



FACULDADE VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO
DOMICÍLIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE**

ICÓ – CE
2018

QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO
DOMICÍLIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE**

Monografia submetida a coordenação do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado – FVS, a ser apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Eps. Maria Lucélia Barbosa da Silva

QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO
DOMICÍLIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE**

Monografia apresentada como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Fisioterapia,
pela Faculdade Vale do Salgado – FVS, Icó – CE, 2018.2

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Professora Especialista Maria Lucélia Barbosa da Silva
Orientadora
Faculdade Vale do Salgado

Professor Especialista Rafael Bezerra Duarte
1º Examinador (a)
Faculdade Vale do Salgado

Professora Especialista Rauany Barreto Feitoza
2º Examinador (a)
Faculdade Vale do Salgado

Dedico o meu fruto de toda minha dedicação aos que me orientaram e me fizeram ser a grande mulher que me tornei hoje, pois se não fosse por eles eu não teria conseguido chegar até aqui, Minha mãe Maria Aurileda e ao meu pai Ademir Miguel, a vocês sou eternamente grata. Á Minha madrinha, mãe e tia Aurilusia Acioly (in memoriam) ela foi uma mulher exemplar que mesmo acometida pelo Câncer nos passava força, perseverança, coragem, calma e acima de tudo fazia com que nossa confiança em Deus aumentasse. Ao meu irmão Thiago Acioly ao qual amo incondicionalmente e ao meu namorado Andrew Faustino no qual sou eternamente grata a Deus por está em minha vida e por ter me compreendido e me dado forças. Aos meus familiares que presenciam essa conquista e aos meus amigos que fizeram parte da minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, foi Ele que me deu forças, esperança, coragem e discernimento para lidar com todas as situações, o que sempre esteve comigo, cuidando e protegendo e o que me deu a mão todas às vezes na qual pensei em desistir, sem Ele não teria chegado até aqui. Tudo que conquistei devo a Ele, sou grata por senti-lo em minha vida e ter visto de pertinho suas obras, Ele usou pessoas para me ajudar, colocou anjos em minha vida. Foi com Ele e graças a Ele que consegui chegar até aqui, Ele fez com que o meu sonho se tornasse realidade. Toda honra e toda glória sejam dadas a Ele.

Agradeço a minha família, especialmente aos meus pais Ademir e Aurileda que não mediram esforços para me ajudar alcançar os meus sonhos, agradeço a Deus por ser filha de vocês por ele ter me consagrado a vocês, obrigada por todo amor, carinho compreensão e dedicação que vocês tem comigo. Ao Meu irmão Thiago Acioly por ter aguentado e sobrevivido a todos os meus estresses e por ser meu irmão ao qual amo inexplicavelmente.

Ao meu namorado Andrew Faustino, por ser um homem íntegro, de paciência e por ter me incentivado, apoiado e permanecido junto comigo durante toda essa trajetória, sou grata por tudo que fez por mim.

A minha irmã do coração Janaina Ferreira Galvão, obrigada por não ter medido esforços pra me ajudar, sem sua ajuda não teria iniciado a minha vida acadêmica. Obrigada por todos os momentos de alegrias e de tristezas compartilhados. Minha irmã!

A todos os meus familiares sou eternamente grata por todo amor, carinho, compressão e dedicação que tiveram comigo. Em especial a minha vó, por ter cuidado tão bem de mim e ter se preocupado comigo. Lorryne, por ter me ajudado no momento que mais precisei, as minhas primas/irmãs Hianna Acioly, Jorgiana Acioly por sempre me darem forças e me ajudar, serei eternamente grata por me proporcionar viver momentos maravilhosos, E aos meus primos Emerson, Jefferson e Jessica por todo carinho.

A minha orientadora Maria Lucelia Barbosa, por me ajudar durante toda essa trajetória, por ter sido paciente, alegre, amorosa e uma segunda mãe, por está sempre junta comigo nas horas tristes e alegres. Por ter sido a melhor orientadora do mundo e por me iluminar com sua luz, por me repassar todos os seus conhecimentos e por sempre acreditar em mim. Deus não poderia ter escolhido outra orientadora, escolheu a que é idêntica comigo, a que gosta de trabalhar na mesma área que a minha e a que acima de tudo é humilde e possui um coração imenso. Obrigada por ter me acolhido e por ter se tornado minha mãe/amiga.

A minha coordenadora do curso Renata Pinheiro de Santana, por ter sido uma Mãe/Irmã/Amiga durante todo o curso e por ter me repassado todo o seu conhecimento, ter me dado oportunidades, ter feito me tonar uma mulher mais madura e por ter me mostrado a realidade da vida. Por ela tenho uma enorme admiração e respeito, se me tornei uma excelente profissional e um ser humano incrível, devo tudo que sou a ela.

Agradeço a minha professora Carolina Pinheiro que se tornou minha grande amiga, aquela a qual admiro imensamente e sou grata por tudo que fez e faz por mim até hoje. Serei eternamente grata por todas as noites em claro, ombro amigo, por ter me repassado todo seu conhecimento e por ter coração de mãe. Não existem palavras pra agradecer-la.

Aos meus professores, por terem contribuído no meu crescimento tanto enquanto aluno e enquanto profissional e ser humano. Em especial professor Otacio, por não medir esforços pra me ajudar, por merecer o prêmio de melhor professor. Obrigada por tudo, não teria concluído meu TCC sem sua ajuda.

Aos que trabalham na Faculdade, vigias, auxiliares de serviços gerais, em especial a Cleide, Cristiano e Sandra, a Lidiane, Flavia, Delba, Cibele, Tonny, por sempre nos atender com simpatia e dedicação.

Aos meus companheiros de sala pela amizade e alegria que foram compartilhadas durante todo o tempo de graduação.

Agradeço a minha amiga/irmã/confidente Luana Pascual por tudo que fez e faz por mim, obrigada por ser amiga, verdadeira, humilde, por ter me ajudado em tudo da minha vida acadêmica e da minha vida pessoal. Tenho orgulho de ser sua amiga, sei que será uma excelente profissional que vai abrilhantar nome da Fisioterapia. Uma amizade gerada no coração de Deus, pois ele sabia que tudo ficaria mais fácil se uma tivesse a companhia da outra, pois saberíamos compartilhar direitinho o nossa trajetória. Levarei você até o fim da vida, a você serei eternamente grata.

A minha amiga Loire, que foi uma das minhas primeiras amizades construída na faculdade. A amizade que passou por provas de fogo, mas foi para que nós crescêssemos, e como crescemos Loirinha. Minha pequena, aquela que foi leal e verdadeira, obrigada por me deixar fazer parte de sua vida e principalmente de suas vitórias.

A menina dos cachos mais lindos da faculdade Ianny Dantas, Obrigada por ser essa sinceridade em forma de pessoa, obrigada por me defender quando não estava presente e por ser esse ser de luz que ilumina a todos que passam por sua vida, obrigada pelo carinho que construímos durante essa trajetória e por ter me deixado mais linda.

As minhas Girls Powers Luana, Loire e Ianny as quais sinto um amor e carinho imenso, sei que serão excelentes profissionais e terei enorme orgulho em dizer que fizeram parte da minha vida acadêmica. Agradeço por todos os choros, risadas e indignações compartilhadas, fez com que uma entendesse a outra e entender que cada uma tem uma história de vida linda pra contar.

Aos meus amigos e companheiros de estagio supervisionado, Cristiana, Wanderleya, Kayo, Amanda e Darliane por termos mostrado que a união faz a força, que todos podem lidar com as diferenças e fazer reinar o amor, por terem feito os meus dias se tornarem melhores e terem compartilhado momentos felizes e tristes. Meus Fisioterapeutas!

Agradeço imensamente a minha amiga/irmã Faheyra Araújo Sousa, que me incentivou a começar minha jornada acadêmica e me ajudou a inicia-la. A que sempre me dizia que tudo iria dá certo, pois Deus estava no controle de tudo. A você serei eternamente grata!

Ao meu amigo/irmão de infância Antônio Jernnandes Nogueira Ferreira (in memoria), agradeço por ter me ajudado nos primeiros passos da minha vida acadêmica, quantas manhãs e tardes dentro daquele banco sofrendo junto comigo e me fazendo sorrir até nos momentos mais difíceis. Sei que dai de cima deve está muito orgulhoso de mim e dando aquela risada que só você sabia dá. Meu meninão, obrigada por tudo.

A minha amiga/irmã Amanda Vieira, por ter me dado forças e me ajudado quando mais precisei, minha futura promotora, obrigada por sua amizade.

A Hillary Torres, Minha irmãzinha do coração aquela amizade que distancia no mundo acaba. Obrigada por todos os momentos felizes e tristes que tivemos, tenho certeza que será uma excelente profissional.

Não importa aonde você parou... Em que momento da vida você cansou... O que importa é que sempre é possível e necessário "Recomeçar". Recomeçar é dar uma chance a si mesmo...

É renovar as esperanças na vida e o mais importante... Acreditar em você de novo.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

SANTOS, Q. H. A. **Dependência Funcional e Depressão em idosos restritos ao domicílio em uma cidade do Centro- Sul Cearense**. 2018. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Bacharelado em Fisioterapia). Faculdade Vale do Salgado – FVS – Icó-Ce, 2018.

