

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

CURSO DE NUTRIÇÃO

KARINA PATRICIO DELA BRUNA

**DEPRESSÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2010

KARINA PATRICIO DELA BRUNA

**DEPRESSÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de Nutricionista no curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. (a) MSc. Luciane Daltoé

CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2010

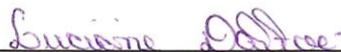
KARINA PATRICIO DELA BRUNA

DEPRESSÃO E ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Nutricionista, no Curso de Nutrição da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 07 de dezembro de 2010.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Luciane Maria Daltoé - Mestre - (UNESC) - Orientador



Prof. João Alberto Ramos Batanolli – Especialista - (UNESC)



Prof^a. Tânia Aquino Alves Martins - Especialista - (UNESC)

Dedico este trabalho a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para sua concretização, em especial aos idosos da instituição de pesquisa que me apoiaram e me fortaleceram muito, em todos os aspectos.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo e todos agradeço a Deus por me oportunizar este momento de estar cada dia mais próximo de um sonho realizado.

A minha família: agradeço aos meus pais Vilsonei e Sirlei, por me apoiarem nos momentos mais difíceis e demonstrarem seu afeto a cada etapa desta vitória, ao meu irmão Roger, por todas as vezes que colaborou e me incentivou durante todos os momentos que precisei.

Ainda agradeço ao meu namorado Guilherme, por toda a compreensão nos momentos em que estive mais ocupada.

Agradecer também aos meus avôs, os que já partiram Antônio Ivanor, Maria (Dodô) e Antônio Patrício, os quais tenho certeza de que onde estiverem sempre contribuíram para o meu sucesso, e aquela que até hoje encontra-se ao meu lado Maria Salvan.

As verdadeiras amigas construídas ao longo destes quatro anos que me fortaleceram dentro e fora da classe, em especial Felipe, Letícia e Mariana.

Sem esquecer ainda do Matemático e Professor Msc. Kristian Madeira que me auxiliou na análise de dados, e ainda agradeço ao Laênio Alex, que salvou meus dados com seu imenso conhecimento em computadores.

Agradecer a todos que ao longo desses quatro anos colaboraram no CEPAE, sem esquecer as que me passaram a melhor e mais importante notícia há quatro anos, a concessão da minha bolsa PROUNI, Vera e Nanci, e a que hoje se encontra como assistente social, Priscila. Agradeço ainda ao professor João Batanolli, por todos os momentos como meu “terapeuta”.

Gostaria de agradecer ainda ao coordenador do curso de Nutrição da UNESC, Marco Antonio da Silva, que esteve sempre disponível para solucionar problemas bem como ouvi-los, e principalmente por sua dedicação a todos seus alunos. Por fim gostaria de agradecer e parabenizar a todos os docentes do curso que compartilharam sua enorme experiência e inteligência conosco ao longo destes anos, em especial a minha professora orientadora Luciane Daltoé, que com certeza sua dedicação e colaboração foi essencial para a conclusão deste trabalho.

**“Não ria nem blasfeme do estado em que
estou eu já fui o que tu és e tu serás o que
sou”**

(Cruz e Souza)

RESUMO

Junto com o aumento da expectativa de vida, a sociedade vêm preocupando-se cada dia mais com as condições de saúde e nutrição dos idosos. Porém com o ritmo de vida acelerado podemos observar que cada dia mais as pessoas são acometidas por doenças psíquicas, dentre elas está a depressão geriátrica, ainda sem saber a possível etiologia da doença observa-se uma prevalência cada dia maior deste quadro patológico, principalmente em idosos institucionalizados. Por este motivo o presente estudo tem por objetivo avaliar a relação entre depressão e estado nutricional de idosos institucionalizados. Participaram do estudo 14 idosos, de ambos os sexos, portadores de depressão geriátrica (conforme a escala de depressão geriátrica-GDS). Todos os participantes responderam o questionário de qualidade de vida- SF36 e de mini avaliação nutricional - MAN. Para os dados paramétricos utilizou-se os testes *t de Student* independente e a análise de variância ANOVA. Já para os não paramétricos foi aplicado o teste qui-quadrado. Da amostra total observou-se idade média de $74,5 \pm 8,36$ anos, sendo que 64% eram do sexo masculino (idade média $71,5 \pm 7,69$ anos) já para o sexo feminino que atingiu 34% da amostra observou-se uma idade média de $82 \pm 4,54$ anos, a raça da amostra era exclusivamente caucasiana, e 65% apresentavam como escolaridade ensino fundamental incompleto. Quanto a mini avaliação nutricional observou-se que 93% da amostra apresentava risco de desnutrição, sendo que a média de peso geral foi de $65 \pm 10,40$. Quanto a estatura observou-se uma média geral de $157,9 \pm 9,52$ cm. Pelo IMC atingiu-se um valor médio de $26,11 \pm 3,96$, diagnosticando um quadro de sobrepeso na amostra. A circunferência da panturrilha indicou que 71% da amostra apresentaram depleção de massa magra. Com relação a qualidade de vida pelo SF-36 observou-se uma média de $90,29 \pm 3,79$, indicando uma boa pontuação, porém quando avaliados os domínios de maneira isolada, percebeu-se uma baixa pontuação indicando uma qualidade de vida ruim/regular. Por fim concluiu-se que os portadores de depressão geriátrica apresentam risco de desnutrição. Porém é necessário mais estudos relacionando sintomas depressivos com mal estado nutricional bem como a qualidade de vida dos portadores de depressão.

Palavras-chave: Depressão. Estado Nutricional. Idosos. Qualidade de Vida.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Escala de Depressão Geriátrica-GDS.....	34
Figura 2 - Classificação da Amostra de Acordo com Sexo	34
Figura 3 - Grau de Instrução da Amostra	35
Figura 4 - Sexo por Idade dos Participantes	37
Figura 5 - Mini Avaliação Nutricional	38
Figura 6 - Peso por Sexo	39
Figura 7 - IMC por Sexo	42
Figura 8 - Percentagem po Classificação de IMC para o Sexo Masculino	42
Figura 9 - Percentagem po Classificação de IMC para o Sexo Feminino	43
Figura 10 - Circunferência da Panturrilha.....	44
Figura 11 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36 de Acordo com Sexo	45
Figura 12 - Capacidade Funcional	46
Figura 13 - Dor	47
Figura 14 - Estado Geral de Saúde.....	48
Figura 15 - Vitalidade	49
Figura 16 - Aspectos Sociais.....	50
Figura 17 - Limitações por Aspectos Emocionais.....	51
Figura 18 - Saúde Mental.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escolaridade por Sexo	35
Tabela 2 - Idade por Sexo da Amostra.....	36
Tabela 3 - Peso da Amostra Conforme Gênero	38
Tabela 4 - Peso dos Participantes por Classificação de IMC	40
Tabela 5 - Estatura por Sexo.....	40
Tabela 6 - IMC por Sexo	41
Tabela 7 -Circunferência da Panturrilha Conforme Sexo	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP – Circunferência da panturrilha

IMC – Índice de Massa Corporal

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

MAN – Mini Avaliação Nutricional

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
3.1 Envelhecimento Humano.....	18
3.2 Aspecto Funcional do Processo de Mastigação	19
3.3 Avaliação do Estado Nutricional do Idoso.....	20
3.4 Fatores de Risco para o Estado Nutricional do Idoso	21
3.5 Depressão	22
3.5.1 Sinais e Sintomas.....	23
3.5.2 Epidemiologia.....	24
3.5.3 Fatores de Risco	24
3.5.4 Diagnóstico.....	25
3.5.5 Tratamento.....	25
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS	26
4.1 Delineamento de Estudo.....	26
4.2 População e Amostra.....	26
4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão:	26
4.3 Coleta de Dados	27
4.4 Instrumentos de Obtenção de Dados.....	27
4.4.1 Dados demográficos	28
4.4.2 Avaliação do Estado Nutricional.....	28
4.4.2.1 Mini Avaliação Nutricional (MAN)	28
4.4.2.2 Antropometria.....	29
4.4.2.2.1 Peso e Estatura	29
4.4.2.2.2 Circunferência da panturrilha	29
4.4.2.2.3 Circunferência do braço	29
4.4.2.2.4 Índice de Massa Corporal (IMC)	30
4.4.3 Escala de Depressão Geriátrica.....	31
4.4.4 Qualidade de Vida	31
4.4.4.1 Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36).....	31

4.4.5 Procedimentos de Coleta de Dados	32
4.5 Análise dos dados.....	33
4.6 Aspectos Éticos	33
5. RESULTADOS.....	34
5.1 Perfil Depressivo da Amostra Inicial	34
5.1.1 Escala de Depressão Geriátrica.....	34
5.2 Perfil da Amostra Com Sinais Depressivos	35
5.2.1 Grau de instrução.....	36
5.2.2 Idade por Sexo.....	37
5.2.3 Mini Avaliação Nutricional.....	38
5.2.3.1 Peso.....	39
5.2.3.2 Estatura	41
5.2.3.4 IMC.....	42
5.2.3.5 Circunferência da Panturrilha	44
5.2.4 Questionário de Qualidade de Vida SF-36	45
5.2.4.1 Capacidade Funcional	46
5.2.4.2 Limitação por Aspectos Físicos	47
5.2.4.3 Dor	47
5.2.4.4 Estado Geral de Saúde	48
5.2.4.5 Vitalidade	49
5.2.4.6 Aspectos Sociais.....	50
5.2.4.7 Limitações por Aspectos Emocionais.....	51
5.2.4.8 Saúde Mental	52
6. DISCUSSÃO	54
7. CONCLUSÃO	60
8. REFERÊNCIAS.....	63

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno que acomete todos os membros da população, sendo associado ao declínio fisiológico e acompanhado pelo aumento de doenças, acidentes e estresse, que se inicia desde a concepção e, apesar de natural, é complexo e submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição dos indivíduos (FAUSTO, 2003; CAMPOS et al, 2000).

Conforme Carvalho Filho; Papaléo Netto (2000), o trabalho com o idoso ainda é pouco explorado. Quando observados as revisões literárias percebe-se que ainda há muito a ser estudado, a fim de contribuir para as particularidades da terceira idade. Nesta população, a incidência maior dos distúrbios psíquicos são as síndromes depressivas e demenciais, sendo que dessas a neurose mais diagnosticada é a depressão.

Segundo Duthie Junior; Katz (2002), a depressão, em qualquer fase da vida de uma pessoa é uma doença devastadora, sendo considerada ainda uma das doenças mais incapacitadoras para a população geriátrica, mesmo quando comparada a outras doenças, como artrite reumatóide, hipertensão arterial sistêmica, entre outras. Os autores citam ainda que o diagnóstico varia amplamente nesta população, dificultando desta forma o diagnóstico precoce.

Quanto aos sintomas apresentados, Almeida, Dratcu, Laranjeira (1996) citam, que a pessoa apresenta um quadro de anedonia, ou seja, não sente mais prazer pelas atividades que antes lhe traziam interesse. Ainda passa a ter uma visão distorcida do mundo e de si mesmo, além de diminuir as perspectivas para com o seu futuro. A pessoa passa a descrever-se infeliz ou triste, mas este sentimento é muito diferente do normal.

Segundo Hargreaves (2006), a importância do diagnóstico precoce pode até mesmo prevenir a morte prematura, além de melhorar significativamente a qualidade de vida dos mesmos e o status funcional.

A avaliação do comprometimento funcional e o risco de suicídio irão nortear tomadas de decisões mais difíceis, tais como a hospitalização ou a consulta com o psiquiatra. A supervisão rigorosa por familiares e/ou amigos pode ser necessária (HARGREAVES, 2006, p.548).

O aumento da expectativa de vida ao longo desse século reflete diretamente na manutenção da saúde do idoso e na preservação de sua permanência junto à família (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). Com isso, houve um aumento do número de indivíduos desenvolvendo doenças neurodegenerativas (FRIDMAN et al, 2004; LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

“Depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social” (FREITAS et al, 2006, p. 204).

Segundo Ramos e Toniolo Neto (2005), depressão, nos indivíduos com mais de 65 anos, é considerado um problema de saúde pública. E que apresenta graves consequências, como o sofrimento do paciente e dos cuidadores, piora da incapacidade associada à doença física e aos transtornos cognitivos, aumento de custos com os cuidadores da saúde, e mortalidade aumentada, relacionada ao suicídio e à doença física.

De acordo com Freitas et al (2002), existem fatores de risco para desencadeamento dos sintomas depressivos, que geralmente estão ligadas ao envelhecimento como por exemplo, pobreza, viuvez, institucionalização e solidão.

A prevalência da depressão também varia, de acordo com o cenário no qual o paciente geriátrico seja observado. Através do Painel de Consenso de Serviços Humanos e do Departamento de Saúde, estima-se que 15 a 20% dos pacientes em clínica geriátricas apresentam sintomas de depressão, ao passo que somente 5% dos pacientes idosos observados em clínicas de cuidados médicos principais relatam depressão (DUTHIE; KATZ, 2002, p. 279).

Ainda sobre prevalência da doença Hargreaves (2006) cita, que a mesma varia de 7 a 36% em pacientes ambulatoriais, já em idosos institucionalizados pode atingir uma margem de 40%.

Contribuindo para esses dados Carvalho Filho; Papaléo Netto (2000), citam, que estudos revelam a prevalência de depressão em idosos institucionalizados uma variação de 7 a 50% da população.

Diante do exposto acima, torna-se necessário avaliar a relação entre depressão e estado nutricional de idosos institucionalizados.

Partindo desses dados vale questionar: depressão pode interferir no estado nutricional de idosos institucionalizados bem como em sua qualidade de vida?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a relação entre depressão e estado nutricional de idosos institucionalizados.

2.2 Específicos

- Avaliar o estado nutricional dos idosos que residem na instituição;
- Relacionar os sinais depressivos apresentados com o aspecto nutricional do grupo pesquisado;
- Analisar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados portadores de sinais depressivos.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Envelhecimento Humano

Desde os tempos antigos a sociedade preocupa-se com o envelhecimento, o que acaba gerando tamanha apreensão entre os seres humanos. Há ainda uma eterna preocupação em encontrar a fonte da juventude o que está associado à manutenção de características joviais a fatores ambientais, como por exemplo, a nutrição humana. Porém sabe-se a tamanha importância do profissional nutricionista para promoção da saúde, sendo destacada cada vez mais, e relacionada a um envelhecimento “normal ou favorável” (BÓS, 2007). Com o aumento da expectativa de vida sobre a influência dos aspectos econômico, social e psicológico no processo de envelhecimento, percebe-se que a humanidade nunca esteve preparada para lidar com o fato de envelhecer (FLORENTINO, 2004).

