporção de idosos 5:5, perfazendo uma percentagem de 38,4% dos que são parcialmente dependentes em relação à total dependência por ajuda externa, e por fim, a atividade de levantar-se da cama, mostrou um número elevado para os idosos parcialmente dependentes, em relação aos que realizam essa atividade sozinho, com a proporção de 7:5 idosos.

Com relação à ingestão de medicamentos consumidos pelos idosos, foi questionado ao cuidador quantos idosos utilizavam mais de três tipos de medicamentos por dia. Foi verificado que da população total de idosos, 9 ingeriam mais de três medicamentos diferentes por dia (69 %) e 4 não ingeriam mais que três (30, 8%).

O uso de medicamentos pode interferir no sabor, digestão e absorção dos alimentos, podendo influenciar no consumo alimentar dos idosos, causando distúrbios nutricionais como, por exemplo, o baixo peso (FAZZIO, 2011).

Griep et al (1996) concluíram que idosos institucionalizados de entidades filantrópicas com precárias condições de saúde e estado nutricional tem maior dificuldade de comer, sendo estas associadas ao consumo de grande quantidade de medicamentos, os quais podem aumentar o risco de desnutrição em idosos. Da população do presente estudo, 9 pessoas ingerem mais de três medicamentos diferentes por dia, perfazendo uma percentagem total de 69 %. Esses dados encontrados traduzem a relação direta do elevado número de medicamentos consumidos, que podem causar diminuição da capacidade de sentir cheiro e sabores, causando elevação nas taxas de distúrbios nutricionais, assim como na prevalência de doenças crônicas.

A Tabela 9 apresenta a frequência de vezes que o idoso recebe visitas familiares. Do total de idosos, 3 (23, 1 %) deles nunca foram visitados depois que chegaram na instituição asilar 6 (46, 2 %) idosos são visitados pelo uma vez por semana , 3 (23 %) dos idosos são visitadas uma vez ao mês e 1 (7, 7 %) idoso é visitado uma vez ao ano. Esta mesma tabela apresenta a frequência de visitas de amigos. Nota-se que 6 (46, 2 %) idosos nunca foram visitados, 1 (8 %) é visitado uma vez por semana e 6 (46, 2 %) dos idosos são visitados uma vez por mês.

**Tabela 9** - Frequência de visitas familiares ao idoso residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

	<b>Frequência de visitas §</b>	<b>Percentual ‡</b>
Nunca	3	23, 1 %
Semana	6	46, 2 %
Mês	3	23, 1 %
Ano	1	7, 7 %
Total	13	100%

§ Frequência em valor numérico da quantidade de vezes que os idosos que recebem visitas de familiares (nunca, semana, mês, ano).

‡ Percentual da quantidade de vezes que os idosos recebem visitas (nunca, semana, mês, ano).

**Tabela 10** - Frequência de visitas de amigos dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

	<b>Frequência de visitas §</b>	<b>Percentual ‡</b>
Nunca	6	46, 2 %
Semana	1	8 %
Mês	6	46, 2 %
Ano	1	0
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100%</b>

§ Frequência em valor numérico da quantidade de vezes que os idosos que recebem visitas de amigos (nunca, semana, mês, ano).

‡ Percentual da quantidade de vezes que os idosos recebem visitas (nunca, semana, mês, ano).

Ainda em relação às visitas, foram questionados aos cuidadores a frequência de vezes que os idosos recebem visitas de grupos religiosos e/ou de outras pessoas. Foi observado que 100 % deles recebem visita pelo menos uma vez por semana de pessoas afins de amizades com idosos ou estudantes de universidades que realizam trabalhos em relação a atividades acadêmicas, além da visita semanal de padres, visto que a instituição filantrópica é de caráter religioso, e as atividades são inspecionadas com a ajuda de freiras.