A população idosa vem aumentando no decorrer dos anos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. A decorrência do envelhecimento populacional é primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no País e mortalidade. O envelhecimento faz com que o idoso venha a ter dificuldades em suas atividades de vida diárias e acabe atrapalhando seu convívio no meio social, tornando-os frágil e muitas vezes incapacitados, favorecendo assim a se tornarem dependentes funcionais. Ao não terem uma vida ativa, dialogar com outras pessoas ou até mesmo não conseguir realizar uma simples tarefa, acaba afetando sua qualidade de vida e fazendo com venham a adquirir uma depressão ou se tornem ainda mais dependentes. Tendo em vista o crescimento de números de idosos e as doenças que os mesmos possam vir adquirir, O estudo tornou-se relevante por mostrar se existe ou não correlação entre dependência funcional e depressão gerando resultados que ajudam os profissionais da atenção básica, a ver a necessidade de um acompanhamento com os idosos das Unidades De Saúde (UBSs) e os dados ainda será de grande utilidade não só para a Secretaria de Saúde da cidade, como outros municípios que tiverem acesso a pesquisa, uma vez que podem dar subsídio para elaboração de estratégias preventivas contra a dependência funcional e depressão em idosos restritos ao domicílio. Analisar se existe relação entre dependência funcional e depressão em idosos domiciliados em uma cidade do centro sul cearense. Trata-se de um estudo de campo, do tipo observacional transversal retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A pesquisa foi realizada na (UBS) Centro que abrange a micro região da sede do município, Foi realizada com 27 idosos restritos ao domicílio com idade igual ou superior a 60 anos. Foi utilizado como instrumentos de coletas duas escalas, a escala de 1-Barthel e 2- Depressão Geriátrica e um Mini Exame do estado mental. Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados no software (StatisticalPackage for the Social Sciences)SPSS.23.0. Após analisados foram dispostos em tabelas. Observou-se que quanto mais velho for o idoso mais dependente funcional ele será. Os resultados da pesquisa, mostrou que não existe relação entre dependência funcional e depressão em idosos restritos ao domicílio. Mas existe uma correlação significativa entre faixa etária e dependência funcional.

Palavras chaves: Assistência Domiciliar. Dependência Funcional. Depressão. Idoso.

ABSTRACT

SANTOS, Q.H.A **Functional dependence and Depression in the elderly restricted to the domicile in a city of the Center-South Cearense**. 2018. 50f. Completion of course work.(Bachelor of Physical Therapy).Faculdade Vale do Salgado - FVS - Icó-Ce, 2018.

The elderly population has been increasing over the years, with growth rates of more than 4% a year in the period 2012-2022. The population aged 60 years and older goes from 14.2 million in 2000 to 19.6 million in 2010, reaching 41.5 million in 2030 and 73.5 million in 2060. The result of population aging is primarily the rapid and continuous decline in fertility in Brazil and mortality. Aging causes the elderly to have difficulties in their daily activities of life and end up disturbing their social interaction, making them fragile and often incapacitated, thus favoring them to become functional dependents. By not having an active life, talking to others or even failing to perform a simple task, it ends up affecting their quality of life and causing them to become depressed or become even more dependent. The study became relevant because it showed whether there is a correlation between functional dependency and depression, generating results that help primary care professionals, see the need for a follow-up with the elderly of the Health Units (BHUs) and the data will still be of great use not only for the Health Department of the city, but also other municipalities that have access to research, since they can give subsidy for elaboration of preventive strategies against functional dependence and depression in the elderly restricted to the home. To analyze if there is a relationship between functional dependency and depression in the elderly domiciled in a city of south central Ceará. This is a cross-sectional retrospective observational, quantitative and qualitative study. The research was carried out in the UBS (Center) that covers the micro region of the municipality's headquarters. It was carried out with 27 elderly people restricted to the household with age equal or superior to 60 years. Two scales, the 1-Barthel scale and 2-Geriatric Depression, and a Mini Mental State Examination were used as instruments of collection. The data were stored in spreadsheet and analyzed in the software (Statistical Package for the Social Sciences) SPSS.23.0. After analyzed were arranged in tables. It was observed that the older the older the more functional dependent it will be. The results of the research, showed that there is no relationship between functional dependence and depression in the elderly restricted to the home and its prevalence. But there is a significant correlation between age and functional dependence.

Keywords: Home Assistance. Functional Dependence. Depression. Old man.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente comunitário de Saúde

AIVD's Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD's Atividades de Vida Diária

AVD's Atividades de Vida Diária

BARTHEL Escala de Dependência Funcional

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

CNS Conselho Nacional de Saúde

EDG Escala de Depressão de Geriátrica

ESF Estratégia Saúde da Família

FVS Faculdade Vale do Salgado

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM Mini Exame do Estado Mental

OMS Organização Mundial de Saúde

PROF Professor

PROF.^a Professora

QVRS Qualidade de Vida Relacionada a Saúde

SPSS Statistical Product and Service Solutions é um software aplicativo (programa de computador) do tipo científico.

TCLE Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

RG Registro Geral

CPF Cadastro de Pessoa Física

CNPJ Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição percentual de sexo e faixa etária dos idosos entrevistados 27

Tabela2: distribuição percentual de idoso a partir dos resultados da escala de depressão geriátrica e escala de dependência dos idosos (escala de Barthel) 28

Tabela 3: Relação entre índice dependência com índice de depressão dos idosos 29

Tabela 4: Correlação entre a escala de depressão, escala de dependência, Faixa etária e tempo de restrição ao domicílio. 31

Tabela 5: Teste de confiabilidade (Alfa de Cronbach) para Escala de Dependência (Barthel) 32

Tabela 6: Teste de confiabilidade (Alfa de Cronbach) para Escala de Depressão Geriátrica 32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma com amostra final da pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	17
3.2 O PACIENTE IDOSO DOMICILIADO.....	17
3.3 A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE IDOSO DOMICILIADO.....	19
3.4 DEPRESSÃO X FUNCIONALIDADE.....	20
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	22
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	23
4.4 COLETA DE DADOS.....	23
4.4.1 Instrumento para coleta de dados.....	24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	25
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A população idosa vem aumentando no decorrer dos anos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Á espera para os próximos 10 anos, um aumento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. A decorrência do envelhecimento populacional é primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no País e mortalidade (IBGE, 2015).

O envelhecimento é um fenômeno natural, comum a todos os seres vivos, mas que geralmente apresenta um aumento de fragilidade ocorrendo de forma progressiva, o qual se caracteriza por alterações morfológicas, fisiológicas e até mesmo psicológicas. Esse envelhecimento pode ser influenciado por diversos fatores, como as características intrínsecas de cada indivíduo e influências do meio externo, incluindo hábitos de vida, meio social, dentre outros. A junção desses fatores agirá diretamente na qualidade de vida do idoso, podendo torná-lo mais ou menos dependente. Assim, de acordo com que o ser humano for envelhecendo, as tarefas do cotidiano poderão ficar mais difíceis de serem exercidas, o indivíduo se torna mais dependente funcionalmente, tornando-se necessário a assistência para a realização de determinadas atividades (DANTAS et al, 2015).

O transcurso de envelhecimento é algo natural e cronológico, na população é caracterizado pelo aumento de idosos com idade igual e\ou superior a 60 anos. Essa população está aumentando durante alguns anos, o aumento relaciona-se a qualidade de vida, atenção primária, atenção básica, condições financeiras, bem como vida social e psicossocial (FREITAS, 2011).

Segundo Dantas et al.(2015), as modificações no idoso decorrem de mudanças anatômicas e fisiológicas que são complicações no sistema musculoesquelético, sistema cardiovascular, sistema nervoso, e sistema endócrino podendo levar o idoso à perda da autonomia, fazendo com que ele se torne dependente tendo assim alterações sociais e emocionais.

A dependência funcional no idoso pode vir do próprio envelhecimento fisiológico do organismo, ou por afecções que acometem o próprio idoso, ou até mesmo, ser uma união das mesmas, porém, não se pode confundir alterações fisiológicas provenientes do próprio envelhecimento com doenças que podem se instalar. A população idosa tem crescido, em termos quantitativos, consideravelmente nos últimos tempos, havendo um aumento também

na projeção futura em todo o país. Contudo, esse aumento da expectativa de vida tem levado ao acréscimo na morbidade dos idosos, implicando no surgimento de inúmeros fatores que conduzirão o indivíduo ao estado de dependência na sua qualidade de vida (STACHESKI, 2011).

A qualidade de vida relaciona-se ao grau de independência e o domínio de vida, vida social, convívio familiar, atenção básica, modo ao qual realiza suas atividades diárias, se é fumante, se ingeri álcool, se pratica atividade física. A Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QRS) determina a qualidade e o estado de saúde do idoso, ele possuem duas variáveis: aspectos estruturais e funcionais, na estrutural mostra-se o grau de se relacionar em redes sociais , já o funcional são aspectos qualitativos, interação social e comportamento do idoso (CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016).

O idoso se torna frágil por conta da idade e o estilo de vida que o mesmo leva, podendo chegar ao ponto de depender de alguém, se sentindo inferior e incapacitado afetando assim seu psicológico, possivelmente levando-o a uma depressão. A depressão é um transtorno mental que mais atinge o brasileiro, ela atinge completamente a vida do idoso fazendo com que o mesmo se sinta incapacitado para tudo, ficando isolado de tudo e todos (LOPES et al, 2015).