Conforme Bós (2007), existem características gerais no processo do envelhecimento que são: diminuição do metabolismo, crescente dificuldade de adaptação à fatores ambientais, que podem ser desde mudanças de temperatura até mesmo redução da velocidade de condução nervosa e da resposta das células produzidas pelo organismo humano.

O envelhecer é um processo natural que acomete todas as pessoas, porém associadas a este processo estão às sucessivas perdas em função do declínio do ritmo biológico, e estas perdas estão diretamente relacionadas à forma de se alimentar deste idoso (FLORENTINO, 2004; FREITAS et al, 2008).

À medida que se vai envelhecendo o organismo humano sofre alterações fisiológicas e anatômicas, que repercutem na saúde e nutrição do idoso. Dentre essas mudanças estão: redução da capacidade funcional, alterações do paladar, alterações de processos metabólicos do organismo e modificações da composição corporal (PFRIMER, FERRIOLLI, 2008).

Outra alteração que ocorre é a queixa relacionada à frequente dificuldade de memória, a qual não afeta a vida social e as atividades diárias do indivíduo, e trata-se de um déficit restrito somente à memória, preservando outras áreas cognitivas (MANFRIM, SCHMIDT In: FREITAS et al, 2006; GRANDI, 1998).

No Brasil o envelhecimento da população está associado a um aumento de risco de desnutrição. Conforme Santos (2007) a população brasileira, com mais de 60 anos, possui maior prevalência de risco de desnutrição, quando comparado aos brasileiros com menos de 60 anos.

3.2 Aspecto Funcional do Processo de Mastigação

Conforme Lima (2007), a discussão sobre as modificações que ocorrem na orofaringe e exercem função sobre o processo de deglutição, deve ser parte da avaliação do processo de envelhecimento humano, pois o ato de alimentar-se depende do processo de deglutição, além de envolver requisitos, como motivação gerada pelo apetite ou sede.

A saúde oral do idoso tem como fatores de risco associados o 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. A preferência por alimentos mais líquidos é reflexo desses fatores, sendo consequente a isenção do consumo de alimentos essenciais, como carnes, frutas, e vegetais; outro fator de risco, a xerostomia, caracteriza-se pelo processo de diminuição da produção de saliva, responsável por remover os restos de alimentos ao redor dos dentes, por possuir ação tamponante (ácido carbônico e fosfato), sendo estes caracterizados pela neutralização do metabolismo do ácido bacteriano (FLORENTINO, 2004).

Entre os problemas associados ao processo de deglutição, a disfagia é um dos mais comuns na população idosa, que pode ter como consequente agravo a perda de peso e a desnutrição (GOSTTSCHALL, 2007).

Disfagia é considerado um resultado do conjunto das condições patológicas do idoso, com ordem neurológica, sistêmica, imunológica e psiquiátrica, que pode ter como causa agentes farmacológicos ou patológicos, resultando em consequências no estado nutricional e pulmonar do indivíduo. Conforme a

epidemiologia pode-se perceber uma incidência de 25% a 50% entre a população idosa, ocorrendo principalmente em idosos institucionalizados (LIMA, 2007).

Nos distúrbios da deglutição deve-se ter muito cuidado com o tipo de dieta, ou seja, alimentos líquidos devem ser evitados, objetivando que se evitem riscos de aspiração (GOSTTSCHALL, 2007).

Conforme Pfrimer; Ferriolli (2008), um dos fatores de risco nutricional para os idosos é a ingestão inadequada de nutrientes, que pode estar relacionada ao preparo dos alimentos ou aos hábitos alimentares, podendo ser caracterizado por preferências ou aversões. Desta forma, a boa saúde oral é fator determinante para a aceitação alimentar, ao contrário da depressão, que demonstra ser um fator de modificação do apetite.

Conforme Campos; Monteiro; Ornelas (2000) citam que na terceira idade, a diminuição do consumo alimentar está diretamente relacionada a redução da sensibilidade por gostos, como doce, amargo, ácido e salgado.

Para Rauen et al (2008), o envelhecimento humano ocorre associado a muitas alterações fisiológicas, estas muitas vezes induzem ao aumento de uso de medicamentos que acabam por influenciar no apetite do idoso.

3.3 Avaliação do Estado Nutricional do Idoso

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. São necessários cuidados específicos para essa faixa etária (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008).

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.

Segundo Duthie Junior; Katz (2002), além dos métodos de avaliação supracitados, deve-se observar também as dosagens bioquímicas e as possíveis interações fármaco-nutriente.

Quanto à antropometria, é um método não-invasivo, baixo custo, fácil de ser aplicado e seguro, considerado pelo autor 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).

No que diz respeito ao peso "... é considerado o mais forte previsor de morbidade e de mortalidade em pacientes hospitalizados e institucionalizados" (DUTHIE JUNIOR; KATZ, 2002).

Quanto à circunferência do braço, Duarte (2007) cita que pode representar perda de massa magra, fato comum no envelhecimento humano, e que necessita de avaliação, para que se tenha precisão da real perda de massa magra. E no que se refere à circunferência da panturrilha, de acordo com o mesmo autor, esta pode indicar mudança de massa livre de gordura, que ocorre com a idade e com a diminuição da atividade.

3.4 Fatores de Risco para o Estado Nutricional do Idoso

De acordo com Vitolo (2008), alterações fisiológicas e anatômicas ocorridas ao longo do envelhecimento humano têm repercussão na saúde e na nutrição do idoso. Entre essas repercussões estão a redução na capacidade funcional, alterações no paladar, alterações de processos metabólicos do organismo e mudança da composição corporal.

Conforme Escott-Stump (2007), o envelhecimento humano envolve uma progressão de mudanças fisiológicas, em que ocorre perda de células e declínio dos órgãos, podendo ocorrer também diminuição da velocidade de filtração glomerular e do índice de creatinina-altura, constipação, diminuição da tolerância à glicose e ainda uma diminuição da imunidade mediada por células. Ainda sobre as mudanças

na fisiologia do idoso a autora destaca a diminuição da necessidade de calorias em relação ao metabolismo basal, para indivíduos de 50-70 anos.

Segundo Magnoni, Cukier e Oliveira (2005); Vitolo (2008) manter o estado nutricional adequado de idosos não se trata de uma tarefa fácil, devido aos fatores associados ao paciente, tais como, doenças crônicas e/ou grande número de ingestão diária de medicamentos, que acabam por interferir no apetite, no sabor e na absorção de nutrientes.

Pfrimer; Ferriolli (2008) refere que também podem ocorrer alterações devido ao uso de medicamentos, com interferência na ingestão, sabor, digestão e absorção de nutrientes.

Para Frank e Soares (2004), outros fatores podem e devem ser considerados como causadores de riscos: socioeconômicos e psicossociais, sendo que estes podem intervir na quantidade e na qualidade dos alimentos ingeridos.

De acordo com Forciea; Mourey (1998), inúmeros fatores contribuem para um quadro de desnutrição proteico-calórica nos idosos, e entre eles estão os problemas sociais sofridos, podendo comprometer a capacidade de aquisição de comida ou até mesmo o desejo de consumi-la, que podem ser reflexos de renda diminuída, isolamento social e/ou depressão. Os autores ainda relatam que a junção destes fatores e o fato do idoso se encontrar em ambiente hospitalar ou em casas de longa permanência podem agravar ainda mais seu estado nutricional.

3.5 Depressão

De acordo com Licinio; Wong (2007), depressão pode ser caracterizada como uma doença clínica complexa e comum de etiologia desconhecida, descrita há mais de dois mil anos.

Os autores relatam que na ocorrência de depressão em pessoas com 60 anos ou mais, a mesma é classificada como depressão geriátrica. Esta síndrome se refere a transtornos que variam de sintomatologia depressiva, clinicamente significativa, a síndromes depressivas.

Segundo Forlenza e Caramelli (2000), a depressão, nos estágios mais elevados da vida, é relacionada a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Citam que a probabilidade pode ser alterada pelos fatores predisponentes.

A depressão em idosos é uma síndrome heterogênea quanto a etiologia e aos aspectos relacionados ao tratamento. Assim como a depressão de adultos mais jovens, sua causa frequentemente é multifatorial, e fatores biológicos e psicossociais desempenham papel fundamental no aparecimento desse quadro. Os indivíduos idosos são expostos a vários possíveis fatores de risco que contribuem para a prevalência elevada de depressão neste grupo etário (FORLENZA; CARAMELLI, 2000, p. 209).

De acordo com Hargreaves (2006), as principais alterações cognitivas que podem ser encontradas na depressão: lentificação e alterações na flexibilidade mental.

3.5.1 Sinais e Sintomas

Segundo Holmes (2001), o indivíduo com depressão geralmente apresenta-se triste, melancólico, deprimido, e sem esperanças, além de sentir-se rejeitado, isolado e não amado. As pessoas depressivas costumam dizer que se sentem num buraco escuro e sozinhas, no qual elas não podem ser alcançadas nem podem sair.

De acordo com Terra (2007), a depressão geriátrica apresenta sintomas atípicos, o que dificulta ainda mais o seu diagnóstico.

Conforme Holmes (2001), os pacientes apresentam como primeiro sintoma a baixa auto-estima; seguido do pessimismo, característica muito comum a estes pacientes. Estes indivíduos se sentem inferiores aos demais, com sentimento de fracasso e de incompetência; havendo ainda uma terceira etapa que pode ser classificada como redutora da motivação, pois nesta etapa acreditam que não são capazes de resolver seus próprios problemas, tudo parece perdido e sem esperanças.

3.5.2 Epidemiologia

A prevalência da depressão em idosos varia de 7 a 36%, para pacientes ambulatoriais, de acordo com Hargreaves (2006), sendo que em idosos institucionalizados esta prevalência aumenta para 40%. Porém, devido às características clínicas não se pode classificar os quadros depressivos em alguns pacientes.

“A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2020, a Depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo” (TERRA, 2007, p. 93).

Segundo Duthie Junior; Katz (2002), a prevalência de depressão geriátrica varia de acordo com o meio em que o mesmo vive, desta forma vale ressaltar que o cenário em que o paciente é observado, pode influenciar na prevalência da doença.

Holmes (2001) cita que mais de 5% da população irá sofrer de depressão em alguma etapa da vida.

3.5.3 Fatores de Risco

De acordo com Freitas et al (2006), a depressão acomete principalmente mulheres, devido à liberdade que o sexo feminino tem de expressar seus sentimentos, a liberdade que tem de chorar, e a capacidade de se queixar dos sintomas. Enquanto o sexo feminino tem maior probabilidade de desenvolver distúrbios depressivos (incapacidade), o sexo masculino tem maior possibilidade de mortalidade.

Hargreaves (2006) cita que a depressão de início tardio é diferente da depressão na idade adulta. Nessa faixa etária os fatores genéticos parecem ser menos importantes, pois outros fatores são considerados de risco, como a prevalência entre indivíduos que não possuem relações interpessoais íntimas, divorciados ou ainda viúvos. Mas vale ressaltar dois fatores principais que são: fatores cerebrais orgânicos, pois a depressão de início tardio está associada a imagens que sugerem lesão vascular, em exames de ressonância magnética; outro

fator que deve ser levado em consideração é a forte ligação entre doença orgânica, medicamentos utilizados e incapacidade funcional.

3.5.4 Diagnóstico

Quanto ao diagnóstico, Terra (2007); Ramos, Neto (2000), salientam que se deve ter muita cautela para não confundir tristeza e desânimo com depressão.

De acordo com Carvalho Filho; Papaléo Netto (2000), o diagnóstico da depressão tem por objetivo agrupar as características da enfermidade, afim de melhor tratá-la e orientá-la. Porém o autor cita ainda que devido ao grande número de teorias etiológicas as mesmas acabam por não entrarem em consenso.

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

3.5.5 Tratamento

Conforme Ebert; Loosen e Nurcombe (2002), o tratamento pode ser de duas formas: Tratamento farmacológico, que é apresentado pelos autores como tratamento útil para transtorno dismítico ou depressão maior; já o tratamento não-farmacológico baseia-se em tratamento com equipes psicoterapeutas.

Para Carvalho Filho; Papaléo Netto (2000), os antidepressivos possuem eficácia semelhante à observada em pessoas mais jovens, mas vale ressaltar que devido às alterações, inerentes ao envelhecimento, há maior predisposição aos efeitos tóxicos.

De acordo com Licínio; Wong (2007), o tratamento da depressão geriátrica tem por objetivo reduzir os sintomas depressivos, bem como a ideação suicida, além de prevenir recaídas e recorrências.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento de Estudo

Esta pesquisa é classificada do tipo descritiva, com abordagem quantitativa, e período de tempo caracterizado como transversal.

Trata-se de uma pesquisa pura, pois tem por finalidade o avanço do conhecimento científico, em que o pesquisador está voltado a satisfazer uma necessidade intelectual de conhecer e compreender determinados fenômenos, sem se preocupar com a aplicabilidade imediata dos resultados (BARROS; LEHFELD,1986).

4.2 População e Amostra

A pesquisa foi realizada com uma amostra inicial de 30 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes em uma casa de repouso, no município de Criciúma, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e submeteram-se a responder o questionário Escala de Depressão Geriátrica (GDS), sendo que após análise dos resultados a pesquisa restringiu-se a apenas 14 idosos, que apresentaram sinais depressivos.

A escolha da instituição foi por modo não-probabilístico e intencional, por ser de fácil acesso a pesquisadora.

4.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão:

Os critérios de inclusão utilizados para a amostra, na primeira etapa foram: idosos residentes na instituição; com idade igual ou superior a 60 anos, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (Apêndice II). Logo após, os mesmos foram submetidos a responderem o questionário Depressão Geriátrica (GDS), em que foram avaliadas as respostas e excluídos da pesquisa os que não apresentaram sinais depressivos.