A interrupção do vínculo familiar com o cônjuge predispõe as pessoas idosas a procurarem o ILPI como novo lar e em muitas situações, após a viuvez, a opção de residir em uma ILPI parte do próprio idoso que deseja um local onde encontre atenção, conforto, segurança e atendimento a suas necessidades básicas (ESPITIA, MARTINS, 2006; PERLINE, LEITE, FURINE, 2007). Partindo destes preceitos, Oliveira et al (2006) ressaltaram a importância da boa relação de interação dos idosos com a família e amigos, com ênfase na adequação de uma boa qualidade de vida e bem estar.

Por outro lado, estudos realizados por Tier et al (2004), relataram que os idosos não são tão abandonados pela família, reconhecendo-se que muitas das facetas decorrentes do envelhecimento humano, juntamente com a presença de doenças crônicas e grande quantidade de medicamentos ingeridos podem predispor a uma má qualidade de vida, e não pela falta da atenção de família e amigos.

Kac (2007) relata que visitas nos asilos contribuem para melhorar a qualidade de vida de idosos. Baseado nestes preceitos, com relação aos resultados obtidos no presente estudo, a maioria dos idosos residentes na ILPI São Vicente de Paulo são visitados pelos familiares ou por outras pessoas, como, padres, estudantes acadêmicos ou pessoas afins de amizades, o que pode confirmar que as visitas proporcionam a uma melhora na qualidade de vida.

A Tabela 11 enumera a quantidade de idosos, discriminado por sexo em relação à quantidade de patologias que cada indivíduo apresenta. Os números correspondem a : 1= Diabetes, 2= hipertensão, 3= obesidade, 4 = doenças cardiovasculares, 5= refluxo, 6 = gastrite, 7= úlcera, 8 = Câncer, 9= Hipotireodismo, 10 = Hipertireodismo, 11= Constipação, 12 = Diarréia, 13= Doenças físicas.

**Tabela 11** – Relação entre a quantidade de patologias de acordo com os sexos dos idosos residentes na Instituição de Longa Permanência para Idosos, São Vicente de Paulo, Campina Grande-PB.

	Sexo feminino ‡	Sexo masculino ‡
<b>Patologias §</b>		
7:11	0	1
1:11	1	0
1:2	1	0
1:2:11	0	1
1:3:11	1	0
1:8	1	0
11	2	0
2:12	1	0
2:9	1	1
4:12	1	1
5:6:11	1	1
6:10	1	0
Total	8	5

§ Relação de patologias de acordo com os sexos feminino e masculino ( 1= Diabetes, 2= hipertensão, 3= obesidade, 4 = doenças cardiovasculares, 5= refluxo, 6 = gastrite, 7= úlcera, 8 = Câncer, 9= Hipotireodismo, 10 = Hipertireodismo, 11= Constipação, 12 = Diarréia, 13= Doenças físicas).

‡ Quantidade em valor numérico de acordo com os sexos de idosos que apresentam patologias.

Roach (2003) afirma que a quantidade de doenças crônicas e quantidade de medicamentos ingeridos podem interferir diretamente no apetite, consumo de alimentos e absorção de nutrientes. Entre os idosos estudados, a maioria dos mesmos apresenta-se com no mínimo mais duas doenças crônicas, dados este que traduz a relação direta pela influência da qualidade de vida dos idosos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos resultados encontrados, faz-se necessário que mais estudos sejam direcionados a população geriátrica, principalmente no caso do transtorno psiquiátrico mais prevalente em idosos, que é a depressão. A depressão geriátrica é uma patologia pouco discutida, mas com impactos relevantes na vida social e emocional do idoso. A gravidade desta patologia pode ser aumentada devido à incidência de doenças crônicas, uso prolongado de medicamentos que podem ocorrer devido a alterações patológicas, fisiológicas, aspectos socioeconômicos e psicossociais.

Nesse contexto, devido a esses problemas que acabam por interferir no apetite, consumo de alimentos e absorção de nutrientes, a deficiência nutricional é um problema relevante da população idosa, que podem interferir no estado de saúde em geral.

A gravidade desta patologia pode ser aumentada devido à incidência de doenças crônicas, uso prolongado de medicamentos que podem ocorrer devido a alterações patológicas, fisiológicas, aspectos socioeconômicos e psicossociais. Devido a estes fatores que podem afetar os aspectos funcionais do organismo do idoso, faz-se necessário a associação entre sinais depressivos, estado nutricional e qualidade de vida.