Pode-se dizer que o idoso que tem uma rede de apoio social, tende a ser mais socialmente competente, além de possuir uma qualidade de vida melhor do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Já os idosos saudáveis que vivem em asilos, por precisarem de apoio social, podem apresentar deficiências em habilidades sociais, além de diminuição na qualidade de vida e, conseqüentemente, níveis mais elevados de depressão (CARNEIRO et al., 2007).

Faz-se necessário conhecer o perfil epidemiológico da população idosa domiciliada, assim, compreender os fatores que podem contribuir para o surgimento da dependência funcional, e se ha relação com a depressão. Podendo cooperar para o desenvolvimento de técnicas e prevenção que melhor se enquadrem e atendam às necessidades específicas dos idosos domiciliados na cidade de Icó-Ce.

Dessa maneira, pode-se pensar se há, de fato, relação entre idosos domiciliados com algum grau de dependência funcional apresentando condição quadros depressivos.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a dependência funcional e depressão em idosos restritos ao domicílio em uma cidade do centro sul cearense.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar a prevalência de idosos domiciliados em uma pequena área da zona urbana do município de Icó.
- Identificar o nível de funcionalidade nos idosos restritos ao domicílio no município onde será realizada a pesquisa;
- Averiguar se idosos restritos ao domicílio há mais tempo tem maiores índices de depressão.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Segundo Matias, Fonseca e Matos (2015) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010 a população brasileira era de 190.732.694 pessoas, sendo que de 10 a 11% estavam acima de 60 anos, com expectativa de vida de 78 anos para mulheres e 72 anos para homens.

O envelhecimento; é um processo que o indivíduo sofre desde seu nascimento até a morte; este processo envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais podendo gerar uma incapacidade excessiva que é a perda de funcionalidade (LESH, 2005).

Cada indivíduo envelhece de forma única devido às alterações intrínsecas e ambientais, independentemente do seu estado físico e mental é considerado idoso aquele que possui igual ou mais de 60 anos de idade, envelhecimento é um processo de modificações aonde deve se levar em conta o ambiente ao qual o mesmo vive (FAVORETO, 2015).

Segundo Pedreira e Oliveira (2012) o envelhecimento da população, assim como, as limitações imposta por esse processo ao indivíduo, vem cada vez mais, demandando cuidados domiciliares e mudanças no cotidiano de muitas famílias. O aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências, ou perdas cognitivas e funcionais inerentes ao avançar da idade, são, na grande maioria, os principais fatores responsáveis por essas limitações.

Fatores psicossociais e econômicos associados a medicamentos podem provocar diminuição no olfato e paladar, ocasionando desnutrição, aonde acarretara para fraqueza física e mental podendo causar quedas e fraturas nos mesmos (FELICISSIMO; BRANCO, 2017).

3.2 O PACIENTE IDOSO DOMICILIADO

A restrição do idoso ao domicílio faz com que ele se sinta incapaz de realizar suas atividades de vida diária (AVD's) por se torna idoso domiciliado acaba não realizando caminhada, não realiza nenhum tipo de atividade e não tem interação com outros idosos todos esses fatores acabam fazendo com que ele se torne dependente funcional (URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Diante das dificuldades encontradas na realização de suas atividades de rotina e da necessidade de uma atenção especializada, os pacientes com algum déficit funcional têm, cada vez menos, ocupando vagas em asilos, casas de repouso e similares. Esta prática vem sendo bastante questionada, devido aos altos custos desse modelo e sua influência negativa na independência e autonomia dos pacientes. Em contrapartida, a atenção domiciliária aos pacientes que necessitam vem, a cada dia, aumentando oferta, tanto por instituições públicas ou privadas, sendo cada vez mais valorizada pelos seus benefícios (URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Sabe-se que no Brasil, através da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) se tem a assistência para aqueles que não podem se deslocar até o seu posto de atendimento da localidade em que reside. O paciente domiciliado tem limitações ao qual evoluem para dependência funcional e na maioria das vezes uma depressão, A ESF tem como estratégia buscar alternativas para que tenha melhora tanto pro idoso como para a família (THÚMÉ et al, 2010).

Nas comunidades, a ESF, a qual é composta por equipe multidisciplinar, onde esses profissionais utilizarão de seus conhecimentos sobre a realidade de cada família, para junto dela, pensar e programar a melhor assistência possível para que o idoso que se encontra domiciliado tenha melhor qualidade de vida (LEITE et al, 2012).

O idoso que possui boas condições físicas associadas a boas condições financeiras, muitas vezes possuem, além do cuidado dos familiares, pessoas contratadas para desempenhar as mais diversas atividades a fim de suprir as necessidades cotidianas desse indivíduo, não conseguindo, dessa forma, manterem suas atividades costumeiras e lhes restringindo o direito de desenvolverem suas capacidades físicas e sua autonomia. O indivíduo passa a ter sua comunicação controlada, diminuindo suas relações interpessoais e, conseqüentemente, sua independência, não só por seu estado físico e mental, mas por não terem a liberdade que precisam (PEREIRA et al, 2007).

Ainda, para Pereira et al. (2007), a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem como objetivo oferecer saúde para que o idoso domiciliado mantenha sua autonomia garantindo assim o seu espaço na sociedade e aumentando, dessa maneira, sua autoestima.

Sobre o processo de restrição do idoso ao domicílio, Ursine, Cordeiro e Moraes (2011), afirmam que:

A restrição ao domicílio parece ser um processo insidioso e dinâmico, podendo ser modificado ou prevenido se houver ambiente e intervenção adequada em seus fatores de risco. Até o momento, pouco se sabe sobre os fatores que propiciam essa restrição em razão da escassez da literatura... (URSINE, CORDEIRO e MORAES, 2011 p.2954).

3.3 A FUNCIONALIDADE NO PACIENTE IDOSO DOMICILIADO

A independência funcional refere-se a todo o desempenho físico tanto em membros inferiores como superiores tendo relação com a idade, sexo e o estilo de vida que o indivíduo leva no dia-a-dia, pois de acordo com o seu desempenho e estilo de vida acaba causando um enorme impacto no desempenho do indivíduo (SPOSITO, 2010).

A incapacidade funcional traz ao idoso limitações na execução das atividades de vida diária fazendo com que aumente o risco de dependência funcional e reduza a qualidade de vida do mesmo. O idoso com a capacidade funcional diminuída traz consigo o aumento no risco de quedas, limitações como a marcha, mobilidade, força muscular, podendo ser causadas pelo processo de envelhecimento ou doenças crônicas (FIALHO et al; 2014).

A fragilidade é vista como fatores psicológicos e sociais, a fragilidade pode causar danos irreversíveis podendo levar o idoso a uma dependência funcional deixando assim de fazer suas atividades diárias por mais simples que seja (SOUZA et al; 2017).

A funcionalidade é a capacidade de um indivíduo realizar uma determinada atividade ou função, usando suas habilidades nas realizações de atividade e interação no meio social, em família, na comunidade, em grupos de idosos no seu dia-a-dia. Representando assim uma maneira de analisar se o indivíduo é capaz ou não de realizar as atividades de vida diária e os cuidados com si mesmo (MACIEL, 2010).

No que se refere à perda dessa capacidade, Brito, Menezes e Olinda (2016) nos afirmam em seus estudos que a incapacidade funcional está relacionada à dificuldade na realização e no desempenho de atividades rotineiras ou até mesmo a impossibilidade de realizá-las. Segundo os autores ainda, esta incapacidade oferece ao idoso maiores riscos de hospitalização, institucionalização e morte.

Ainda sobre a incapacidade funcional, Pedreira e Oliveira (2012) define tal processo e apresenta consequências consideráveis advindas do mesmo.

A incapacidade funcional engloba as deficiências, limitações da capacidade ou restrições no desempenho de atividades, e o Brasil, em relação a América Latina e Caribe, possui maior número de idosos com dificuldades em atividades da vida diária - AVDs e atividades instrumentais da vida diária – AIVDs. Nessa condição de saúde, muitos idosos necessitam da ajuda de um cuidador, geralmente esposas e filhas, do sexo feminino, de idade avançada, e sem trabalho fixo, segundo perfil traçado em vários estudos nacionais e internacionais (PEDREIRA e OLIVEIRA, 2012 p.731).

3.4 DEPRESSÃO X FUNCIONALIDADE

Com o aumento da expectativa de vida da população idosa, é de grande importância entender os fatores que estejam ligados a fragilidade e envelhecimento do idoso assim como o que leva a sua incapacidade; que podem estar ligados a fatores físicos e externos (ambientais) que poderão atingir a sua funcionalidade diminuindo assim a sua capacidade funcional, podendo levá-lo a uma depressão (BAUER et al, 2017).

A doença depressiva relaciona-se com fatores biológicos e psicossociais, gerando alterações físicas, funcionais e incapacitantes que interferem na capacidade funcional e comportamental, desencadeando perturbações somáticas e do humor no indivíduo acometido. Esses distúrbios acarretam mudanças no perfil epidemiológico, aumentando a frequência das incapacidades que comprometem o desempenho e a qualidade de vida do idoso (MATIAS, FONSECA e MATOS, 2015 p. 2)

O processo de envelhecimento traz consigo grandes impactos na vida de um indivíduo, sendo o primeiro deles, a perda dos papéis sociais e o consequente vazio por não encontrar novas funções para desempenhar. Na maioria dos casos, o idoso nessa fase passa a ser cuidado por familiares, geralmente em casa, e esses cuidadores passam a dedicar-se para proporcionar uma vida com qualidade ao indivíduo cuidado (PELARIGO et al 2014).