Ainda como critérios de exclusão foram considerados: idosos acamados, bem como cadeirantes, pela impossibilidade de avaliar com exatidão dados de peso e estatura, na qual seriam utilizados apenas dados estimados, o que tornaria distinta a coleta de dados, além dos que não concordaram em participar da pesquisa e que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.3 Coleta de Dados

Inicialmente, foi realizado contato pessoal com os responsáveis pela Instituição, localizada no município de Criciúma. Foram apresentados os objetivos da pesquisa, bem como a Carta de Apresentação, cedida pelo coordenador do curso de Nutrição (Apêndice I), para que a mesma pudesse ser aceita pelo responsável da Instituição, permitindo desta forma o desenvolvimento do trabalho.

Para a coleta de dados a pesquisadora entrevistou os idosos, por ser mais cômodo, uma vez que nem todos sabiam ler e escrever, e alguns apresentavam dificuldades de visão.

4.4 Instrumentos de Obtenção de Dados

Foram coletados dados demográficos, assim como dados com relação ao estado nutricional e qualidade de vida (Apêndice III).

4.4.1 Dados demográficos

A idade foi obtida em anos, a partir da data de nascimento (dia, mês e ano), observada através dos documentos de identidade de cada pesquisado, cedidos pelo responsável da instituição. A escolaridade foi obtida através de questionamento, e classificada por nível, pois nem todos recordavam com exatidão o tempo de anos de estudo. Os demais dados foram obtidos através de entrevista realizada pela pesquisadora.

4.4.2 Avaliação do Estado Nutricional

A avaliação do estado nutricional foi realizada através da Mini-Avaliação Nutricional (Anexo I) e da antropometria.

4.4.2.1 Mini Avaliação Nutricional (MAN)

De acordo com trabalho publicado por Emed; Kronbauer; Magnoni (2006), a avaliação nutricional pode detectar precocemente a desnutrição em pacientes geriátricos, que a cada dia apresenta uma preocupação nutricional. Conforme os autores, se a mesma não for diagnosticada, pode levar até mesmo à morte prematura. Para isso foi desenvolvida a Mini Avaliação Nutricional - MAN. Esta compreende 18 itens, agrupados em 4 categorias, antropometria, cuidados gerais, dieta e autonomia para alimentação própria, e por último a visão pessoal.

A Mini Avaliação Nutricional (MAN) é um inquérito que verifica estado nutricional, por meio de uma abordagem quantitativa. Consiste no registro e somatório de respostas. O instrumento é dividido em: triagem, avaliação global e avaliação do estado nutricional. A Mini-Avaliação Nutricional (Anexo I) classifica o idoso através da sua pontuação, podendo ele estar: normal, com possibilidade de desnutrição, com risco para desnutrição ou desnutrido.

4.4.2.2 Antropometria

4.4.2.2.1 Peso e Estatura

O peso foi obtido em quilogramas, utilizando-se uma balança eletrônica de precisão, marca TECH LINE[®], modelo BAL-180BR/BAL180C/. Os entrevistados apresentavam-se sem calçados, vestes leves, sem relógios, bolsas, casacos, chaveiros, carteiras e outros.

A estatura foi medida em metros, com auxílio de um estadiômetro da marca Sanny[®]. Os entrevistados encontravam-se descalços, em posição ortostática, com as costas e a parte posterior dos joelhos encostada à parede, com o olhar para o horizonte.

4.4.2.2.2 Circunferência da panturrilha

A medida da panturrilha, caracterizada como bom indicador das modificações ocorridas na massa magra, ao longo do envelhecimento humano, foi coletada com o auxílio de uma fita antropométrica, posicionada na maior circunferência da panturrilha, entre o joelho e o tornozelo, sendo que os joelhos estavam dobrados em um ângulo aproximado de 90°. A mesma foi classificada de acordo com as preconizações da OMS, em que valores inferiores a 31 cm indicam perda de massa muscular.

4.4.2.2.3 Circunferência do braço

Já a circunferência do braço foi obtida no ponto médio entre o acrômio e o olécrano da ulna (o ponto médio foi obtido com o braço flexionado em um ângulo de

90°), e após, com o braço relaxado, se obteve o resultado, com auxílio de uma fita antropométrica.

4.4.2.2.4 Índice de Massa Corporal (IMC)

A variável para analisar o estado nutricional foi o Índice de Massa Corporal (IMC), que tem como princípio a relação peso (kg) / estatura² (m²). Este método foi utilizado por não ser invasivo, de fácil execução, de baixo custo operacional, seguro, e por identificar populações de risco nutricional.

As classificações utilizadas foram os pontos de corte para avaliação do estado nutricional de idosos, de acordo com a OMS de 1998.

Pontos de corte para IMC seguido de classificação:

IMC (kg/m²)	Classificação
< 16,0	Magreza Grau III
16,0 – 16,9	Magreza Grau II
17,0 – 18,4	Magreza I
18,5 – 24,9	Eutrofia
25,0 – 29,9	Sobrepeso
30,0 – 34,9	Obesidade Grau I
35,0 – 39,9	Obesidade Grau II
≥ 40,0	Obesidade Grau III

Fonte: OMS, 1998.

4.4.3 Escala de Depressão Geriátrica

Para verificação dos sinais depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica Adaptada, de Yasavage JA, Brink, TL: *Development and validation of a geriatric depression screening scale* (HARGREAVES, 2006, p.551).

A Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale- GDS), foi utilizada por ser a mais popular para avaliar os sintomas depressivos na população geriátrica, além de ser a única desenvolvida para analisar esta população.

Seu entendimento é simples, com respostas dicotômicas do tipo sim ou não, além de ser de fácil aplicabilidade. A GDS pode ser aplicada por qualquer profissional (ANEXO II).

4.4.4 Qualidade de Vida

Um dos instrumentos desenvolvidos para avaliar a qualidade de vida na área da saúde é o questionário genérico de avaliação da qualidade de vida, denominado “*Medical Outcomes study 36-Item Short-Form Health Survey*” (SF-36). Por ser um instrumento que possibilita a obtenção de dados objetivos, sobre componentes físicos e mentais, tem sido muito utilizado na literatura mundial.

4.4.4.1 Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36)

O SF-36 foi elaborado por Ware e Sherbourne (1992) para pesquisar o estado de saúde na prática clínica e nas pesquisas em populações (ANEXO III). Esse questionário consta de múltiplos itens e tem o propósito de avaliar oito domínios, divididos em dois grandes componentes: O físico (envolve a capacidade funcional, os aspectos físicos, a dor e o estado geral da saúde) e o mental (abrange a saúde mental, os aspectos emocionais, sociais e a vitalidade).

Para avaliação de seus resultados, é dado um escore para cada questão, que, posteriormente, é transformado em uma escala de zero a cem, onde zero corresponde ao pior estado de saúde, e cem, ao melhor, sendo analisado cada dimensão em separado (Anexo IV).

4.4.5 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, na qual a mesma foi até a instituição escolhida e esclareceu aos responsáveis sobre a pesquisa, mostrando a carta de apresentação (Apêndice I), logo após a aceitação de sua pesquisa por parte dos responsáveis. Aos idosos também foi feita uma explicação de como a pesquisa aconteceria, com disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada ouvinte, e possível participante da pesquisa, para que optassem por participar ou não da amostra, partindo disso, pôde-se iniciar a pesquisa com os indivíduos que aceitaram. Em um segundo momento, os idosos que aceitaram participar (n= 30) responderam o questionário Escala de Depressão Geriátrica (Anexo II), e partindo dessas respostas foram analisados os dados para ver qual a classificação de cada idoso. Os participantes que apresentaram valor igual ou maior que seis pontos foram incluídos na amostra (n= 14), já os demais dezesseis participantes, que apresentaram pontuação igual ou menor que 5, foram excluídos da amostra. Em um terceiro momento, disponibilizou-se aos idosos, a Mini Avaliação Nutricional - MAN (Anexo I), sendo respondida ao passo que cada amostra ao terminar a MAN iniciava a responder ainda a Versão Brasileira de Questionário de Qualidade de Vida- SF36 (Anexo III). Ao término da coleta, os dados foram tabulados e repassados para o Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice III).

Por fim, foram coletados dados como: circunferência da panturrilha, circunferência do braço, estatura e peso, até que todas as informações fossem registradas, uma na sequência da outra, o que evitou cansaço por parte dos idosos, e maior exatidão, por ser um dia dedicado apenas a essas análises.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram obtidos após a aplicação de três questionários a cada indivíduo entrevistado, e ao final da pesquisa, todos os resultados foram tabulados e analisados.

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

Para a análise descritiva dos dados os resultados foram expressos como médias, desvio padrão e percentagens, utilizando o aplicativo *Microsoft Excel versão 2007* e apresentados por meio de tabelas e gráficos de acordo com as variáveis em estudo.

A análise estatística foi realizada com auxílio do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 18.0 para Windows*, com um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância $\alpha = 0,05$.

Para os dados paramétricos foram utilizados os testes t de Student independente e a análise de variância ANOVA, para os não paramétricos foi aplicado o teste qui-quadrado.

A verificação da distribuição Gaussiana dos dados quantitativos foi realizada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

4.6 Aspectos Éticos

Pelo fato de envolver seres humanos na amostra, o projeto de pesquisa número 36/2010 (ANEXO V) foi submetido e aprovado, após a avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo conhecimento de todas as etapas do estudo, com livre arbítrio para optar pela desistência de participação, a qualquer momento.

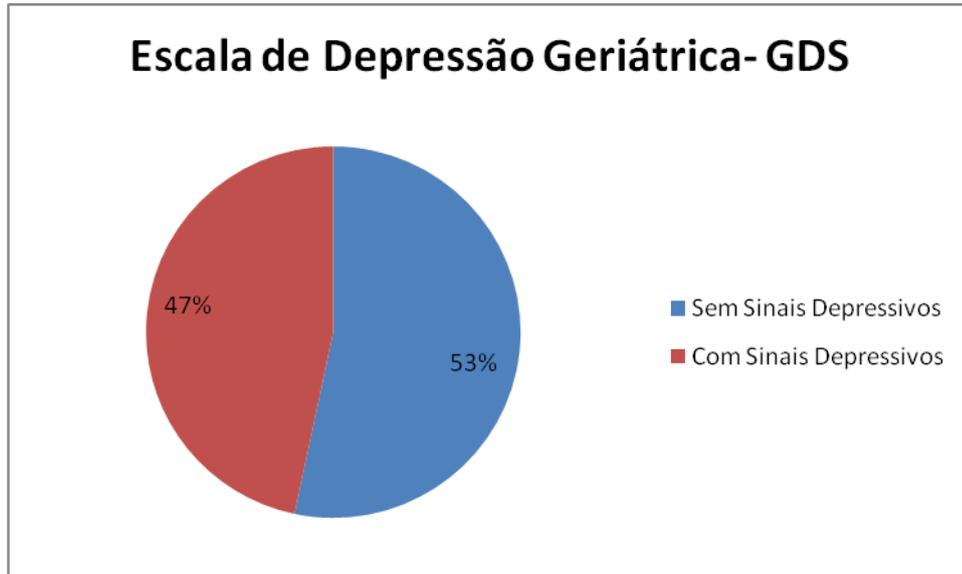
5. RESULTADOS

A Casa de Repouso, localizada no município de Criciúma - SC, atende pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que possuem ou não limitações ou patologias, porém, a amostra analisada pertence apenas aos idosos que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que responderam a GDS, totalizando assim uma amostra inicial de 30 idosos. Em uma segunda etapa, somente os idosos que apresentaram sinais depressivos (ou seja, que na Escala de Depressão Geriátrica - GDS somaram seis pontos ou mais), mantiveram-se na pesquisa, totalizando uma amostra de 14 idosos, sendo os demais 16 idosos excluídos por não apresentarem sinais depressivos.

5.1 Perfil Depressivo da Amostra Inicial

5.1.1 Escala de Depressão Geriátrica

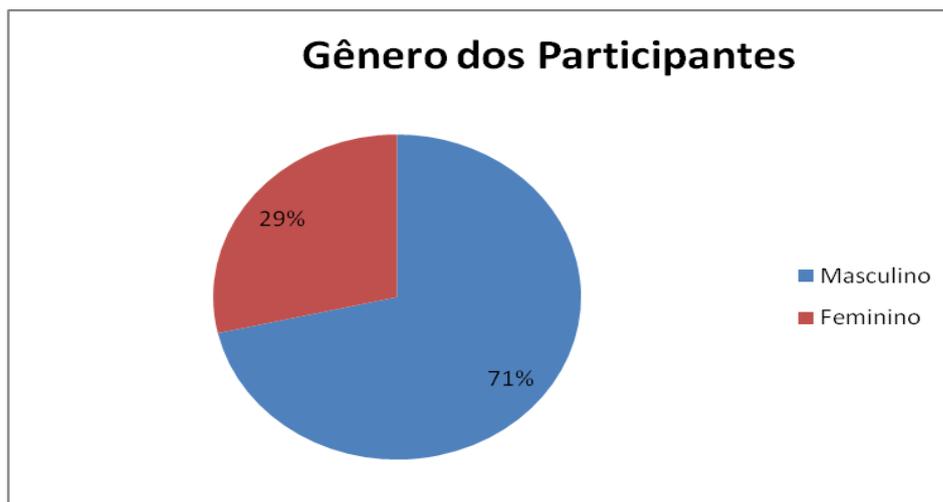
A amostra dos participantes que apresentaram sinais depressivos foi referente a 14 idosos, com idade média $74,5 \pm 8,36$ anos, conforme expresso na figura 1, exclusivamente da raça caucasiana, predominantemente do sexo masculino (n=11), enquanto o sexo feminino apresentou-se com uma pequena quantidade (n=3).

Figura 1- Escala de Depressão Geriátrica –GDS

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2 Perfil da Amostra Com Sinais Depressivos

A amostra dos participantes que apresentaram sinais depressivos foi referente a 14 idosos, com idade média $74,5 \pm 8,36$ anos, exclusivamente da raça caucasiana, predominantemente do sexo masculino, conforme expresso na figura 2.