Nos resultados do estudo, ficou evidente a condição de risco da maioria dos idosos, apontando para a necessidade de avaliação nutricional prévia para admissão institucional, o que pode permitir maiores possibilidades de intervenções nutricionais nas ILPI.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, N. B; CARDOSO, M. C. Plesbifagia: estado da arte da deglutição do idoso.

**Revista Brasileira da Ciência do Envelhecimento**. Rio Grande do Sul, v. 9, n. 1, p. 143-54, jan-abr. 2012.

AHMANDI, S, M; MOHAMMADI, M.R; MOSTAFARI, S.A. Dependence of the Geriatric Depression on Nutritional Status and Anthropometric Indices in Elderly Population.

**Geriatric Depression, Nutritional Status & Anthropometric Índices**. v. 8. n. 2 p. 92-96, 2013.

AIRES, M.; PAZ, A.; PEROS, C. O grau de dependência e características de pessoas idosas

institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 3, n. 2, p. 79-91, 2006.

ALIABADI, M; VELLAS, R. J; GUIGOZ, Y. **Prevalence of malnutrition in free living**

**elderly people in Iran: a cross-sectional study**, Iran, v. 17, n. 2, p. 285-289, abr./jun, 2008.

ALMEIDA, M, A, B; GUTIERREZ, G.L; MARQUES, R. **Qualidade de vida**. São Paulo Each, 2012.141 p.

ANDERSON. The caloric restriction Paradigm: implications for healthy human aging.

**Humanaging Medline**, USA, v. 24, n. 2, p.101-106, jan, 2012.

ANDRE, M; DUMAVIBHAT, N; EIKOTU, M. Mini Nutritional Assessment and functional capacity in community-dwelling elderly in Rural Luozi, Democratic Republic of Congo.

**Geriatr Gerontol International** v. 13, n. 1 p. 35-42, jan, 2013.

ARAÚJO. A relação entre cuidadores e idosos em uma instituição de Longa Permanência.

**Revista Habitus**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 07-23, dez, 2011.

BALLONE, J. Depressão no Idoso. **Revista de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 183-192, jul./dez, 2006.

BRINK, T. L; YESAVAGE, J. A; LUM, B; HEERSMA, P. Depressive symptoms and

depressive diagnoses in a community population. **Archives of General Psychiatry**, v. 45, n. 5, p.1078-1084, jul, 1982.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2009. 5693p.

CARAMARO, A. A; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil, **Revista Brasileira de Est. Pop., Rio de Janeiro**, v.27, n. 01, p.233, jan/ jun, 2010.

CARVALHO, E. T; NETO, M. P. **Geriatria fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2006. 788 p.

COSTA J. C; GOMES . **Contexto Familiar e Envelhecimento, em Animação Sociocultural para a Terceira Idade**, 1ª Edição, Chaves; Intervenção.2009.

BUSNELLO, F. M. **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. 314 p.

CASSOL, K; GALLI, J. F; ZAMBERLAN, N.E. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. **Artigo Original**, São Paulo, v.24, n.3, p 43-52, jul, 2011.

CANALE, A; FURLAN, M. M. D. P. **Depressão**, Maringá, v.10, n.2, p 23-31, jun, 2006.

CARDOSO, R. M. Isolamento existencial, um caminho sem volta. **Revista virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v.1, n.2, p 56-63, Jan-Jun, 2006.

CHEMIN, SM ; MURA,J.D.P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia**. 2ed. São Paulo: Roca, 2011. 1256 p

DUARTE, A. C. G. **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007, 639 p.

DOMINGUES, M.A. Suporte Social e Familiar na Velhice. **Fisioterapia: teoria e prática clínica: Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 216 p

DUARTE, M. B; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, março, 2007.

ELIOPOLUS, C. **Enfermagem Gerontológica**. São Paulo: Artmed, 2011. 568 p.

ESPITIA, A, Z; MARTINS, J. **Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros**. Santa Catarina, v.35, n.1, p 52-59, jan, 2006.