A doença que mais afeta os idosos é a depressão, ela acaba afetando diretamente a autoestima do idoso fazendo com que o mesmo se veja incapacitado e inseguro de realizar suas atividades de vida diária, tudo isso faz com que ele não possua uma boa qualidade de vida, todos esses fatores contribuem para o sofrimento da família e o próprio idoso (HELLWIG, MUNHOZ e TOMAS 2016).

Para Pelarigo et al (2014) a depressão também afeta consideravelmente a população de idosos no nosso país

Na população geral de idosos, a depressão é uma das doenças mais frequentes e há indícios de que essa frequência seja proporcional à severidade da doença de base e à idade do paciente. A depressão é a alteração emocional mais frequente em pessoas que sofrem de doença crônica, uma vez que esta compromete a funcionalidade do indivíduo, bem como sua adaptação à vida social. O Brasil apresenta a maior incidência de casos depressivos entre os países de baixa e média renda. (PELARIGO et al 2014 p.31).

Biologicamente o envelhecimento é um processo que ocasiona uma série de alterações morfológicas, funcionais, psíquicas e cognitivas, sendo mais comum o desenvolvimento de doenças de cunho psiquiátrico, entre as quais a depressão aparece como uma das mais comuns entre idosos (MATIAS, FONSECA e MATOS, 2015).

O idoso depressivo tem como queixa a perda de sua cognição e com ela sua funcionalidade fazendo com que se sintam incapacitados, os sintomas podem ser observados se o cuidador ou familiar tiver um olhar mais ativo no idoso, sabendo assim a diferença do processo de envelhecimento ideal para os atos que o idoso apresenta (FREITAS et al., 2011).

A depressão em idosos encontra-se associada a aumento da morbimortalidade, limitação da funcionalidade, negligência no autocuidado, incapacidades e risco de quedas. Essas condições, quando associadas ao uso de medicamentos, agregam maiores fragilidades à saúde do idoso (MATIAS, FONSECA e MATOS, 2015 p.2)

Os idosos também sofrem mudanças e alterações no desempenho cognitivo em alguns domínios, tais como pensar, falar, perceber, sentir, lembrar, raciocinar, dentre outros. Esse declínio cognitivo, quando associado a um quadro depressivo, interfere diretamente na qualidade de vida do idoso (PELARIGO et al., 2014).

A depressão faz com que o idoso se restrinja no ambiente em que vive, reduzindo sua comunicação e aumentando sua incapacidade tanto física quanto mental, fazendo com que se torne dependente funcional e continue depressivo (AGRELI et al, 2017).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo observacional transversal. A pesquisa transversal pode ser de incidência e prevalência, sendo esta definida como estudo epidemiológico no qual fator e efeito é observado num mesmo momento histórico (BORDALO, 2006).

Na pesquisa observacional o pesquisador não impõe um tratamento para cada grupo de pessoas, mas usa as informações já disponíveis sobre o paciente na construção da sua pesquisa. Este tipo de estudo é mais comum e viável, no que diz respeito a utilização de materiais e a dispensação financeira. Nos estudos observacionais o investigador estuda, observa e analisa uma doença e as suas condições (FRONTEIRA, 2013).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Icó-CE, na micro área de cobertura da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Tendo como população participante do estudo 27 indivíduos restritos ao domicílio, mais precisamente com os usuários do serviço da Estratégia Saúde da Família. Com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na sede do município de Icó-Ce.

Depois de realizado a exclusão de participantes seguindo os critérios determinados e abaixo descritos, a amostra final totalizou 22 indivíduos.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Indivíduos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais;
- Residentes na zona urbana do município;
- Restritos ao domicílio, independente do motivo;
- Acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Pacientes com prontuários (verificação do endereço do domicílio).

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Pacientes com déficit cognitivo;
- Impossibilitados de responder os questionários;
- Com prontuários incompletos (Faltando endereço).

4.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi mantido um contato com a Secretaria de Saúde do Município de Icó-Ce aonde foi apresentado um Termo de Anuência para autorização da coleta de dados na UBS Centro.

Após aprovação, a busca aconteceu na unidade de atenção básica aonde foram colhidas com a Enfermeira da unidade, informações sobre a quantidade de idosos que recebem visita domiciliar da equipe de saúde da família. Foi apresentando a enfermeira um Termo de Fiel Depositário assinado pela coordenadora da atenção básica autorizando o acesso as informações inclusive aos prontuários desses pacientes, onde foram verificados endereço e diagnostico dos pacientes e as informações necessárias para estes serem incluídos ou excluídos na pesquisa.

Em seguida, realizou-se contato com as agentes comunitárias de saúde (ACS) correspondente às áreas onde moram os pacientes selecionados para participarem do estudo para que as mesmas fizessem o agendamento da visita para coleta de dados; e para que os possíveis participantes da pesquisa fossem visitados e conhecessem os questionários a serem utilizados na coleta de dados.

O primeiro questionário aplicado foi o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o qual é utilizado para avaliar a função cognitiva e mostrar se há alguma demência; avalia orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho (NITRINI et al 2005).

Este questionário não está diretamente relacionado ao objetivo geral do estudo, porém, sua utilização foi para exclusão dos pacientes com déficit cognitivo, visto que, este instrumento é o mais utilizado no mundo todo. Suas vantagens são: a facilidade na aplicação e a rapidez, não requer de material específico, sendo necessário cerca de 10 minutos.

O MEEM é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de

30 pontos. Visto que qualquer pontuação igual ou superior a 27 (de um total de 30) é efetivamente normal (intacto). Abaixo disso, a pontuação pode indicar perda cognitiva grave (menor que 9 pontos), moderada (10 a 20 pontos) ou leve (21 a 24 pontos). A pontuação bruta pode precisar ser corrigida de acordo com a escolaridade e idade. Pontuações baixas ou muito baixas são fortemente correlacionados com demência, embora outros distúrbios mentais podem também levar a resultados anormais no teste de MEEM (FREITAS et al, 2011).

A coleta de dados foi realizada através de duas escalas compostas por questionários, a primeira, escala de Barthel, ela avaliou a dependência funcional dos pacientes e a segunda, a escala de depressão Geriátrica, avaliou o nível de depressão destes indivíduos.

4.4.1 Instrumento para coleta de dados

1º-Escala de Barthel, ela é composta por um questionário aonde que cada resposta terá um total de pontuação e essa pontuação pode ser de 0 a 100. A pontuação na escala de Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não, ao que eles recordam ter feito um dia. Seu principal objetivo é saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal); se o individuo não consegue ler o questionário alguém pode ler para ele, é permitido alguém responder por ele se caso o mesmo estiver impossibilitado de responder. Ao final do questionário serão somados os pontos ao qual irá ser classificado em: VALORES: Severa:< 45 pontos, Grave: 45 – 49 pontos, Moderada: 60 – 80 pontos, Leve: 80 – 100 pontos (MINOSO et al., 2010). As variáveis analisadas a partir da escala de Barthel são: alimentação, banho, vestir-se, asseio pessoal, evacuação, micção, uso do vaso sanitário, transferência da cama para a cadeira/poltrona, deambulação e degraus.

2º-A Escala de Depressão Geriátrica é um instrumento mais popular para avaliação de sintomas depressivos, A EDG é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser auto aplicada ou aplicada por um entrevistador treinado, demandando de cinco a 15 minutos para a sua aplicação. É composta por 30 questões, VALORES: Depressão moderada de 11 a 20 e 8 a 9 e grave acima de 21. 0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses. 1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses. Total> 5 = suspeita de depressão. (CANÇADO et al., 2011) De acordo com a pontuação alcançada após a resolução do questionário chega-se as variáveis: ausência de depressão, depressão ligeira, depressão grave.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A apresentação dos resultados se deu através da utilização de tabelas construídas a partir do Excel, nas quais constaa distribuição de frequência e referência cruzada, de forma a se obter o cruzamento de algumas informações pertinentes à pesquisa.

Para a operacionalização dos dados foi utilizado os *softwares SPSS₂₃*, software StatisticalProductand Service Solutions, software aplicativo (programa de computador) do tipo científico.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seguiram a normativa contida na resolução 466\2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Cabe salientar que os riscos e benefícios foram bem esclarecidos aos participantes. Por se tratar de resolução de questionários, o risco da pesquisa foi mínimo estando somente correlacionado ao vazamento de informações ou ao constrangimento do participante, que poderia se sentir reprimido ou com a privacidade invadida. Estes riscos foram minimizados mediante a garantia de sigilo de todas as informações, preservando, assim a sua identidade. Utilizaram-se as informações coletadas somente para fins acadêmicos e de acesso somente do pesquisador. Os benefícios esperado com o estudo da relação de dependência funcional com a depressão teve como objetivo de investigar a situação dos idosos e, a partir do levantamento dos dados, obter informações para alertar gestores e profissionais de saúde quanto às necessidades de cuidados especiais a esses idosos.