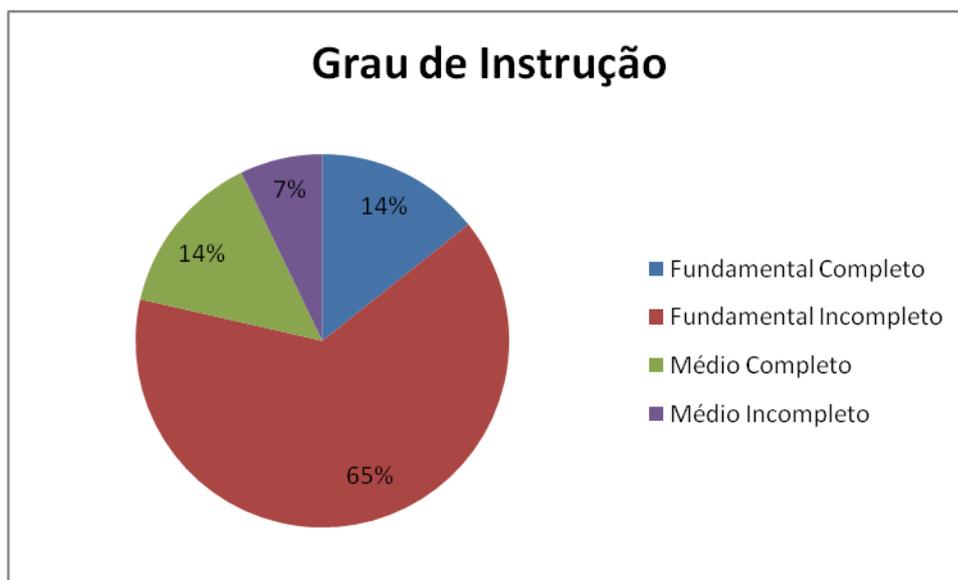
Figura 2 - Classificação da amostra de acordo com o sexo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.1 Grau de instrução

Quanto ao nível de escolaridade da amostra pôde-se perceber uma proporção mais elevada para o nível fundamental incompleto, conforme apresentado na figura 3.

Figura 3 - Grau de Instrução da Amostra



Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Em relação ao gênero, a maior escolaridade foi percebida quanto ao sexo masculino, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Escolaridade por Sexo

		Sexo dos Pacientes		
		Masculino	Feminino	Total
Escolaridade dos Pacientes	Fundamental Incompleto	7	2	9
	Fundamental	0	2	2
	Segundo Grau Incompleto	1	0	1
	Segundo Grau	2	0	2
Total		10	4	14

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.2 Idade por Sexo

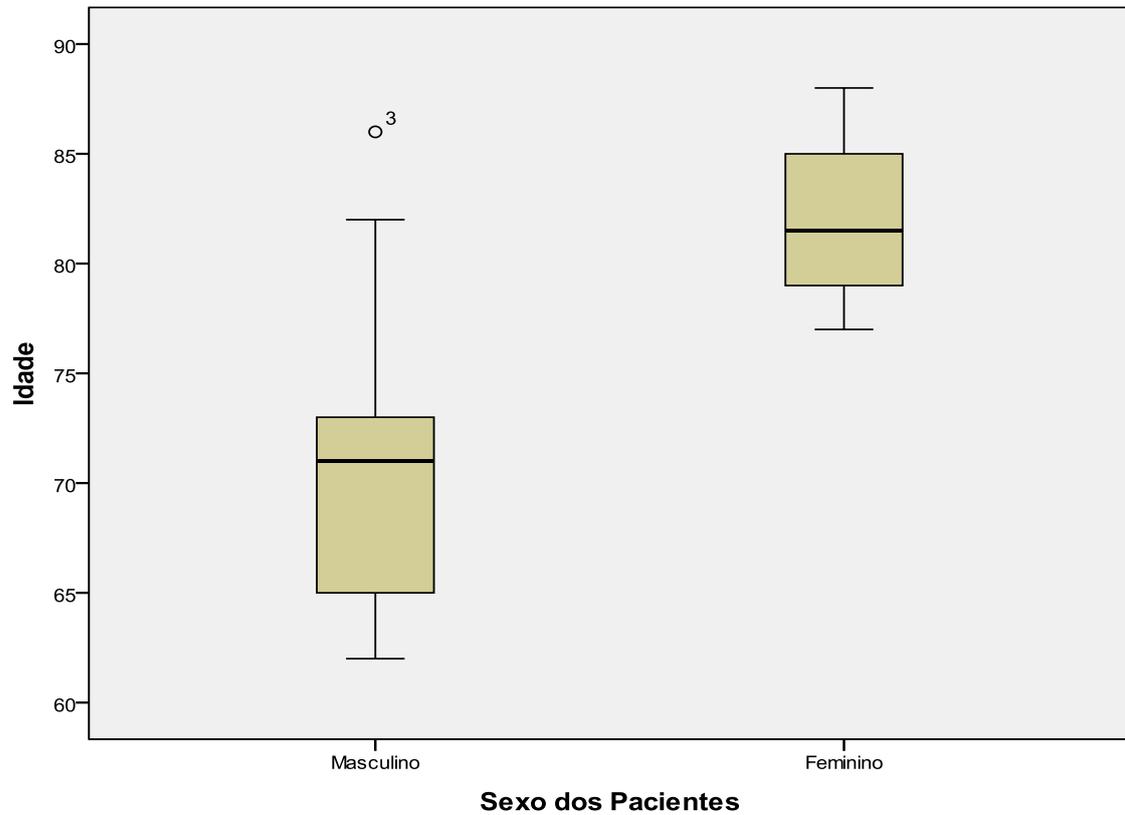
Embora a idade total dos entrevistados tenha apresentado média de 74,5 \pm 8,36 anos, quando analisado de acordo com o sexo, há evidências ao nível de significância $\alpha = 0,05$, de que o sexo feminino apresentou idade mais elevada, 82,00 \pm 4,54 anos, do que o masculino, 71,50 \pm 7,69 anos, ($p = 0,027$), além de um erro padrão bastante baixo, o que indica uma proximidade da média populacional, conforme síntese revelada na tabela 2.

Tabela 2 - Idade por sexo da amostra

	Sexo dos Pacientes	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Idade	Masculino	10	71,50	7,69	2,43
	Feminino	4	82,00	4,54	2,27

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

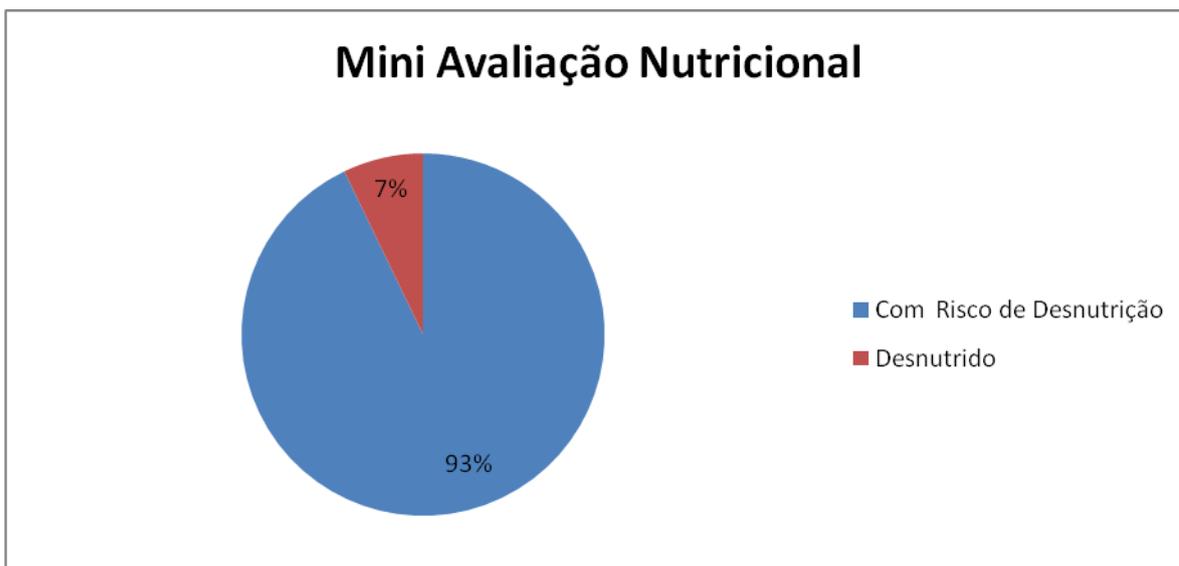
Ao continuarmos a investigação, procedemos à representação gráfica, o que revelou a existência de um idoso com idade discrepante dos demais (86 anos), enquanto que as mulheres, embora com idade mais elevada do que os homens, apresentaram uma distribuição mais uniforme, o que pode ser visualizado através da figura 4.

Figura 4 - Sexo por Idade dos Pacientes

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.3 Mini Avaliação Nutricional

Ao que diz respeito a Mini Avaliação Nutricional, observou-se, conforme o gráfico, que 93% da amostra apresentou classificação: risco de desnutrição, enquanto 7% apresentou quadro de desnutrição. Vale ressaltar ainda que nenhum membro da amostra apresentou quadro de isenção de risco nutricional (conforme figura 5).

Figura 5 - Mini Avaliação Nutricional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.3.1 Peso

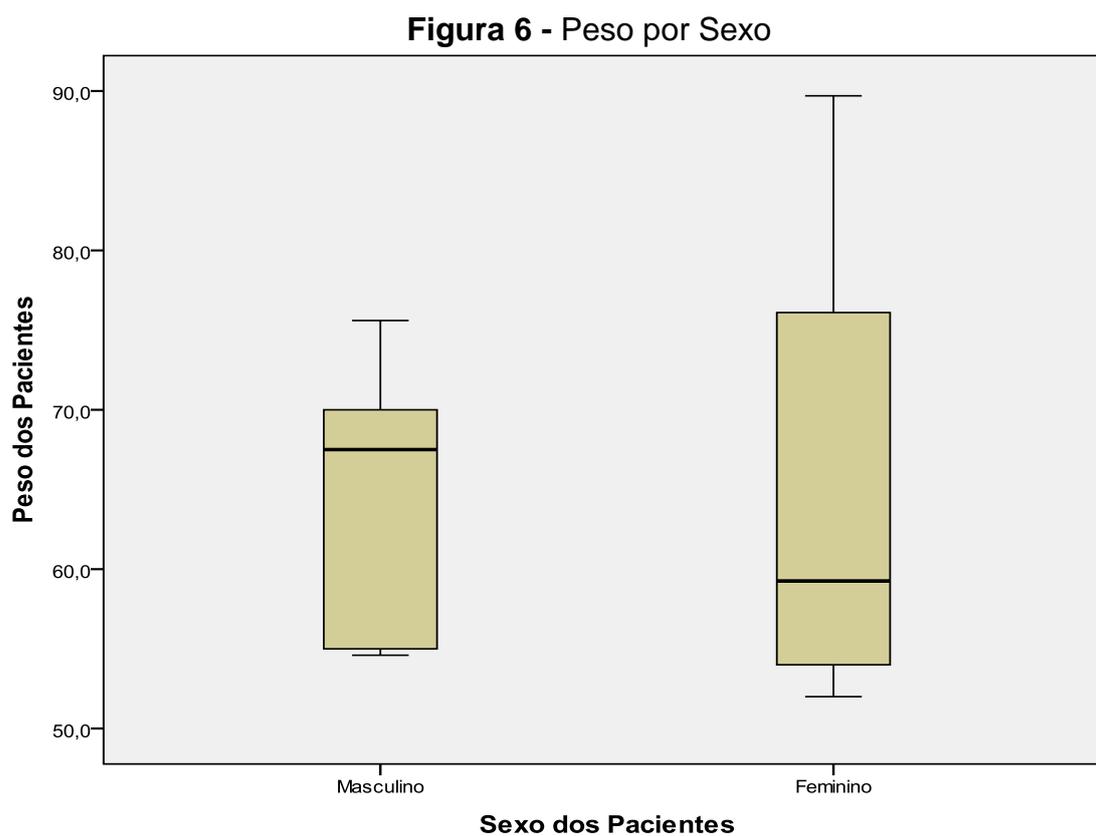
No que se refere à classificação da amostra total, pôde-se analisar uma média de $65 \pm 10,40$ quilogramas (Kg).

Quando analisado de acordo com o gênero da amostra, não houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,99$) do peso dos idosos em relação ao gênero, uma vez em que a média de peso do sexo masculino foi de $64,97 \pm 7,77$, apresentando um erro padrão relativamente baixo, o que pode revelar uma maior proximidade da média populacional, e das mulheres $65,05 \pm 16,99$ quilogramas (Kg), com erro padrão elevado o que considera maior distância da realidade populacional, conforme a tabela 3 e a figura 6.

Tabela 3 - Peso da amostra conforme o gênero

	Sexo dos Pacientes	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Peso dos Pacientes	Masculino	10	64,97	7,74	2,45
	Feminino	4	65,05	16,99	8,49

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.



Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Quando se fez a comparação da média de peso dos idosos entre os grupos Eutrofia, Obesidade I e Obesidade II percebeu-se que a diferença foi significativa ($p = 0,008$), o que ao investigar-se os grupos em pares revelou diferença significativa entre idosos com Eutrofia e Obesidade grau II ($p = 0,006$) Obesidade grau I e Obesidade grau II ($p = 0,040$).

Tabela 4 - Peso dos Pacientes por classificação de IMC

(I) Diagnóstico de IMC dos Pacientes	(J) Diagnóstico de IMC dos Pacientes	Diferença		
		Média (I-J)	Erro Padrão	P
Eutrofia	Obesidade I	-5,7429	4,2626	,400
	Obesidade II	-22,9929*	5,8368	,006
Obesidade I	Eutrofia	5,7429	4,2626	,400
	Obesidade II	-17,2500*	6,0907	,040
Obesidade II	Eutrofia	22,9929*	5,8368	,006
	Obesidade I	17,2500*	6,0907	,040

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.3.2 Estatura

Quanto à estatura pôde-se observar uma média geral da amostra de $157,9 \pm 9,52$ cm, enquanto, conforme o sexo observou-se uma média de $161,1 \pm 7,4$ cm para o sexo masculino e $149,75 \pm 10,68$ cm para o sexo feminino, de acordo com o ilustrado na tabela 5.