FAZZIO, D. M. G. **Relação entre qualidade de vida de idosos, estado nutricional e preferência alimentar**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

FERRARI, J.L; DALACORTE, R. R. Uso da escala de depressão geriátrica para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, v.17, n.1, p 3-8, jan/mar, 2007.

FLORENTINO, A. M. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In: FRANK, A. A & SOARES, E. A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo : Atheneu, 2002, p 3-11.

FRANK, A, A; SOARES, A. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004. 300p.

FREITAS, E. V; Ligia P; CANÇADO,F.A.X; DOLL, J; GORZONI, M.L.**Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1750 p.

GARBIN, C. A. S; SUMIDA, D. H; MOIMAZ, S. A. S; Prado, R. L; Silva, M. M. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.6, p 2941-2948, set, 2010.

GALESI, L. F; LORENZETTI, C; OLIVEIRA, M.R; FOGAÇA, K.C.P. Perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em moradias individuais numa Instituição de Longa Permanência no leste do estado de São Paulo. **Revista de Alimentação e Nutrição**, Araraquara, v.19, n.3, p. 283-290, jul./set. 2008.

GRIEP, M. I et al. Variation in the nutrient intake with dental status, age and odour perception. **European J. Clin. Nutr.**, v. 50, p. 816-25, 1996.

HARGREAVES, L, H. **Geriatria**. 5. ed. Senado federal, 2006. 619p

HERÉDIA, V. B. M. et al. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p. 9-31, set, 2004.

LIPSCHITZ, D.A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Vol. 21, n.1, p. 55-67, mar, 1994.

Malnutrition and ageing. **Postgrad. Med. J.**, v. 82. n .963. p. 2-8, 2010. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

MENEZES, T. N. **Avaliação antrométrica e consumo alimentar de idosos residentes em instituições geriátricas da cidade de Fortaleza**, 2000, 125 p. (Dissertação de mestrado em saúde pública) - Universidade de São Paulo, 2000.

Oliveira, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. Idosos e família: Asilo ou casa. **Portal Psicologia**, p. 1-13, 2006.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – GENEBRA. **Prevenindo e Controlando a Epidemia Global**. São Paulo: Roca, 2004.

PEREIRA, R. J. P; COTTA, R. M; FRANCESCHINI, S.C; RIBEIRO, R.C.L. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v.28, n.1, jan/ abril, 2006.

KAC, G; SICHIERI, R; GIGANTE, D.P. **Epidemiologia Nutricional**. São Paulo. 20. ed. Atheneu, 2007. 578p.

KAREFF; OLDGAN. **Georgetown Undergraduate Journal of Health Sciences**. Georgetown, may. 2013.

KERSTETTER, J. E; HOLTHAUSEN, B. A; FITZ, P. A. Malnutrition in the institutionalized older adult. **J. Am. Diet. Assoc.** EUA, v. 92, n. 9, p. 1109-16, sep, 1992.

KRANS, B. Depression in the Elderly. **Healthline**, setembro, 2012.

MAHAN, L. K.; SOCOTT - STUMP, S. **Alimentos Nutrição e Dietoterapia** (Krause). São Paulo. Roca, 12ª edição, 2012. 1228 p.

MARTIN, C.T; JONES, J.K; STOTTS, N; POTER, C; FROELICHER, E.S. Nutrition risk and low weight in community – living older adults : a review of the literature. **Gerontology Society American**, v.61, n. 9, p. 937-934, sep, 2006.

PERLINI, N. M. O. G; LEITE, M, T; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para uma pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 41, n. 2, p. 229-236, 2007.

PFRIMER, K; FERRIOLLI, E. Fatores que interferem no estado nutricional do idosos. In: \_\_\_\_ **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

POKORSKI, M; WARZECHA, A. **Depression and religiosity in older age**, New York, v. 43, n. 4, p.56-63, Sep, 2011.

RAMOS, L. R; TONIOLO, N. J. **Guia de geriatria e gerontologia**. São Paulo: Manole, 2005. 420 p.

ROACH, S. **Introdução a Enfermagem Gerontológica**. 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 351p.

ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Medsi, 2003. 527 p.

SANTELLE, O; LEFÉVRE, A. M. C; CERVATO, A. M. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 3061-65, dez, 2007.

SANTOS. S. S. C. S; SILVA, B. T; BARLEM, E. L. D; LOPES, R.S. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Pernambuco, v. 2, n. 3, p. 262-268, 2004.

SANTOS, D, M; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 163-8, 2005.

SILVA, E. R, et al. Prevalência e fatores associados a depressão entre idosos institucionalizados : subsídios ao cuidado em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, Brasília v. 46, n. 6, p. 1387-93, 2012.

SILVA, S, M. C. S; MURA, J. D. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**.2. ed. São Paulo: Rocca, 2011. 1256p.

SIQUEIRA, G. R; VASCONCELOS, D. T; DUARTE, G.C; ARRUDA, I. C. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 50-58, jan/ fev, 2009.

SOUSA, E.H.A; BARBOSA, M.B.C.B; OLIVEIRA, P.A.P; Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.6, p.2955-2964, abril, 2010.

TIER, C. G; FONTANA, R.T; SOARES, N.V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.3, p 332-5, mai/jun, 2004.

VILLAS BOAS, P. J. F; FERREIRA, A. N. A. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. **Revista de Associação Médica**, São Paulo, v. 53, n. 2, p.126-129, abril, 2007.

VITOLLO, M. R. **Nutrição da Gestação ao envelhecimento**. 1. ed. Rio de Janeiro. Rúbio, 2008. 628p.

WHO, World Health Organization. **Prevention of mental disorders**. Geneva, 2004.

ZABRISKIE, J.B. **Essential Clinical Immunology**. New York: Cambridge, 2009. 373p.

ZARATE, C, A. National institute of mental health. **Depression**. USA, v.3, n.2, p. 34-42, dec. 2011.

## **APÊNDICES**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE-CES

**APÊNDICE A** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa intitulada: **Estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos com na cidade de Campina Grande-PB.**

Depressão é um distúrbio da área afetiva ou de humor, com forte impacto nutricional, de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social.

A realização desta pesquisa é justificada pela necessidade de avaliar os sintomas depressivos encontrados nos idosos institucionalizados, podendo desta forma, relacionar os resultados obtidos com o estado nutricional e qualidade de vida destes indivíduos de terceira idade.

Este trabalho está sendo realizado pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e não tem nenhuma relação com o governo ou outra instituição. Nosso objetivo principal é **AVALIAR A RELAÇÃO ENTRE SINAIS DEPRESSIVOS, ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.**

Os procedimentos da coleta de informações desta pesquisa constam de um questionário com (quinze) 15 perguntas dicotômicas (SIM ou NÃO) que o senhor (a) irá responder para rastreamento de sinais depressivos, posteriormente se o senhor (a) se enquadrar nos requisitos de sinais depressivos estabelecidos pelo questionário, irá ser realizado a avaliação antropométrica para análise do estado nutricional. No terceiro momento, irá analisar a qualidade de vida do senhor (a), através de perguntas que serão respondidas pelo seu cuidador.

A presente pesquisa oferecerá risco mínimo aos participantes, uma vez que, não realizará intervenção. Podendo estes riscos ser de ordem moral, como algum constrangimento que alguns participantes possam vir a sofrer durante qualquer etapa desta pesquisa.

Os benefícios por participar desta pesquisa são de fundamental importância, visto que promoverá maior conhecimento a cerca do assunto abordado, através da relação entre sinais depressivos, estado nutricional e qualidade de vida nos idosos institucionalizados.

O (a) senhor (a) não é obrigado (a) participar da pesquisa e se não quiser participar isto não vai lhe trazer prejuízos. O (a) senhor (a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, por qualquer motivo.

Nós garantimos que apenas os pesquisadores vão ter conhecimento das informações que o senhor (a) nos der. Os resultados deste trabalho deverão ser divulgados em publicações científicas, mas com a garantia de que, em nenhuma circunstância, os entrevistados poderão vir a ser identificados.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse. O senhor (a) receberá uma cópia com os nomes e telefones de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG.