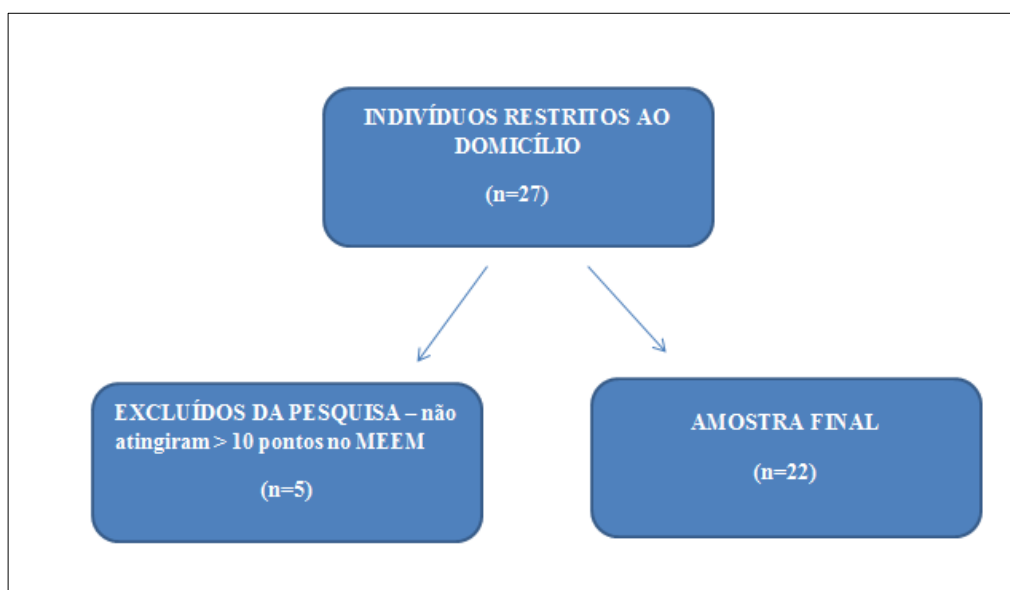
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo intitulado Dependência Funcional e Depressão em Idosos Restritos ao Domicílio em uma Cidade do Centro-Sul Cearense, foi realizado no município de Icó, na micro área de cobertura da Unidade Básica de Saúde Centro, tendo como população participante do estudo 27 indivíduos restritos ao domicílio,

Seguindo os critérios de exclusão e tendo como um dos principais, a capacidade de cognição para responder as escalas pertinentes á coleta, temos o MEEM. O MEEM é constituído por perguntas que abrangem a orientação, memória e atenção, com pontuação 0 a 30 pontos, sendo excluídos aqueles que atingissem pontuação inferior a inferior ou igual a 9 pontos, o que significa dizer que o indivíduo tem perda cognitiva grave (FREITAS *et al*,2011). Diante do exposto, temos que cinco indivíduos foram excluídos da pesquisa, pois não atingiram pontuação suficiente ao responder o MEEM,

Como amostra final da pesquisa obteve-se um total de participantes igual a 22 pessoas (n=22). Estes ao responder o MEEM atingiram pontuação igual ou superior a 10, ou seja, não apresentavam déficit cognitivo considerável que viesse a interferir na resolução da Escala de BARTHEL e da Escala de Depressão Geriátrica.

Figura 1 – Fluxograma com amostra final da pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa (2018)

Na Tabela 1, Observa-se o perfil dos pacientes restritos ao domicílio, onde se percebe que de um total de 22 participantes, 72,7% (n=16) são do sexo feminino e 27,3% (n= 6) do sexo masculino.

Ursine, Cordeiro e Moraes (2011) em estudo realizado com 275 idosos restritos ao domicílio na cidade de Belo Horizonte, obtiveram que a maior parcela dos indivíduos determinados a essa condição são do sexo feminino 63,6% e a parcela de indivíduos do sexo masculino correspondeu a 36,5% da amostra.

Campo e Gonçalves (2018) em sua pesquisa mostram que a maior parte da população brasileira é composta de pessoas do sexo feminino, reflexo da sobremortalidade masculina, sobretudo nas faixas etárias jovens e adultas, decorrentes da alta incidência de óbitos por causas violentas. E afirmam ainda, que na população idosa, essa relação é ainda mais evidente, o que assemelha-se a o resultado encontrado no presente estudo.

No que se refere à idade, a pesquisa mostra que a prevalência de indivíduos restritos ao domicilio se dá na faixa etária superior a 74 anos o que representou 68,2% (n=15), sendo que o idoso mais jovem apresentava 63 anos e o mais velho 96 anos.

Pampolim et al. (2018), em um estudo realizado com 178 idosos restritos ao lar e acamados, acompanhados por uma unidade de saúde da família do Município de Vitória- ES percebeu que a faixa etária prevalente dessa população foi superior a 80 anos (72%).

Tabela 1: Distribuição percentual de sexo e faixa etária dos idosos entrevistados

SEXO	Frequência	Porcentual
FEMININO	16	72,7
MASCULINO	6	27,3
Total	22	100,0
FAIXA ETÁRIA	Frequência	Porcentual
De 60 a 74 anos	7	31,8
Mais de 74 anos	15	68,2
Total	22	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Na tabela 2, Percebe-se, ainda, uma distribuição percentual quanto ao percentual de indivíduos com depressão e com dependência.

No que se refere na distribuição percentual quanto à depressão Em relação à escala de depressão observa-se que 90,9% (n=20) possuem uma depressão ligeira e 9,1% (n=2) possuem depressão grave.

Valer et al., (2018) afirma que a senilidade quando associada as mais diferentes patologias inerentes ao envelhecimento, facilitam o surgimento de incapacidades no geral, destacando-se a depressão como um quadro patológico frequente, estando este possível ao subdiagnóstico, por muitas vezes o indivíduo apresentar queixas leves.

Pelarigo et al (2014) relaciona o sentimento depressivo como sendo um dos primeiros impactos do envelhecimento para o idoso, pois este período, muitas vezes, representa a perda dos papéis sociais e o vazio experimentado por o idoso não encontrar novas funções e passar a ser cuidado por familiares.

Ainda no estudo de Pelarigo et al (2014), realizado com 90 idosos portadores de hanseníase onde se analisou o declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos, foi observado que ao responder a Escala de Depressão Geriátrica 63 (70%) não apresentaram sintomas indicativos de depressão, 22 (24,4%) apresentaram sintomas leves e 5 (5,6%), severos.

Em relação à escala de dependência, em sua prevalência, 81,8% (n=18) dos idosos avaliados possuem dependência leve, 13,6% (n=3) apresentam dependência moderada e 4,5% (n=1) possui uma dependência total.

Tabela2: distribuição percentual de idosos a partir dos resultados da escala de depressão geriátrica e escala de dependência funcional dos idosos (escala de Barthel)

ESCALA DA PRESSÃO	Frequência	Porcentual
Depressão Ligeira	20	90,9
Depressão Grave	2	9,1
Total	22	100,0
ESCALA DE DEPENDÊNCIA	Frequência	Porcentual
Dependência Total	1	4,5
Dependência Moderada	3	13,6
Dependência Leve	18	81,8
Total	22	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Júnior et al., (2016) afirmam que a velhice traz consigo uma diminuição da capacidade de adaptação do organismo do idoso em relação ao meio que o cerca, conduzindo esse indivíduo ao aumento da dependência do ambiente familiar.

Em seu estudo Junior et al., (2016) ao avaliar, através do índice de Barthel, a dependência funcional em 191 idosos que moravam com a família e eram assistidos pela Estratégia Saúde da Família localizada em um bairro periférico do município Jequié, na Bahia, observou-se que existia um elevado nível de independência funcional nos idosos estudados, considerando que 94,2% foram classificados como independentes para as Atividades Básicas de Vida Diária, e 51,3%, completamente independentes para a realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária. Na avaliação global da funcionalidade, foi observado que 52,3% dos idosos eram independentes para a realização dessas atividades.

Na tabela 3, Quando se cruzam os resultados obtidos na escala de dependência funcional com os resultados encontrados na escala de depressão, observa-se que, dos indivíduos que apresentam dependência total (n=1), 100% apresentam depressão ligeira.

Daqueles que apresentam dependência moderada (n=3), 100% apresentam também uma depressão ligeira.

Já entre aqueles que têm uma dependência leve (n=18), verifica-se que 88,9% (n=16) apresentam uma depressão ligeira e 11,1% (n=2) depressão grave.

Tabela 3: Relação entre índice dependência com índice de depressão dos idosos

ESCALA DEPENDÊNCIA	ESCALA DEPRESSÃO		P
	Depressão Ligeira	Depressão Grave	
Dependência Total	1 100,0%	0 0,0%	0,783
Dependência Moderada	3 100,0%	0 0,0%	
Dependência Leve	16 88,9%	2 11,1%	
Total	20 90,9%	2 9,1%	

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

O estudo de Pelarigo et al (2014), revelou que quanto maior a independência nas AVDs e AIVDs, menores são as chances dos indivíduos apresentarem sintomas depressivos.

Já o estudo realizado por Freitas (2011) mostrou que depressão leve a moderada ou grave se apresentam em maior frequência em idosos dependentes, corroborando com a pesquisa em questão.