Tabela 5 - Estatura por sexo

Sexo dos Pacientes		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
Estatura dos Pacientes em Centímetros	Masculino	10	161,10	7,40	2,34
	Feminino	4	149,75	10,68	5,34

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.3.4 IMC

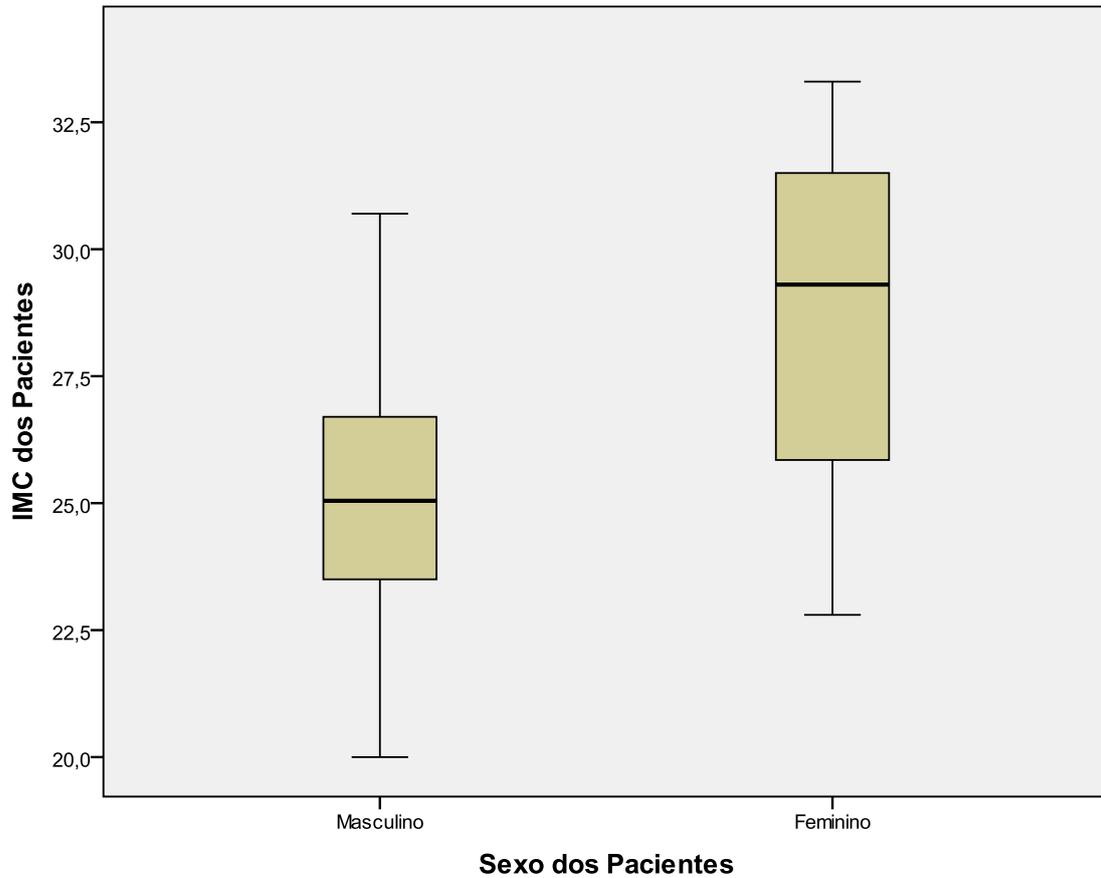
No que se refere a IMC, quando relacionado à amostra, obteve-se como média geral $26,11 \pm 3,96$ DP, classificando assim um quadro de sobrepeso. No entanto, quando descritos por sexos específicos, observou-se uma média de $25,09 \pm 3,50$ DP para o sexo masculino, enquanto para o sexo feminino foi obtido uma média de $28,67 \pm 4,35$ DP (conforme ilustra a tabela 6), confirmando em ambos os sexos uma classificação de sobrepeso (figura 7).

Quanto à classificação de IMC propriamente dita, observou-se um maior número de casos de Eutrofia no sexo masculino, atingindo um valor de 60%, seguido de 30% classificados como Obesidade Grau I e 10% de Obesidade grau II (figura 8), considerando um erro padrão de 1,10. Já no sexo feminino houve um predomínio de Obesidade grau I com valor de 50%, seguido de 25% de Eutrofia e 25% de Obesidade grau II (figura 9), com erro padrão de 2,17.

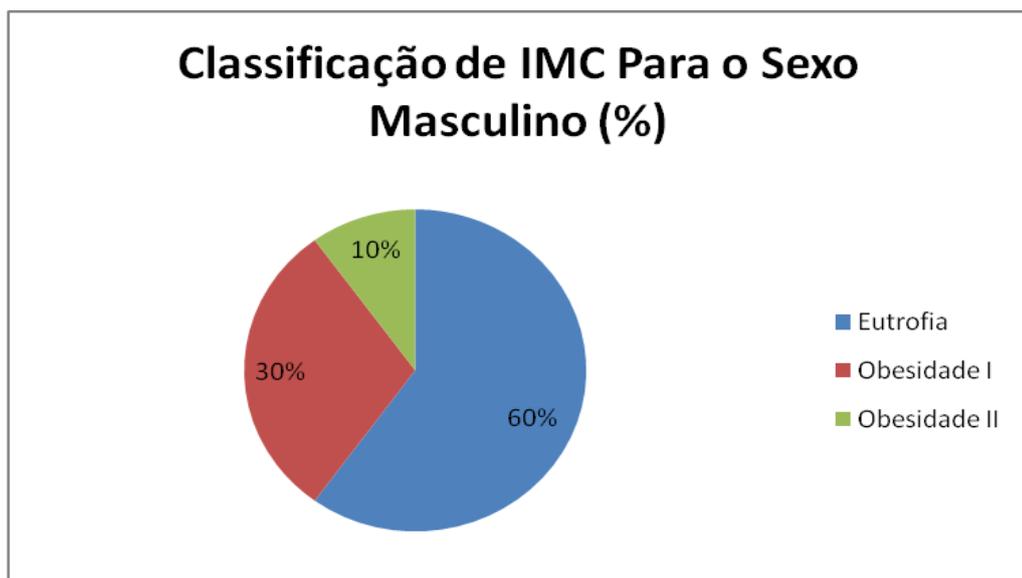
Tabela 6 - IMC por Sexo

Sexo dos Pacientes		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão
IMC dos Pacientes	Masculino	10	25,09	3,50	1,10
	Feminino	4	28,67	4,35	2,17

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

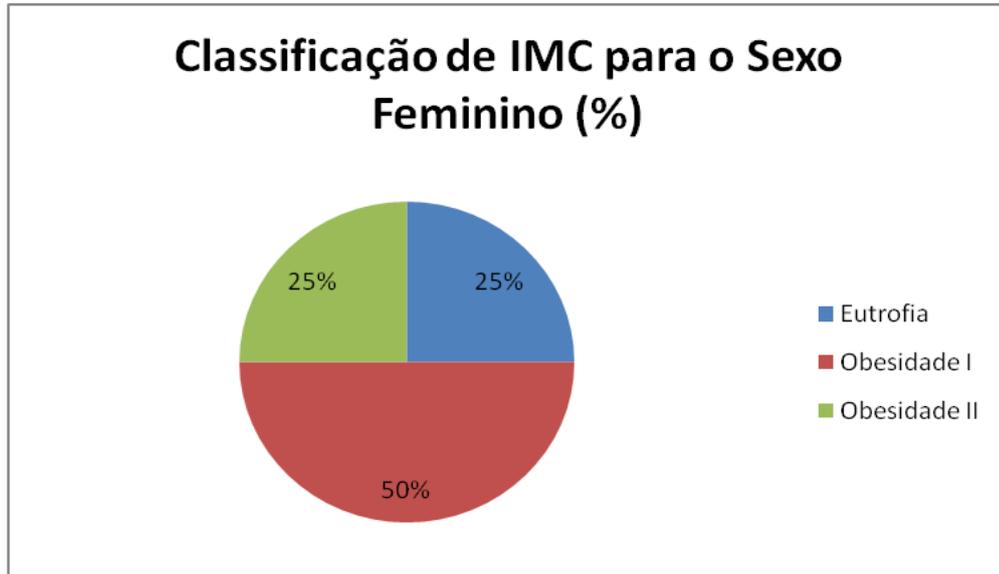
Figura 7 - IMC por Sexo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Figura 8- Percentagem por classificação de IMC para o sexo masculino

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

Figura 9- Percentagem por classificação de IMC para o sexo feminino

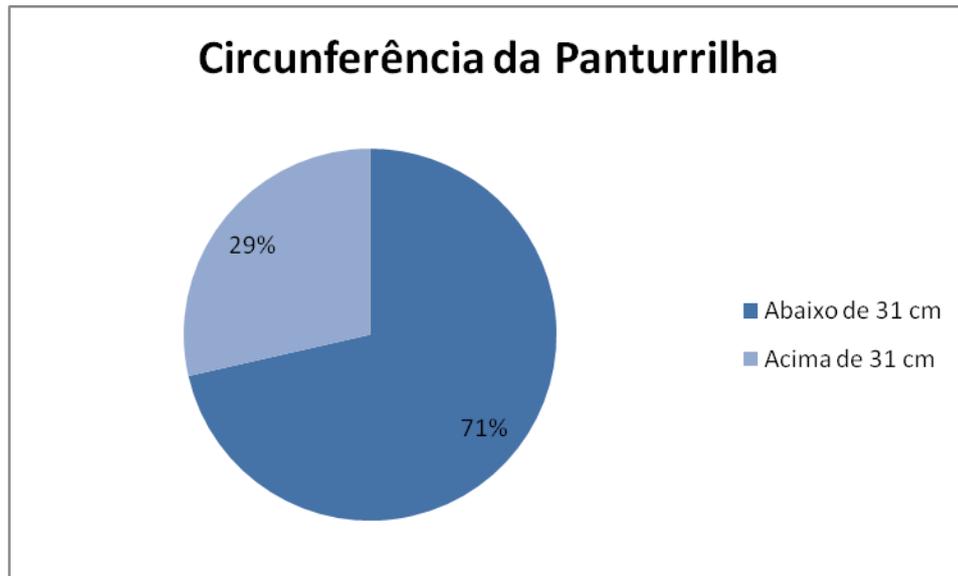


Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.3.5 Circunferência da Panturrilha

Quanto à circunferência da panturrilha, observou-se, conforme a figura 11, que houve um valor de 71% abaixo de 31 centímetros (conforme figura 10), o que indica perda de massa magra, conforme preconização da OMS.

Houve um maior valor em ambos os sexos para circunferência da panturrilha menor que 31 centímetros, conforme a tabela 7.

Figura 10 - Circunferência da Panturrilha

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

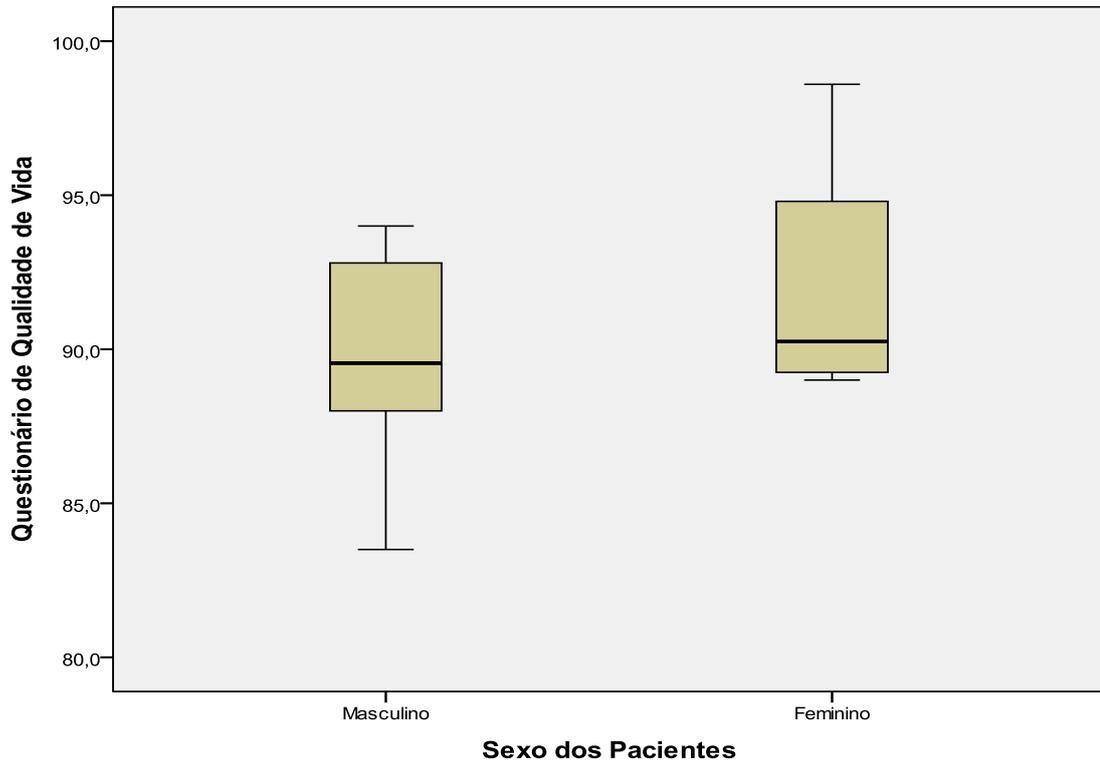
Tabela 7 - Circunferência da Panturrilha Conforme Sexo

		Circunferência da Panturrilha dos Pacientes		
		Menor que 31cm	Maior que 31cm	Total
Sexo dos Pacientes	Masculino	7	3	10
	Feminino	3	1	4
Total		10	4	14

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4 Questionário de Qualidade de Vida SF-36

No que diz respeito ao Questionário de Qualidade de Vida, obteve-se uma média de $90,29 \pm 3,79$ DP, observando ainda, conforme a figura 11, uma maior pontuação neste quesito por parte do sexo feminino, com uma mediana de 90, ao passo que o sexo masculino teve mediana de 89.