O senhor (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. O principal investigador é a nutricionista Nilcimelly Rodrigues Donato, que pode ser encontrada na Universidade Federal de Campina Grande, Campus - Cuité, no endereço: Olho d'água da bica,s/n. Telefone do Departamento de Nutrição: (83)3372-1900, CEP: 58175-000. E-mail: [mellydonato@gmail.com](mailto:mellydonato@gmail.com). A pesquisadora colaboradora é Rebeca da Silva Paiva, discente do curso de Bacharelado em Nutrição. E-mail: [paiva.rebeca@hotmail.com](mailto:paiva.rebeca@hotmail.com).

Caso o senhor (a) se sinta prejudicado por participar desta pesquisa, poderá recorrer ao CEP/HUAC, do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital

Universitário Alcides Carneiro, do Conselho Regional de Medicina da Paraíba e a Delegacia Regional de Campina Grande. Rua. Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB. Telefone para contato: (83) 2101 – 5545. E-mail. [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br).

Se todas as dúvidas forem esclarecidas, pedimos o seu consentimento para incluir o (a) senhor (a) como participante da pesquisa.

### **AUTORIZAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa Estado Nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos na cidade de Campina Grande-PB.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014



\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Pesquisa

Nilcimelly Rodrigues Donato



## APÊNDICE B - Carta de Apresentação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

### CURSO DE NUTRIÇÃO

A disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) faz parte do currículo do curso de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande e é requisito obrigatório para a conclusão do mesmo. Nela, o acadêmico deve desenvolver pesquisa no campo de Nutrição, produzir uma monografia com os resultados obtidos e defendê-la perante uma banca examinadora.

Nesse sentido, apresentamos o (a) acadêmico (a) **Rebeca da Silva Paiva** do 9º período de Nutrição e solicitamos sua autorização para sua pesquisa, de acordo com os rigores da legislação, onde será resguardado o nome da Instituição e dos participantes.

Agradecemos a sua atenção e contribuição para o desenvolvimento da ciência.

**Atenciosamente,**

---

Coordenador (a) do curso de Nutrição

---

Responsável pela Instituição

Cuité

2014

**INSTITUTO SÃO VICENTE DE PAULO**

Rua: Paulo Frontim, nº 204, Centro.

CEP: 58104-403, Campina Grande – PB.

Telefone: (83) 3337-3542

**APÊNDICE C - Termo de Autorização Institucional**

Eu, Irmã Bernadete Rodrigues da Silva, presidente do Instituto asilar São Vicente de Paulo, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: “Estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos, na cidade de Campina Grande-Paraíba.”, que será realizada com idosos institucionalizados, tendo como pesquisadora responsável a Prof<sup>a</sup> Nilcimelly Rodrigues Donato e a discente Rebeca da Silva Paiva, acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, *Campus Cuité*.

Campina Grande, 05 de maio de 2014.

---

Irmã Bernadete Rodrigues da Silva  
Presidente do Instituto asilar São Vicente de Paulo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE



CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE-CES

## **APÊNDICE D - Questionário**

### **Avaliação do Estado nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos na cidade de Campina Grande**

Equipe: Prof: Nilcimelly Rodrigues Donato (Orientadora)

Prof: Gracielle Malheiro dos Santos (Co-orientadora)

Rebeca da Silva Paiva

Flávia Raquel Gouveia dos Santos

Marcelo Guimarães Cavalcanti

Campina Grande

2014

## Instrumento de Coleta de Dados

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1- Dados de Identificação do Paciente:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Faixa Etária: ( ) 60 a 70 anos ( ) 71 a 80 anos ( ) 81 a 97 anos

Grau de escolaridade: ( ) Sem escolaridade ( ) < 4 anos ( ) Entre 4 a 8 anos ( ) > 8 anos

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Separado ( ) Viúvo

### 2- Informações Psicossociais:

Você sofreu alguma perda de parentes ou amigos nos últimos 6 meses:

( ) Sim ( ) Não

### 3- Informações sobre a qualidade de vida

#### Dados do cuidador

Nome do Cuidador: \_\_\_\_\_

#### Quantas refeições o idoso realiza por dia ?

( ) 1 a 2 refeições

( ) 3 a 4 refeições

( ) Mais de 4 refeições

#### O idoso realiza:

	Sozinho	Parcialmente dependente (o idoso consegue ajudar na realização da atividade de alguma forma)	Totalmente dependente
Banho			
Utiliza talheres para alimentar-se			
Tomar medicamentos			
Levanta-se da cama			

**O idoso utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?**

Sim       Não

**Além de o idoso apresentar sintomas depressivos, quais patologias ou condições o idoso possui?**

Diabetes       Hipertensão       Obesidade       Doenças cardiovasculares  
 Refluxo       Gastrite       Úlcera       Câncer  
 Hipotireodismo       Hipertireodismo       Constipação,  diarréia  
 Deficiência física       Outras

**Com que freqüência o idoso recebe visita :**

**- De familiares:**

Nunca

Quantas vezes /  Semana

Quantas vezes /  mês

Quantas vezes /  ano

**- De amigos**

Nunca

Quantas vezes / ( ) Semana

Quantas vezes / ( ) mês

Quantas vezes / ( ) ano

**- De grupos religiosos/apoio psicossocial**

( ) Nunca

Quantas vezes / ( ) Semana

Quantas vezes / ( ) mês

Quantas vezes / ( ) ano

**- De outros? (Especificar: \_\_\_\_\_).**

( ) Nunca

Quantas vezes / ( ) Semana

Quantas vezes / ( ) mês

Quantas vezes / ( ) ano

**4-Dados Antropométricos:**

Peso corporal (kg) aferido: \_\_\_\_\_

CC : \_\_\_\_\_

Altura (cm) aferida: \_\_\_\_\_

CQ: \_\_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_\_

RCQ: \_\_\_\_\_

**5- Informações Socioeconômicas do idoso**

Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

- Questionário elaborado a partir de Kac (2007) e Vitolo (2008).

## **APÊNDICE E** – Termo de compromisso do (s) pesquisador (res)

### **Termo de Compromisso do (s) Pesquisador (es)**

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada como Estado Nutricional e qualidade de vida em idosos institucionalizados com sinais depressivos na cidade de Campina Grande-PB, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) participantes (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada participante incluído na pesquisa. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 09 de maio de 2014

---

Orientadora

Nilcimelly Rodrigues Donato

---

Orientanda

Rebeca da Silva Paiva

**ANEXO**

## ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica(Geriatric Depression Scale- GDS)

	SIM	NÃO
<b>1-Você está satisfeito com a vida?</b>		
<b>2- Você se afastou das atividades ou das coisas do seu interesse?</b>		
<b>3- Você acha sua vida vazia?</b>		
<b>4- Você se aborrece com frequência?</b>		
<b>5- Você está sempre de bom humor?</b>		
<b>6- Você tem um pressentimento que algo de mal vai lhe acontecer?</b>		
<b>7- Você se sente feliz na maior parte do tempo?</b>		
<b>8-Você se sente desamparado?</b>		
<b>9-Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas diferentes?</b>		
<b>10- Você acredita que sua vida é pior que a dos outros?</b>		
<b>11- Você acha bom estar vivo?</b>		
<b>12- Você se sente inútil ?</b>		
<b>13-Você se sente cheio de energia?</b>		
<b>14- Você se julga sem esperança em relação ao seu estado atual?</b>		
<b>15-Você acha que a memória das pessoas está melhor que você?</b>		

As seguintes respostas valem 1(um)ponto

<b>1. não</b>	<b>4. sim</b>	<b>7. não</b>	<b>10. sim</b>	<b>13. não</b>
<b>2. sim</b>	<b>5. não</b>	<b>8. sim</b>	<b>11. não</b>	<b>14. sim</b>
<b>3. sim</b>	<b>6. sim</b>	<b>9. sim</b>	<b>12. sim</b>	<b>15. sim</b>

**Resultados:** Até 5: são considerados normais

6-10: sugere depressão mínima ou moderada

Superiores a 10: são compatíveis com depressão grave.