Mediante a realização de um teste estatístico percebe-se que não houve associação entre os resultados das escalas. Não necessariamente o idoso mais dependente terá maior índice de depressão. Pelo contrário, houve uma relação inversa, ou seja, percebe-se, nos resultados do estudo, que quando está reduzido o grau de dependência há um aumento no índice de depressão. Dentre 18 pessoas que apresentavam dependência leve, 2 têm depressão grave.

Na tabela 4, observam-se os resultados dos testes de correlação entre as escalas de dependência funcional, depressão e faixa etária dos indivíduos avaliados. Ao se cruzar os dados obtidos nas duas escalas e analisar se existe ou não relação entre eles, obteve-se significância no cruzamento de dados entre a faixa etária e a escala de dependência (correlação moderada) entendendo-se que com o aumento da idade do idoso há uma predisposição a apresentar um aumento na sua dependência funcional.

Lima, Valença e Reis (2016) afirmam que as pessoas idosas estão em uma fase da vida, na qual, existe maior susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, as quais podem levar o idoso à dependência funcional, esta resultante de um processo que se inicia com o surgimento de um déficit no funcionamento corporal ou psicológico, provocando, conseqüentemente, limitações nas suas atividades diárias.

No estudo de Chaves (2017), realizado com 20 idosos, os resultados encontrados mostraram-se semelhantes aos resultados encontrados nesse estudo, ou seja, à medida que se envelhece, o idoso fica mais vulnerável à ação progressiva do meio ambiente, com maior dificuldade para as tarefas diárias, o que pode contribuir para uma diminuição de capacidade funcional. A medida com que a idade aumenta a dependência funcional também aumenta.

Tabela 4 – Correlação entre a escala de depressão, escala de dependência, Faixa etária e tempo de restrição ao domicílio.

Correlações	Escala depressão	Escala dependência	Faixa etária
Escala depressão			-0,123
Escala dependência	0,149		
Faixa etária		0,44*	
Tempo de restrição	-0,07		

*A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Dados da pesquisa (2018)

Analisando-se, ainda, a mesma tabela, quando se correlaciona depressão com faixa etária não se obteve um resultado significativo, o que significa dizer que não necessariamente o idoso se tornará mais depressivo com o avançar de sua idade.

Costa (2012) diz que a depressão refere-se à perturbação clínica com os critérios de episódio depressivo. Neste sentido, a depressão é caracterizada pelo humor depressivo ou perda de interesse, em quase todas as atividades, durante um período de tempo nunca inferior a duas semanas. Na presente pesquisa, depois de encontrados os resultados, percebe-se que os idosos ao responderem aos questionamentos da Escala de Depressão Geriátrica mostraram-se indecisos em suas respostas ou respondiam movidos pelo o sentimento que apresentavam no momento (verificar teste de confiabilidade na tabela 5).

Ao se analisar a correlação entre tempo de restrição ao domicílio e presença ou não de depressão, percebeu-se que os testes estatísticos não mostraram significância no cruzamento de dados. Mediante isso, entende-se que o tempo que o indivíduo se encontra restrito ao domicílio não interfere diretamente na presença ou não de quadro depressivo.

As tabelas 5 e 6 mostram os resultados do teste de confiabilidade (alfa de Cronbach) realizado para analisar a confiabilidade das repostas das escalas utilizadas na pesquisa. Ao se aplicar o teste nos resultados da escala de dependência (tabela 5), percebe-se que os mesmos apresentaram consistência nas suas respostas, ou seja, os indivíduos tiveram certeza ao responder cada item. Já em relação à escala de depressão (tabela 6), os participantes se mostraram incertos de suas opções, no momento que foram questionados, comprovando que nenhum apresentou consistência em suas respostas.

Tabela 5 – teste de confiabilidade (Alfa de Cronbach) para Escala de Dependência (Barthel)

Estatísticas Da escala de dependência	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Alimentação	9,55	1,471	0,909
Banho	4,32	1,756	0,894
Vestir	8,41	3,232	0,879
Asseio_pessoal	4,55	1,471	0,898
Evacuação	9,32	2,338	0,895
Micção	9,09	2,505	0,890
Uso_vaso_sanitário	8,41	3,232	0,872
Transferência_cama_cadeira	12,73	4,289	0,874
Deambulação	12,50	5,059	0,875
Degraus	6,36	4,135	0,890

Fonte: Dados da Pesquisa (2018)

Tabela 6 – teste de confiabilidade (Alfa de Cronbach) para Escala de Depressão Geriátrica

Estatísticas da escala de depressão	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach
Satisfeito_vida	0,86	0,351	0,418
Pôs_de_lado_atividades	0,50	0,512	0,490
Vida_vazia	0,50	0,512	0,260
Fica_aborrecido	0,59	0,503	0,308
Esperança_futuro	0,64	0,492	0,402
Incomodado_pensamentos	0,32	0,477	0,265
Disposto_parte_tempo	0,77	0,429	0,410
Medo_algo_mal	0,50	0,512	0,448
Sente_feliz	0,36	0,492	0,374
Sente_desamparado	0,41	0,503	0,304
Fica_inquieto_nervoso	0,68	0,477	0,341
Prefere_ficar_casa	0,45	0,510	0,402
Precupa_futuro	0,45	0,510	0,262
Problemas_memorias	0,41	0,503	0,386
Bom_estar_vivo	0,86	0,351	0,366
Desanimado_abatido	0,45	0,510	0,295
Sente_inutil	0,50	0,512	0,293
Preocupa_passado	0,41	0,503	0,334
Acha_vida_interessante	0,91	0,294	0,394
Dificil_novas_atividades	0,77	0,429	0,421
Sente_cheio_energia	0,55	0,510	0,456
Situação_deseperada	0,32	0,477	0,305
Sintuação_pessoas_melhor_que_sua	0,64	0,492	0,333
Aflinge_com_pequenas_coisas	0,45	0,510	0,295

Sente_vontade_chorar	0,50	0,512	0,260
Dificuldade_concentração	0,36	0,492	0,361
Gosta_levantar_manhã	0,77	0,429	0,446
Evita_encontrar_pessoas	0,18	0,395	0,387
Facilidade_tomar_decisões	0,73	0,456	0,410

Fonte: Dados da Pesquisa (2018)

Almeida (2010) mostra que, um questionário deve ser devidamente elaborado para que se reproduza de forma confiável a realidade, sendo esta a proposta da utilização do coeficiente alfa de Cronbach, ou seja, expressar, por meio de um fator, o grau de confiabilidade das respostas decorrentes de um questionário.

Esse fato da falta de consistência nas respostas da Escala de Depressão Geriátrica mostra que os idosos no momento de responder o questionário não estavam seguros daquilo que respondiam, podendo este fato estar interferindo na falta de correlação entre dependência funcional e depressão como pôde ser visualizado na tabela 4.

Horta, Ferreira e Zhao (2010) em um estudo sobre Envelhecimento e estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família, afirmam que os idosos se consideram, na maioria das vezes, doentes e valorizam muito mais as perdas do que os ganhos, enxergando muitas vezes somente o lado negativo das coisas, e que, mantendo autonomia, mesmo que com um grau de dependência, não gostam de socialização, não desenvolvem atividades coletivas, mantêm sua religiosidade como fonte de força, têm medo da morte, porém muitos idealizam a longevidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste estudo pode-se traçar o perfil sócio demográfico dos idosos restritos ao domicílio em uma pequena área do município de Icó-Ce, apresentando esta prevalência de indivíduos do sexo feminino e com mais de 74 anos de idade.

Por meio desse estudo foi possível evidenciar que não há relação da Dependência Funcional e a Depressão em Idosos domiciliados participantes da pesquisa, visto que após a análise de todos os dados percebeu-se que mesmo a dependência funcional aumentando com o avançar da idade o índice de depressão não sofreu interferência dessa dependência ou da idade.

É válido ressaltar que o estudo pode ter sofrido interferência devido à falta de consistência nas respostas dos indivíduos no momento da avaliação quanto à presença ou não de quadro depressivo, visto que os sentimentos que pairavam sobre o idoso no momento da coleta de dados possa ter influenciado nas respostas.

Conclui-se, portanto que, apesar de não ter havido correlação estatística entre dependência funcional e presença de depressão em idosos, existiu a comprovação e correlação estatística entre idade e dependência funcional no grupo estudado.

Sugere-se a realização de novos estudos com uma amostra maior de participantes e utilizando de instrumentos de maior objetividade quanto às informações sobre depressão em idosos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D.; SANTOS, M.A.R.D.; COSTA, A.F.B.; Aplicação do coeficiente alfa de cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. **XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, v. 15, 2010.
- AGRELI, F.B.; DIAS, A.F.; FERREIRA, P.C.D.S.; GOMES, N.C.G.; TAVARES, D.M.D.S. Functional disability and morbidities among the elderly people, according to socio-demographic conditions and indicative of depression. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 35, n. 1, 2017.
- BAUER, M.A.; ZANELLA, A.K.A.; FILHO, G.I.; CARLI, G.D.C.; TEIXEIRA, A.R.; BÓS, A.J.G.A. Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 83, n.5. 2017.
- BORDALO, A.A.; Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, v.20, n.4, 2006.
- BRITO, K.Q.D.; MENEZES, T.N.D.; OLINDA, R.A.D.; Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, 2016.
- CAMPOS, A.C.V.; GONCALVES, L.H.T.; Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Para, Brasil. **Revista Brasileira de enfermagem REBEN**, v. 71, n.11, 2018.
- CAMELO, L.D.V.; GIATTII, L.; BARRETO, S.M.; Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, 2016.
- COSTA, A.S.M.; Dependência Funcional: Implicações ao nível da Depressão Geriátrica. **Universidade Catolica Portuguesa Centro Regional de Braga**, Tese de doutorado, 2012.
- CHAVES, R.N.; LIMA, P.V.; VALENÇA, T.D.C.; SANTANA, E.D.S.; MARINHO, M.D.S.; REIS, L.A.D.; Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2017.
- CARNEIRO, R.S.; FALCONEA, E.; CLARKA, C.; PRETTEB, D.Z.; PRETTEB, D.A.; Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 2, 2007.