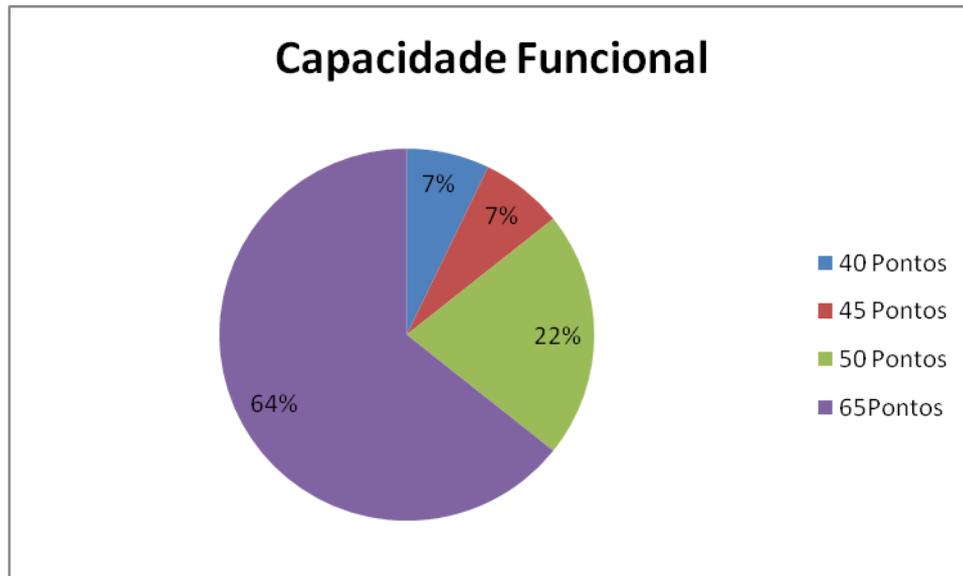
Figura 11 - Questionário de Qualidade de Vida SF-36 de acordo com o sexo

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.1 Capacidade Funcional

No que se refere à capacidade funcional, atingiu-se uma média de $58,57 \pm 9,29$ pontos, representando dessa forma uma pontuação média para esse quesito, no qual sua variável seria de 0 a 100 pontos sendo que 100 representaria o melhor da capacidade funcional.

Quando observada a figura 12, percebe-se que houve uma pontuação baixa, sendo que 7% apresentaram 40 pontos, 7% apresentaram 45 pontos, 22% apresentaram 50 pontos e 64% apresentaram 65 pontos, o que representaria o melhor valor obtido neste quesito.

Figura 12 - Capacidade Funcional

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.2 Limitação por Aspectos Físicos

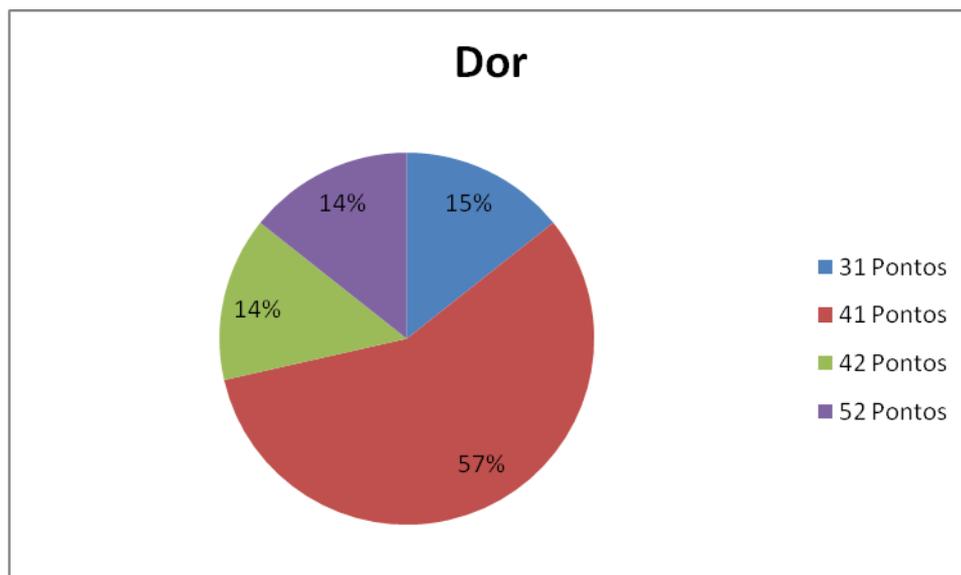
Quanto às limitações por aspectos físicos houve uma prevalência de 100% de apresentação de 50 pontos, o que representa um valor médio quanto ao quesito analisado.

5.2.4.3 Dor

Quanto ao domínio dor, observou-se uma pontuação ruim, apresentando uma média de $42,29 \pm 7$ ponto, ou seja, o valor obtido não ultrapassou 50% do valor máximo, representando desta forma, que este domínio pode estar atuando com força na qualidade de vida da amostra.

Pode-se observar ainda, conforme a figura 13, que o valor máximo atingido pela amostra é de 52 pontos, pouco mais do valor médio.

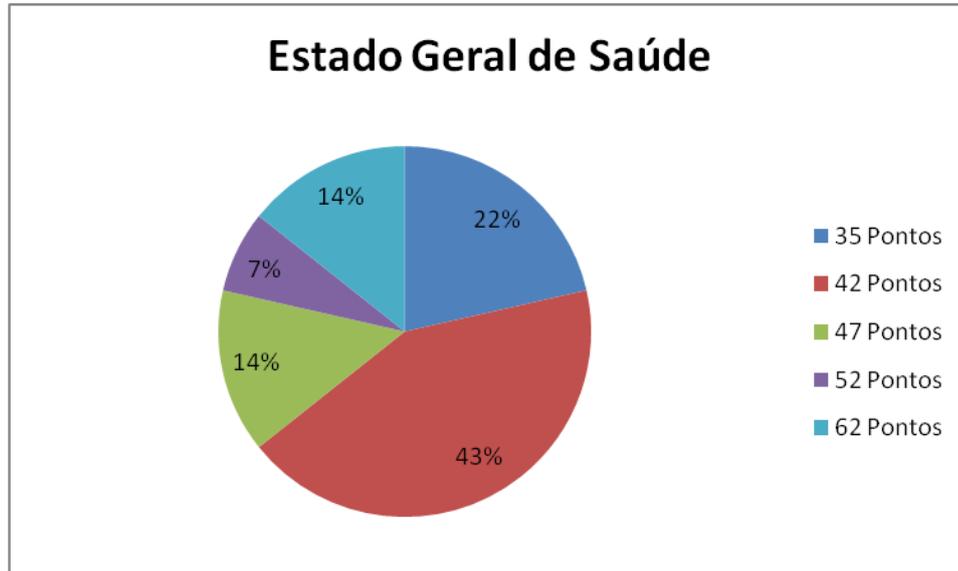
Figura 13 - Dor



Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.4 Estado Geral de Saúde

Quanto ao domínio Estado Geral de Saúde, observou-se uma média de $44,79 \pm 8,72$ pontos, representando dessa forma uma baixa pontuação, no qual 43% da amostra atingiu 42 pontos, caracterizando assim um domínio preocupante, já que apenas 14% da amostra apresentou 62, sendo a melhor pontuação atingida nesse quesito, conforme ilustrado na figura 14.

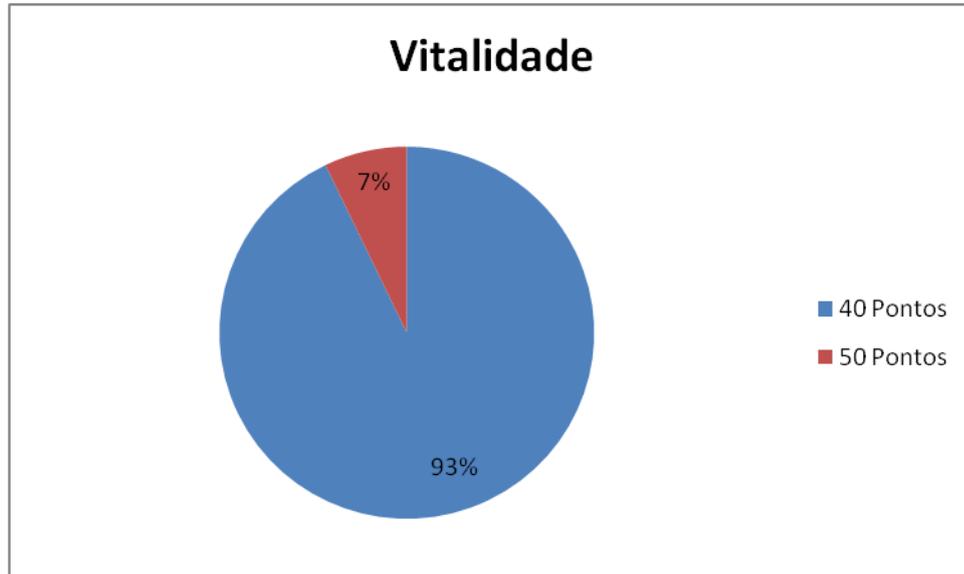
Figura 14 - Estado Geral de Saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.5 Vitalidade

Quanto à vitalidade, analisou-se que este foi um dos valores mais baixos obtidos em ambos os domínios, apresentando uma média de $40,71 \pm 2,67$ pontos.

Observando a figura 15 pode-se verificar que houve apenas duas pontuações, sendo essas 40 e 50 pontos. Considerando que os valores mínimo e máximo, variam entre 0 (zero) e 100 (cem), respectivamente, sendo o mínimo a pior classificação e o valor máximo classificado como a melhor pontuação, os valores encontrados recebem classificação de pontuação média.

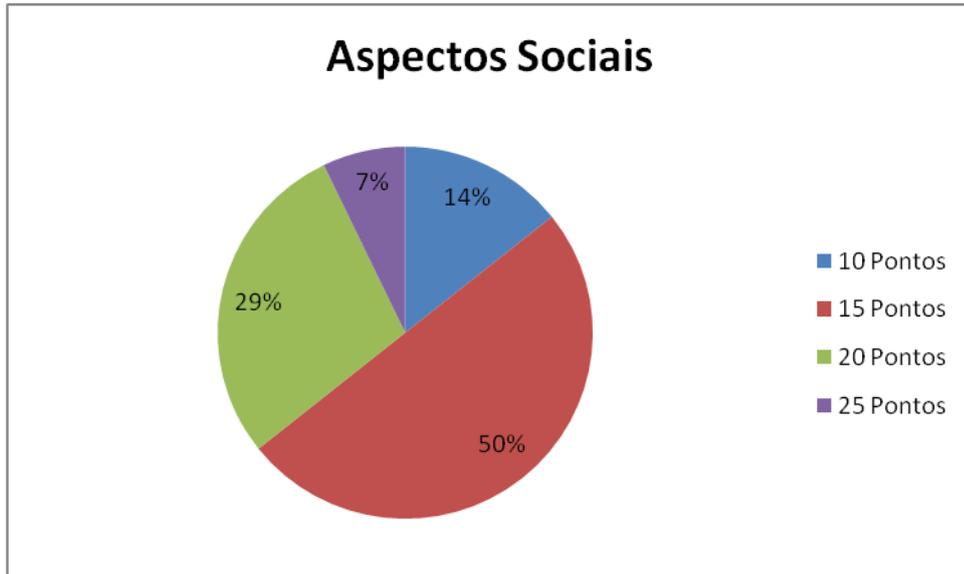
Figura 15 - Vitalidade

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.6 Aspectos Sociais

Conforme ilustrado na figura 16, percebeu-se o índice mais baixo de todos os domínios analisados, sendo que a pontuação máxima obtida foi de 25 pontos, porém houve uma prevalência maior de 15 pontos, apresentando 50% da amostra.

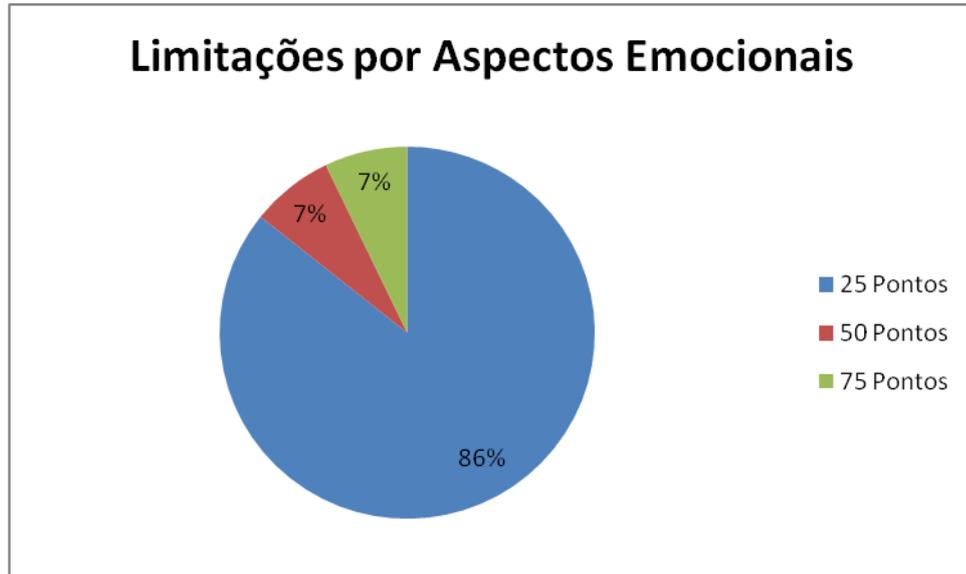
Vale ressaltar ainda que a média obtida foi de $15 \pm 4,13$ pontos, significativamente baixo quando analisando os valores mínimo e máximo (0-100).

Figura 16 - Aspectos Sociais

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.7 Limitações por Aspectos Emocionais

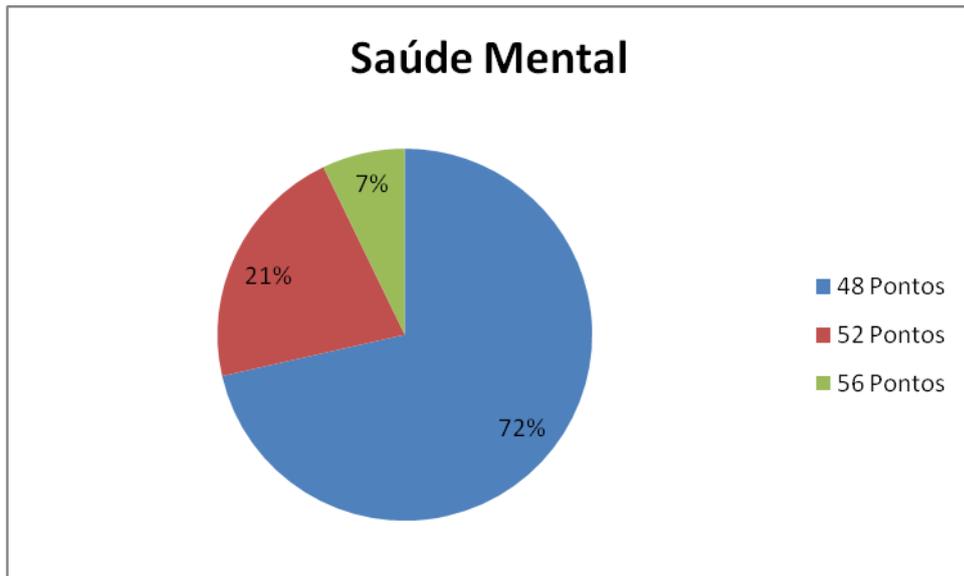
Quanto ao domínio limitações por aspectos emocionais, obteve-se uma média de $30,36 \pm 14,47$ pontos, porém, quando analisado de acordo com a figura 17, percebeu-se que houve uma maior prevalência do valor mais baixo obtido, sendo o mesmo valor de 25 pontos.