DANTAS, M.T.; RODRIGUES, L.B.; SANTOS, W.S.D.; DIAS, J.C.; SANTANA, N.M.D.; LIMA, I.C.V.D.; Percepções e vivências de cuidadores familiares de idosos acamados. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 3, 2015.

FAVORETTO, N.C. **Portal dos idosos: desenvolvimento e avaliação de um website com informações sobre o processo de envelhecimento e as principais alterações fonoaudiológicas que acometem os idosos**. Dissertação Doutorado USP, São Paulo 2015.

FELICISSIMO, P.; BRANCO, J.; Envelhecimento, metabolismo e nutrição no doente ortopédico. **Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia**, v. 25, n. 3, 2017.

FIALHO, C.B.; COSTA, M.F.L.; GIACOMIN, K.C.; FILHO, A.I.D.L.; Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, 2014.

FREITAS, E.V.; **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FRONTEIRA, Inês; Estudos Observacionais na Era da Medicina Baseada na Evidência: Breve Revisão Sobre a Sua Relevância, Taxonomia e Desenhos. **Acta Médica Portuguesa**, v. 26, n. 2, 2013.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T.N.; TOMAS, E.; Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, 2016.

HORTA, A.L.D.M.; FERREIRA, D.C.D.O.; ZHAO, L.M.; Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, V. 63, N. 4, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, perfil Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população. Instituto brasileiro de geografia estatística. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>.

JUNIOR, E.P.P.; SILVA, I.T.D.; VILELA, A.B.A.; CASOTTI, C.A.; PINTO, F.J.M.; SILVA, M.G.C.D.; Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Caderno de Saúde Coletiva**, v.24, n. 4, 2016.

JUNIOR, J.A.S.; GOMES, G.C.; Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizado. *Revista SBPH*, v.18, n. 1, 2015.

LEITE, M.T.; FLORES, J.S.; HILDEBRANDT, L.M.; PERLIM, N.M.G.; LINCK, C.D.L.; Idosos mais velhos no domicílio: a família como unidade de cuidado. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v. 4, n. 4, p. 2012.

LESH, S.G. **Ortopedia para o fisioterapeuta**; 1 ed. Rio de Janeiro: revinter LTDA, 2005.

LIMA, P.V.; VALENÇA, T.D.C.; REIS, L.A.D.; Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. **Revista Pesquisa Saúde**, v. 17, n. 2, 2016.

LOPES, J.M.; FERNANDES, S.G.G.; DANTAS, F.G.; MEDEIROS, J.L.A.; Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**. v.18, n.3, 2015.

MACIEL, M.G.; Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz. **Revista de Educação Física**. V. 16, n.4, 2010.

MARQUES, G.Q.; FREITAS, I.B.D.A; Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, 2009.

MATIAS, A.G.C.; FONSECA, M.D.A.; MATOS, M.A.A.; Análise fatorial de sintomas depressivos e ocorrência de quedas em idosos. **Scientia Medica**, v. 25, n. 1, 2015.

MINOSSO, J.S. M. I. ; AMENDOLA, F.I. ; ALVARENGA, M.R.M. I ; OLIVEIRA, M.A.d.C.; Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, 2010.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, C.M.D.C.; DAMASCENO, B.P.; BRUCKI, S.M.D.; ANGHINAH, R.; Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 63, n. 3, 2005.

PAMPOLIM, G.; LOURENÇO, C.; SILVA, V.G.D.S.; COELHO, M.C.D.R.; SOGAME, L.C.M.; Prevalência e fatores associados à dependência funcional em idosos restritos ao lar. **J Hum Growth Dev**, V. 27, N.2, 2017.

PEREIRA, E.D.G.; COSTA, M.A.M.; Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um centro de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 3, 2007.

PEDREIRA, L. C.; OLIVEIRA, A.M. S.; Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.5, 2012.

PELARIGO, J.G.T.; PRADO,R.B.R.; 2NARDI, S.M.T.; QUAGGIO, C.M.D.P.; Luciano Humberto Soares CAMARGO, L.H.S.; MARCIANO, L.H.S.C.; Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase. **HansenologiaInternationalis**, v. 39, n. 1, 2014.

SOUZA, D.D.S.; BERLESE, D.B; CUNHA, G.L.; CABRAL, S.M.; SANTOS, G.A.D.; Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.18, n.2, 2017.

SPOSITO, G.; DIOGO, M.J.D.E.; CINTRA, F.A.; NERI,A.L.; GUARIENTO, M.E.; SOUSA, M.L.R.D.; Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n .1, 2010.

STACHESKI, D.R.; MASSI, G.A.A.;Índices sociais de valor: mas media, linguagem e envelhecimento. **Interface Comunicação Saúde Educação**,v. 15, n. 37, 2011.

THUMÉ, E. ; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; VIEIRA, L.A.S.; Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, 2010.

URSINE, P.G.S.; CORDEIRO, H.D.A.; MORAES, C.L.; Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

VALER, D.B.; BIERHALS, C.C.B.K.; AIRES, M.; PASKULIN, L.M.G.; O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, 2015.

ANEXOS

ANEXO A – Ofício para Coleta de Dados**Ofício nº _____/20____**

Ao Sr(a)._____

Do (a) _____

Dirigimo-nos a V. Sa. com a finalidade de solicitar a acolhida do aluno Querem Hapuk Acioly Santos, devidamente matriculado (a) no Curso de Fisioterapia desta Faculdade, para realizar em sua Instituição, a coleta de dados para a pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada (DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO DOMICILIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE). A coleta destas informações serão de fundamental importância para o delineamento metodológicos do projeto de pesquisa que esta sendo orientado pelo (a) professor (a) Maria Lucélia Barbosa Da Silva. A presente pesquisa tem como objetivo geral Analisar a relação da dependência funcional e a depressão em idosos domiciliados em uma cidade do centro-sul cearense.

Dessa forma, solicitamos sua colaboração, no sentido de receber e apoiar o (a) aluno (a) na execução da referida atividade.

Certos da aquiescência e apoio dessa Instituição na efetivação das atividades acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Faculdade Vale do Salgado, antecipamos nossos agradecimentos.

Atenciosamente,

Maria Lucélia Barbosa Da Silva

Querem Hapuk Acioly Santos

ANEXO B – Declaração de Anuência

Eu, _____, RG _____, CPF _____.
PROFESSORA na instituição, declaro ter lido o projeto intitulado **DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO DOMICILIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE** de responsabilidade do pesquisador **QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS** CPF 063.040.733-44 e RG 2007242471-5 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP da 63.430-000, autorizaremos a realização deste projeto nesta **FACULDADE VALE DO SALGADO**, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Local e data

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO C – Termo de Fiel Depositário

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Senhor _____ CPF: _____, CARGO: _____, **fiel depositário** dos prontuários e da base de dados da (FACULDADE VALE DO SALGADO portadora do CNPJ: _____ na Cidade de Icó-CE, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa, vem na melhor forma de direito declarar que o aluna QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS , CPF:063.040.733-99 está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “(DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO DOMICILIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE)”, sob a responsabilidade do pesquisador MARIA LUCELIA BABORSA DA SILVA, cujo objetivo geral é ANALISAR A RELAÇÃO DA DEPENDENCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS DOMICILIADOS EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Haja vista, o acesso deste aluno ao arquivo de dados dos pacientes desta Instituição, o qual se encontra sob minha total responsabilidade, informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Vale do Salgado, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Sendo assim, o pesquisador acima citado, compromete-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo desta instituição, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concorde(m), igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito e que as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Cidade, _____ de _____ de _____.

(ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

(ASSINATURA DO (a) ALUNO)

(ASSINATURA DO (A) PESQUISADOR RESPONSÁVEL)

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado Sr.(a) _____

QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS, CPF: 063.040.733-99 Da Faculdade Vale do Salgado-FVS está realizando a pesquisa intitulada **DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS RESTRITOS AO DOMICILIO EM UMA CIDADE DO CENTRO-SUL CEARENSE**, Verificar a prevalência de idosos domiciliados na sede município, Correlacionar o nível de dependência funcional com o nível de depressão em idosos domiciliados, Observar se idosos domiciliados há mais tempo tem maiores índices de depressão. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: Verificar, Observar e correlacionar.

Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em fornecer informações importantes para a realização desta pesquisa, onde iremos colher dados relacionados aos objetivos deste estudo. Através da escalas de Barthel e escala de depressão geriátrica, serão coletadas informações referentes a dependência funcional e depressão, respectivamente, as escalas são compostas por questionários de fácil entendimento.