Figura 17 - Limitações por Aspectos Emocionais

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

5.2.4.8 Saúde Mental

No que diz respeito à saúde mental, atingiu-se uma média de $49,43 \pm 2,53$ pontos, apresentando dessa forma um resultado médio, pois os três resultados encontrados não sofreram muita variação, demonstrando, de acordo com o ilustrado na figura 18, um valor mínimo de 48 pontos e valor máximo de 56 pontos.

Figura 18 - Saúde Mental

Fonte: Dados da pesquisa, 2010.

6. DISCUSSÃO

No que se refere ao envelhecimento humano, nos países em desenvolvimento, o mesmo é caracterizado por um processo que ocorre de forma gradativa e em conjunto com melhorias nos sistemas de saúde, habitação, trabalho e alimentação, contribuindo desta forma para que se tenha uma população idosa saudável. A respeito disso torna-se importante mencionar os dados levantados pelo Censo 2000, que demonstrou uma população de aproximadamente 15,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil. Vale ressaltar sobre a importância dos cuidados voltados a esse grupo de pessoas, uma vez que poucos estudos são realizados com essa população, e deve-se enfatizar que a realização de mais pesquisas poderia colaborar significativamente para o tratamento e recuperação de doenças, favorecendo um viver com mais qualidade para esta população.

Com isso, faz-se necessário que se dê a devida importância a transtornos psiquiátricos, quando a população atingida compreende o grupo dos idosos, com referência a Depressão Geriátrica, que está entre as patologias que mais atinge essa população, e, quando não tratada adequadamente, pode trazer sérios agravos à saúde do idoso.

Tendo como base os dados apresentados, propõem-se o presente estudo, que teve por objetivo a avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em asilo e portadores de depressão, avaliando ainda o quanto esta patologia pode influenciar na qualidade de vida dos mesmos.

Em estudo publicado por Siqueira et al, (2009) em que se analisou a prevalência de sintomas depressivos, através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, observou-se uma prevalência de 51% da amostra com sinais depressivos. Cheloni et al, (2003), em estudo semelhante, com objetivo principal de avaliar a prevalência de depressão geriátrica em idosos residentes em instituição, 51% da amostra total apresentou depressão. Dados como esses podem ser analisados conforme o presente estudo, no qual a instituição pesquisada apresentou uma prevalência de 47% de sinais depressivos, conforme a Escala de Depressão Geriátrica.

Conforme estudo realizado por Ferrari; Dalacorte (2007) com idosos internados em hospital, com objetivo principal de avaliar a prevalência de depressão,

o perfil da amostra apresentou idade média de 80 anos, sendo 32% do sexo masculino e 68% do sexo feminino. Um trabalho realizado por Carneiro et al (2007), que objetivou investigar as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão de idosos de uma Universidade, a pesquisa teve 75 participantes, sendo 63 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idade variando entre 61 e 95 anos. Já em estudo apresentado por Carneiro et al, (2007), houve uma prevalência maior do sexo masculino do que do sexo feminino, dados estes que corroboram com o presente estudo.

Em estudo realizado por Pereira et al, (2006), na cidade de Teixeiras-MG, onde pesquisou 211 idosos, que teve por objetivo avaliar a qualidade de vida, no que diz respeito a escolaridade dos idosos observou-se que 71,1% têm menos de 4 anos de estudo. De acordo com dados do IBGE a porcentagem da população brasileira, em 2003, era de 57,9% de idosos com menos de 4 anos de escolaridade. Conforme estudo elaborado por Vivan; Argimon (2009), realizado na cidade de Porto Alegre- RS, que teve como principal objetivo verificar as estratégias de *coping* utilizadas pelos participantes e a existência de associação entre o uso das estratégias e variáveis como: sintomas depressivos, sexo, escolaridade, idade, estado civil e percepção da saúde, a média de escolaridade encontrada foi de 6,53 anos. Dados estes semelhantes a presente pesquisa, onde 56% da amostra estudou por um período menor de 8 anos.

De acordo com estudo elaborado por Siqueira et al, (2009) em Jabotão dos Guararapes - PE, que teve como objetivo determinar a prevalência de depressão em moradores de um abrigo no município, pôde-se observar uma média de idade para o sexo masculino de 74 anos, enquanto para o sexo feminino de 79 anos. Menezes e Marucci (2005), em seu estudo, propuseram fornecer informações antropométricas e de composição corporal de 305 idosos residentes em instituições geriátricas, com uma média de idade de 75,9 anos (DP=9,5), sendo 73 anos (DP=8,7) para os homens e 77,2 anos (DP=9,5) para as mulheres. Desta forma pode-se observar que o presente estudo detectou uma maior média de idade para o sexo feminino, assim como nos demais estudos a média de idade para as idosas é significativamente maior do que quando comparada ao sexo masculino.

Em trabalho elaborado no município de Curitiba- PR, que avaliou residentes de uma casa de repouso na Cidade, publicado por Emed; Kronbauer; Magnoni (2006), com análise de ambos os sexos, houve uma maior prevalência de

casos em risco de desnutrição 61%(n=69), seguido de 33%(n=38) que encontravam-se eutróficos e 6% (n=7) desnutridos. Conforme estudo realizado por Azevedo et al, (2007), a prevalência de desnutrição e risco de desnutrição protéico calórica foi de 10,8% (28) e 49,8% (129), respectivamente. Constatou-se que o número de idosos classificados com risco de desnutrição e desnutridos foi maior entre as mulheres e em idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Em pesquisa realizada por Santos; Sichieri (2005), verificou-se que entre os avaliados, 6% encontravam-se desnutridos, 66% encontravam-se com risco de desnutrição e 28% em estado de normalidade, fora de risco eminente. Desta forma pode-se perceber que neste quesito houve também a validação dos resultados obtidos, uma vez que o presente estudo apresentou uma maior prevalência de risco de desnutrição.

De acordo com estudo aplicado por Emed; Kronbauer; Magnoni (2006), a média de peso foi maior para os homens ($62,98 \pm 13,96$ Kg) do que para mulheres ($58,50 \pm 12,16$ Kg). Ainda sobre o assunto Menezes; Marucci (2005) em estudo realizado em Fortaleza, indica uma média de peso para os idosos pesquisados de $57,0 \pm 12,8$ Kg para o sexo masculino e de $50,4 \pm 12,7$ Kg para o sexo feminino. Quanto ao peso dos pesquisados pode-se observar que a população feminina presente na amostra atual apresentou uma média de peso elevada quando comparada aos demais estudos, porém vale ressaltar que para o sexo masculino a média de peso encontrada nos estudos publicados tornou-se próxima da pesquisa atual.

Em estudo realizado por Emed; Kronbauer; Magnoni (2006), realizado em casas de repouso de Curitiba, teve por objetivo realizar uma triagem nutricional e contou com uma amostra de 114 idosos, observou-se uma média para estatura do sexo masculino de $1,65 \pm 0,09$ metros, em contrapartida $1,54 \pm 0,08$ para o sexo feminino. Conforme estudo realizado por Santos; Sichieri (2005), quanto à estatura dos idosos observou-se uma média de 1,67m para o sexo masculino e 1,55m para o sexo feminino. Já no que diz respeito ao presente estudo pôde-se observar que a amostra do sexo feminino apresentou uma menor média de estatura quando analisado os demais estudos, bem como o sexo masculino que apresentou uma estatura abaixo das demais médias encontradas.

Em estudo realizado na cidade de Salvador-BA no período de 2001-2004 por Duarte; Rego (2007) que teve por objetivo investigar a associação entre doenças crônicas e depressão em idosos de um ambulatório de referência da cidade,

observou-se uma média de IMC de $25,1 \pm 4,6$ Kg/m². Em outro estudo, publicado por Santos; Sichieri (2005), que teve como objetivo principal avaliar o estado nutricional de idosos no Rio de Janeiro, observou-se um IMC médio para o sexo masculino de 25,2, já para o sexo feminino uma média de 26,3, o que indica peso acima do recomendado para ambos os sexos. Em estudo realizado por Salvati; Paraná (2008) que decidiu traçar o estado nutricional de idosos residentes em um abrigo no município de Curitiba, constatou-se uma percentagem de 28,5% dos idosos institucionalizados que apresentaram o IMC menor que 22 Kg/m², sendo considerados desnutridos. Desta forma vale ressaltar que tanto no presente estudo como nos demais citados pôde-se verificar que em ambos os sexos foi observado um valor de IMC elevado nos residentes em instituições de longa permanência.

Quanto à classificação de IMC em estudo realizado por Borba; Wolff; Liberali (2007), que avaliou o perfil antropométrico e alimentar de idosos institucionalizados de Blumenau- SC, foi possível observar que 28,5% dos idosos institucionalizados apresentaram o IMC menor que 22 Kg/m², sendo considerados desnutridos. Em outro estudo publicado por Campos et al, (2006), que teve por objetivo descrever o perfil nutricional e fatores associados dos idosos brasileiros, utilizando dados do IBGE 1996/1997 onde foi avaliado um total de 1519 idosos, pôde-se observar uma prevalência de eutrofia 50,4%, seguido de 32,3% de sobrepeso, 11,6% obesidade e 5,7 baixo peso. Em estudo apresentado por Duarte; Rego (2007), que objetivou investigar a relação entre doenças crônicas e depressão de idosos de um ambulatório de referência na cidade de Salvador - BA, contou com uma amostra de 1120 idosos, observou-se a prevalência de eutrofia (n=572), seguido de casos de obesidade (n=273) e desnutrição (n=198). Já em trabalho apresentado por Menezes; Marucci (2005), que teve por princípio fornecer informações antropométricas e da composição corporal de idosos residentes em instituições geriátricas, sugere-se que a idade aparece como um fator importante para determinação das variáveis, pois quanto mais elevada a idade, menor é o índice de massa corporal dos idosos pesquisados. Quando relacionado o sexo masculino o presente estudo encontra-se adequado com os estudos citados, uma vez que houve uma prevalência de eutrofia na amostra, já no que diz respeito ao sexo feminino foi possível observar uma prevalência maior de obesidade.

Conforme Rauen et al (2008), que realizou trabalho com o objetivo de identificar o perfil antropométrico de idosos institucionalizados no município de

Florianópolis-SC, onde contou com uma população de 232 idosos residentes em instituições geriátricas, pôde-se verificar que quando referido os valores de circunferência da panturrilha tanto para o sexo feminino quanto sexo masculino verificou-se que conforme a média encontrada, ambos os sexos não apresentaram depleção de massa magra, de acordo com o preconização da OMS, que relaciona perda de massa magra à valores de CP <31 cm. Quando se volta ao presente estudo podemos observar que houve uma prevalência de valores abaixo da preconização feita pela OMS, que é de valores de CP abaixo de 31cm.

Em trabalho publicado por Pimenta et al (2008), com 86 participantes aposentados residentes em Belo Horizonte-MG, verificou-se que entre os participantes, aqueles que eram viúvos ou residiam sozinhos, apresentavam uma qualidade de vida inferior. Na mesma linha de pesquisa, Pereira et al, (2006), realizou estudo no município de Teixeiras-MG com idosos usuários do serviço PSF da cidade, e teve por objetivo analisar a influência dos domínios da qualidade de vida (SF-36). Ao término da pesquisa verificou-se que a qualidade de vida dos idosos está diretamente relacionada às condições de moradia, atividade física e estilo de vida, uma vez que grande parte da amostra eram trabalhadores agrícolas, fato que pode, de certa forma, ter contribuído para uma melhor pontuação nos domínios de qualidade de vida. Já na presente pesquisa, a qualidade de vida foi inferior, resultado que pode ter relação com a residência dos idosos numa instituição de longa permanência.

No presente estudo quando avaliado o Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) em geral, pôde-se observar um valor alto considerando que o valor atingido chegou próximo ao valor máximo, classificando dessa forma uma boa qualidade de vida. Quanto aos quesitos analisados pôde-se verificar que os domínios: Capacidade funcional, dor, saúde mental, vitalidade, estado geral de saúde e limitação por aspectos físicos classificaram-se como regulares para qualidade de vida. Já no que diz respeito aos quesitos: aspectos emocionais e aspectos sociais, pode-se classificá-los com valores baixos, fato que pode prejudicar diretamente a qualidade de vida dos entrevistados.

Conforme Néri (1993) apud Pereira et al, (2006), a qualidade de vida está diretamente relacionada ao estilo de vida de cada pessoa, bem como a prática de atividades. Pimenta et al, (2008), também propõe que a prática de exercícios físicos está relacionada a uma boa qualidade de vida. Desta forma vale ressaltar que os

idosos quando pesquisados não possuíam o hábito nem os equipamentos necessários para a prática regular de exercícios físicos, esses apenas contavam com o atendimento fisioterapêutico regular, que conforme a preconização de alguns autores pode ter sido um fator importante para o resultado obtido quanto à qualidade de vida dos mesmos.

7. CONCLUSÃO

Sabe-se que nos dias atuais a expectativa de vida encontra-se elevada, porém, para garantir a continuidade desta expectativa, torna-se necessário que se alcance um envelhecimento saudável, ausente de transtornos emocionais, sociais ou psíquicos, uma vez que o processo de envelhecimento está estreitamente ligado aos distúrbios fisiológicos, causando comprometimento da deglutição, locomoção, nutrição, entre outros.

Partindo disso faz-se necessário que mais estudos sejam direcionados a população geriátrica, para que profissionais, familiares e/ou cuidadores saibam ao certo o que fazer quando um idoso é acometido por uma patologia.

Atualmente tem-se conhecimento de que a depressão está cada vez mais presente na vida das pessoas, talvez isso se deva a rotina acelerada da atual sociedade, porém o tratamento necessário deve ser realizado, uma vez que a depressão esteja presente. No momento em que os idosos são acometidos por esta doença os cuidados devem ser redobrados, pois este grupo é muito mais susceptível, sendo muito comum a tristeza ou infelicidade por parte dos mesmos o que muitas vezes acabam por mascarar o diagnóstico ou percepção da doença pelos cuidadores, fato que reforça a necessidade de avaliações especiais.