Os procedimentos utilizados como o uso dos questionários, Não apresentará nenhum tipo de risco, pois o participante pode se sentir reprimido (a) em relação ao estigma resultante da invasão da sua privacidade e também em virtude de responder a um questionário que irá necessitar um pouco do seu tempo. Este risco será reduzido mediante a garantia de sigilo de todos os documentos e dados, inclusive de informações pessoais e íntimas preservando assim, a sua identidade. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto ou sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu QUEREM HAPUK ACIOLY SANTOS serei o responsável pelo encaminhamento ao setor de Assistente Social e a faculdade.

Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de ver o índice da relação de dependência funcional com a depressão no sentido de amenizar e mostrar a secretaria de saúde para que amenizem a situação. Toda informação que o(a) Sr.(a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As Respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, avaliações físicas, avaliações mentais etc. serão confidenciais e seu nome não aparecerá em QUESTIONÁRIOS, FITAS, ETC, inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado as AVALIAÇÕES.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar MARIA LUCELIA BARBOSA DA SILVA, nos seguintes horários (DE 11:30hrs a 12:30hrs).

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade FACULDADE VALE DO SALGADO localizado à Rua Monsenhor Frota N°609 telefone (88) 356127-60, Cidade de Icó-CE.

Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

ANEXO E – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Icó-Ceará., _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

ANEXO F - Mini Exame do Estado Mental – MEEM

NOME: _____ **IDADE:** _____

ENDEREÇO: _____

Orientação no tempo:

.....

Em que ano nós estamos?

Em que estação nós estamos?

Em que mês nós estamos?

Em que dia da semana nós estamos?

Em que dia do mês nos estamos?

.....

Orientação no espaço:

Em que estado nós estamos?

Em que cidade nós estamos?

Em que bairro nós estamos? (parte da cidade ou rua próxima)

O que é este prédio em que estamos? (nome, tipo ou função)

Em que andar nós estamos?

.....

Registro:

Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a), vai repeti-las quando eu terminar. Memorize-as, pois eu vou perguntar por elas, novamente, dentro de alguns minutos Certo? As palavras são: Real (pausa), Mala (pausa), Casa (pausa). Agora, repita as palavras para mim, [Permita 5 tentativas, mas pontue apenas a primeira.]

.....

.....

Atenção e cálculo [Serie de 7]:

Agora eu gostaria o(a) Sr(a). subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? [pausa] Vamos começar: quanto é 100 menos 7? Dê 1 ponto para cada acerto. Se não atingir o escore máximo, peça:

Agora, solete a palavra MUNDO de trás para frente. [Dê 1 ponto para cada letra na posição correta. Considere maior resultado.]

.....

Memoria de evocção:

Peça: Quais são as 3 palavras que eu pedi que o(a) sr(a). memorizasse [Não forneça pistas.]

.....

Linguagem:

Aponte o lápis e o relógio e pergunte

O que é isto? (lápis)

O que é isto? (relógio)

Agora, eu vou pedir para o(a) Sr(a). repetir o que eu vou dizer, certo?

Então, repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Agora, ouça com atenção porque eu vou pedir para o(a) Sr(a). fazer uma tarefa. [pausa] Preste

atenção, pois eu só vou falar uma vez. [pausa], Pegue este papel com a mão direita [pausa];

com as duas mãos, dobre-o ao meio uma vez [pausa] e, em seguida, jogue-o no chão;

Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel, [Mostre ao examinado a folha com o comando]:

Feche os olhos

Peça: Por favor, copie este desenho

Total: _____

ANEXO G – Escala de Barthel

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__

SEXO: ()F ()M

Tempo que está restrito a domicílio: _____

Motivo pelo qual se encontra domiciliado: _____

Pontos	Âmbito da avaliação
Alimentação	
10	Independente: capaz de utilizar qualquer instrumento necessário alimenta-se em um tempo razoável, capaz de cortar o alimento, usa temperos, passa manteiga no pão, etc., sozinho.
5	Necessita de ajuda: por exemplo, para cortar o alimento, passar manteiga no pão, etc.
0	Dependente: necessita ser alimentado.
Banho	
5	Independente: capaz de lavar-se por inteiro, usando o chuveiro ou banheira, permanecendo em pé e se ensaboando com a esponja por todo o corpo. Inclui entrar e sair do chuveiro/banheira sem a necessidade de uma pessoa presente.
0	Dependente: necessita de alguma ajuda.
Vestir-se	
10	Independente: capaz de vestir-se e arrumar-se na roupa. Amarra os sapatos, abotoa os botões, etc. Coloca coletes e cintas inguinais.
5	Necessita de ajuda: faz metade das tarefas em um tempo razoável.
0	Dependente: incapaz de arrumar-se, sem assistência maior.
Asseio pessoal	
5	Independente: realiza todas as tarefas (lavar as mãos, rosto, cabelo, etc.). Inclui barbear-se e escovar os dentes. Não necessita de nenhuma ajuda. Inclusive pluga o barbeador elétrico na tomada se for o caso.
0	Dependente: necessita de alguma ajuda.
Evacuação	
10	Continente: nenhum acidente; se necessita de enema ou supositórios pode fazer por si mesmo.
5	Acidente ocasional: raro (menos de uma vez

	por semana), ou necessita de ajuda com supositório.
0	Incontinente.
Micção	
10	Continente: nenhum acidente: seco durante o dia e a noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (cateter). Se necessário, será capaz de trocar a bolsa coletora de urina.
5	Acidente ocasional: menos de uma vez por semana. Necessita ajuda com fraldas.
0	Incontinente.
Uso do vaso sanitário	
10	Independente: entra e sai sozinho. É capaz de tirar e colocar as roupas, limpar-se e prevenir manchas nas roupas, esvaziar e limpar a comadre. Capaz sentar-se e levantar-se sem ajuda ou pode usar barras de suporte.
5	Precisa de Ajuda: necessita de ajuda para manter-se em equilíbrio, limpar-se ou tirar a colocar e roupa.
0	Dependente: incapaz de manejar-se sem assistência maior.
Transferência da cama para a cadeira/poltrona	
15	Independente: não necessita de ajuda. Se utilizar cadeira de rodas, faz de forma independente.
10	Mínima ajuda: inclui supervisão verbal e pequena ajuda física (por exemplo, oferecido (a) pelo (a) cônjuge).
5	Grande ajuda: capaz de sentar-se sem ajuda, mas necessita de muita assistência para sair da cama.
0	Dependente: necessita de apoio completo para levantar-se com a ajuda de duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado.
Deambulação	
15	Independente: pode utilizar qualquer tipo de auxiliar para marcha (próteses, bengalas, muletas, etc.) exceto andador. A velocidade não é importante. Pode caminhar pelo menos 50 metros ou equivalente sem supervisão ou ajuda.
10	Necessita de ajuda: supervisão verbal ou física, incluindo instrumentos ou outras formas de ajuda para permanecer de pé. Deambula por 50 metros.
5	Independente em cadeira de rodas: impulsiona sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Vira a cadeira em cantos apenas.

0	Dependente: requer ajuda maior.
Degraus	
10	Independente: capaz de subir/descer um andar com escadas sem ajuda ou supervisão mesmo utilizando o corrimão ou outros instrumentos de apoio.
5	Necessita de ajuda: supervisão verbal ou física.
0	Dependente: necessita de ascensores (cadeira elevador), não pode subir degraus.
Total	Soma simples do resultado de cada item.

Pontuação: 100- 0 Ponderação

Dependência total: pontuação menor de 20

Dependência grave: pontuação de 20 a 35

Dependência moderada: pontuação de 40 a 55

Dependência leve: pontuação igual ou >maior de 60

ANEXO H – Escala de Depressão Geriátrica - (Yesavage)

Nome: _____

Idade: Data de Nascimento: __/__/__ **SEXO** () F () M **Responda Sim ou Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

1. Está satisfeito(a) com a sua vida? Sim() Não()
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses? Sim() Não()
3. Sente a sua vida vazia? Sim() Não()
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)? Sim() Não()
5. Tem esperança no futuro? Sim() Não()
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar? Sim() Não()
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo? Sim() Não()
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal? Sim() Não()
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo? Sim() Não()
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)? Sim() Não()
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)? Sim() Não()
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas? Sim() Não()
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro? Sim() Não()
14. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas? Sim() Não()
15. Pensa que é bom estar vivo(a)? Sim() Não()
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)? Sim() Não()
17. Sente-se inútil? Sim() Não()
18. Preocupa-se muito com o passado? Sim() Não()
19. Acha a vida interessante? Sim() Não()
20. É difícil para si começar novas atividades? Sim() Não()
21. Sente-se cheio(a) de energia? Sim() Não()
22. Sente que a sua situação é desesperada? Sim() Não()
23. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua? Sim() Não()
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas? Sim() Não()
25. Sente muitas vezes vontade de chorar? Sim() Não()
26. Tem dificuldade em se concentrar? Sim() Não()
27. Gosta de se levantar de manhã? Sim() Não()
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas? Sim() Não()
29. Tem facilidade em tomar decisões? Sim() Não()

O seu pensamento é tão claro como era antes? Sim() Não()

Pontuação da GDS de 30 itens:

1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

0-10 = ausência de depressão 11-20 = depressão ligeira 21-30 = depressão grave.