Desta forma a depressão geriátrica ainda é uma patologia pouco discutida, porém com impactos relevantes na vida social do idoso. Inúmeros fatores contribuem para essa patologia, como por exemplo: as condições de moradia, saúde, viuvez, institucionalização, entre outros. Portanto especialmente nesta faixa etária é necessário monitoramento e tratamento, uma vez que seja bem possível que estes pacientes já tenham vivido pelo menos um desses eventos.

Portanto, conforme descrito no início do trabalho, surgiu a hipótese de descrever o perfil nutricional de pacientes com depressão geriátrica institucionalizados, e por fim seguem as conclusões obtidas: conforme análise realizada por meio da MAN podemos perceber que a maioria dos idosos apresentavam risco de desnutrição, já, quando avaliados conforme IMC pode-se constatar uma prevalência de sobrepeso, o que se torna contraditório. No entanto, deve-se fazer monitoramento, uma vez que apresentaram sinais depressivos, e, estes sinais devem ser vistos apenas como suposições, com necessidade de análise

individual, pois os mesmos podem estar fazendo uso de medicamento que mascaram o real estado nutricional. Ainda com referência ao estado nutricional, podemos verificar que a maioria dos idosos avaliados apresentaram CP menor que 31cm o que indica uma depleção de massa magra, aproximando-se assim do diagnóstico cedido pela MAN.

E no que se refere à qualidade de vida dos idosos, podemos classificar a mesma como regular, uma vez que somente alguns domínios aproximaram-se do valor máximo, dando ênfase ao domínio capacidade funcional que os pacientes apresentaram o valor mais próximo do ideal, ou seja, apesar de apresentarem depressão os mesmos deveriam estar continuamente desenvolvendo sua capacidade, de modo que se acomodaram ou não receberam estímulo de desenvolvimento, podem agravar ainda mais o quadro depressivo.

Portanto conclui-se que os idosos pesquisados apresentaram perfil depressivo de acordo com a GDS, com risco de desnutrição conforme a MAN, e sobrepeso conforme IMC, com depleção proteica de acordo com CP e qualidade de vida regular conforme SF-36. Partindo desses “diagnósticos” torna-se importante o acompanhamento multidisciplinar, bem como familiar, para que esses casos não se agravem ainda mais. O que se pôde supor com o diagnóstico de sobrepeso, além do tratamento medicamentoso, é a importância do acompanhamento de toda a equipe da instituição, não permitindo que os idosos omitam as refeições. Outro fator importante para o diagnóstico de sobrepeso é a falta de um profissional de nutrição na instituição, tanto para o acompanhamento nutricional dos idosos bem como para a elaboração de cardápios baseados nas necessidades dos residentes.

Podendo concluir dessa forma que a existente relação entre depressão e estado nutricional da amostra foi referente a um quadro de sobrepeso com risco para desnutrição, sugerindo novamente a supervisão de um profissional de nutrição para que possa assegurar a quantidade necessária diária de nutrientes para esta população, a fim de que não evoluam para um quadro de desnutrição.

Desta forma torna-se concreto o objetivo de avaliar o perfil nutricional e a qualidade de vida de idosos portadores de depressão e institucionalizados, já que atingiu-se o propósito de traçar o aspecto nutricional do grupo em pesquisa (grupo com sinais depressivos apresentaram quadro de eutrofia com risco nutricional).

Por fim vale ressaltar que ainda são poucos as obras realizados com o perfil analisado no presente estudo, uma vez que o grupo de geriatria ainda é pouco explorado quando associado ao quadro de depressão.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DRATCU, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 307 p.

ANDRADE, Ana Carla Alves de; et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ilp): proposta de ação de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre- RS, Abril. 2005. Seção 4. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4541/2471> >. Acesso em: 13/09/2010.

BARROS, Aidil de Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia**: Um guia para a iniciação científica. São Paulo: Ed. McGraw-Hill, 1986. 132 p.

AZEVEDO, Luciane Coutinho; et al. Principais fatores da mini-avaliação nutricional associada a alterações nutricionais de idosos hospitalizados. **Arquivos catarinenses de medicina**, Florianópolis- SC, vol. 36. 2007. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471229&indexSearch=ID> >. Acesso em: 15/08/2010.

BORBA, Alexandra Maria Neves de Lemos; WOLFF, Juliane Hinsching; Rafaela LIBERALI. Avaliação do perfil antropométrico e alimentar de idosos institucionalizados em Blumenau- Santa Catarina. **Revista brasileira de obesidade, nutrição e emagrecimento**, São Paulo- SP, mai/jun., 2007. Disponível em: < http://ibpefex.com.br/site/images/stories/ONE_03_MAI_JUN_2007_pdf/ONE_22_02_N3V1_11_18.pdf >. Acesso em: 16/08/2010.

BÓS, Ângelo José Gonçalves. Características fisiológicas do processo do envelhecimento. In: _____ **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. 292 p.

CAMPOS, Marta Alice Gomes; et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Revista da associação médica brasileira**, Belo Horizonte- MG, seção 4. 2006. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=434388&indexSearch=ID> >. Acesso em: 15/08/2010.

CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa; MONTEIRO, Josefina Bressan Resende; ORNELAS, Ana Paula Rodrigues de Castro. FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E A NUTRIÇÃO DO IDOSO. **Revista de nutrição**, Campinas. 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n3/7902.pdf> >. Acesso em 16/07/2010.

CARNEIRO, Rachel Simba; et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: reflexão e crítica**, Rio de Janeiro, fevereiro. 2007. Seção 2. Disponível em: <www.scielo.br/prc>. Acesso em: 17/06/2010.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 447 p.

CHELONI, Carlos Fernando Pereira; et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesavage). **Revista expressão**, Mossoró- RN, jan/dez., 2003. Disponível em: < http://www.uern.br/pdf/RevistaExpressao/RevistaExpressao_2003_5.pdf >. Acesso em: 16/08/2010.

DUARTE, Antonio Cláudio Goulart. **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu: 2007. 607p.

DUARTE, Meirelayne Borges; REGO, Marco Antonio Vasconcelos. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, março. 2007. Seção 03. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/27.pdf>>. Acesso em:13/12/2010.

DUTHIE JUNIOR, Edmund H.; KATZ, Paul R. (Coord.). **Geriatría prática**. 3.ed Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 582 p.

EBERT, Michael H.; LOOSEN, Peter T.; NURCOMBE, Barry. **Psiquiatria : diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 619 p.

EMED, Thereza Cristina Xavier da Silva; KRONBAUER, Anita; MAGNONI, Daniel. Mini-avaliação nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, jul/ago/set..2006, Seção 3. Disponível em: < <http://www.sbnpe.com.br/revista/V21-N3-38.pdf> >. Acesso em: 17/06/2010.

ESCOTT- STUMP, Sylvia. **Nutrição**: Relacionada ao diagnóstico e tratamento. 5. Ed. São Paulo: Manole, 2007.

FAUSTO, Maria Arlene. **Planejamento de dietas e da alimentação**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

FERRARI, Juliane F., DALACORTE, Roberta R.. Uso da escala de depressão geriátrica de yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados **Scientia Medica**, Porto Alegre, jan/ mar., 2007. Seção 1. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1597/1837>. Acesso em 17/06/2010.

FLORENTINO, Ana Maria. Influência dos fatores econômicos, sociais e psicológicos no estado nutricional do idoso. In:_____ **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004. 300 p.

FORCIEA, Mary Ann; LAVIZZO-MOUREY, Risa. **Segredos em geriatria**: respostas necessárias ao dia-a-dia: em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed, 1998. 328 p.

FORLENZA, Orestes Vicente; CARAMELLI, Paulo. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 695 p.

FRANK, Andréa Abdala; SOARES, Eliane de Abreu. **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004.

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.

FRIDMAN, Cintia et al. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. **Revista de psiquiatria clínica**. São Paulo, v. 31, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 08/nov/2009.

GAZALLE, Fernando Kratz; et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista saúde pública**. Rio Grande do Sul, março. 2004. Seção 3. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20652.pdf> > . Acesso em:13/10/2010.

GOSTTSCHALL, Catarina Bertaso Andreatta. Doenças gastrointestinais. In:____ **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. 292 p.

GRANDI, Isabella. **Conversando com o cuidador a doença de Alzheimer**. Belém: Grafisa, 1998. 151 p.

HARGREAVES, Luiz Henrique Horta. **Geriatrics**. Brasília, DF: Senado Federal, 2006. 619 p.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2.ed Porto Alegre: Artmed, 2001. 565 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares do censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17/06/2010.

LEMOS, Naira Dutra, GAZZOLA, Juliana Maria, RAMOS, Luiz Roberto. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.15, n. 3, set./dez, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000300014&Ing=pt&nrm=iso. Acessado em: 08/nov/2009.

LICINIO, Julio; WONG, Ma-Li. Biologia da Depressão. In:____ História e Epidemiologia da Depressão. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LIMA, Lizandra Konflanz de. Os efeitos do envelhecimento sobre a função de deglutição. In:____ **Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 2007. 292 p.

LUZARDO, Adriana Remião, GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho, SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v.15, n. 4, out./dez, 2006. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000400006&Ing=pt&nrm=iso. Acessado em: 08/ nov/2009.

MAGNONI, Daniel; CUKIER, Celso; OLIVEIRA, Patrícia Amante de. **Nutrição na terceira idade**. São Paulo: Sarvier, 2005. 233 p.

MENEZES, Tarciana Nobre de; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista saúde pública**, São Paulo, fevereiro. 2005. Seção 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24038.pdf>>. Acesso em: 19/06/2010.

PEREIRA Renata Junqueira Pereira; et al. 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, Jan-Abril. 2006. Seção 01. Disponível em: <http://www.revistapsiqrs.org.br/administracao/arquivos/contribuicao_dominios_fisicos_28_01_06.pdf>. Acesso em: 17/06/2010.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa; et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Minas Gerais, janeiro. 2008. Seção 01. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/21.pdf>>. Acesso em: 13/10/2010.

PFRIMER, Karla, FERRIOLLI, Eduardo. Avaliação nutricional do idoso. In:_____ **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

PFRIMER, Karla, FERRIOLLI, Eduardo. Fatores que interferem no estado nutricional do idosos. In:_____ **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

RAMOS, Luiz Roberto; TONIOLO NETO, João. **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole, 2005.

RAUEN, Michele Soares; et al. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista de Nutrição**. Campinas, maio/ junho, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=487551&indexSearch=ID>> Acesso em: 16/11/2010.

SALVATI, Cassiana Badotti; PARANÁ, Simone Fiebrantz Pinto. Prevalência de desnutrição em idosos residentes em lar geriátrico e a relação com seus cuidadores. **RUBS**, Curitiba- PR, jan/abr., 2008. Disponível em: <<http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20N.%201%202008/ART.%20PREVAL%20C3%8ANCIA%20DE%20DESNUTRI%20C3%87%20C3%83O%20EM%20IDOSOS%20RESIDENTES%20EM%20LAR%20GERI%20C3%81TRICO%20E%20A.pdf>>. Acesso em: 16/08/2010.

SANTOS, Débora Martins dos; SICHIERI, Rosely. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de saúde pública**. Rio de Janeiro- RJ, seção 2, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24037.pdf>>. Acesso em: 15/08/2010.

SANTOS, Irani Gomes dos. **Nutrição: da assistência à promoção da saúde**. São Paulo: RCN Editora, 2007.

SIQUEIRA, Gisela Rocha de et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). **Ciência Saúde Coletiva**. Pernambuco, fevereiro, 2009. vol.14. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100031&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17/06/2010.

TERRA, Newton Luiz. **Geriatría moderna para leigos**. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007. 167 p.

VECCHIA, Roberta Dalla; RUIZ, Tania; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini and CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, setembro. 2005, Seção 3, vol.8. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300006&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 17/06/2010.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

VIVAN, Analise de Souza; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. **Caderno saúde pública**, Rio de Janeiro, fevereiro. 2009. Seção 2. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n2/22.pdf>>. Acesso em: 13/10/2010.

WARE JE; SHERBOURNE CD. **The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection**. Med Care. 1992 Jun;30(6):473-83.

APÊNDICES

APÊNDICE I Carta de apresentação**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE****CURSO DE NUTRIÇÃO****APRESENTAÇÃO**

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

Neste sentido apresentamos o(a) acadêmico(a) Karina Patricio Dela Bruna da 7ª fase do curso e solicitamos sua autorização para realização da pesquisa (coleta de dados) em sua instituição.

Informamos que será mantida a ética da pesquisa, de acordo com os rigores da legislação, onde serão resguardados o nome da instituição e dos participantes.

Agradecemos pela sua atenção e contribuição com o desenvolvimento da ciência.

Atenciosamente,

Coordenador de TCC

Responsável Pela Instituição

Criciúma _____ de _____ de 20____.

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Você está sendo convidado a participar da pesquisa sobre **Depressão e Estado Nutricional de Idosos Institucionalizados**. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento não necessitando apresentar nenhuma justificativa, bastando, para isso, informar sua decisão a pesquisadora. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em relação o pesquisador ou a instituição.

O objetivo deste estudo é avaliar o estado nutricional e os sinais depressivos encontrados nos idosos institucionalizados, traçando desta forma um perfil nutricional do grupo, podendo desta forma relacionar o resultado com os sinais depressivos encontrados.

Não há risco ou ônus na sua participação nessa pesquisa. Da mesma forma, você também não receberá nenhuma remuneração por participar.

Os dados obtidos serão confidenciais e asseguramos o sigilo de sua participação durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Os dados não serão divulgados de forma a denegrir sua imagem, pois o objetivo principal é AVALIAR O ESTADO NUTRICIONAL E RELACIONÁ-LO COM OS SINAIS DEPRESSIVOS APRESENTADOS. O seu anonimato será preservado por questões éticas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador para localizá-lo a qualquer tempo e uma cópia do trabalho final.

Meu nome é KARINA PATRICIO DELA BRUNA. A pesquisa acontece sob supervisão da professora LUCIANE DALTOÉ. Meu telefone para contato é (048) 88050502 e da professora supervisora é (051) 99918794.

Considerando os dados acima, confirmo ter sido informado por escrito e verbalmente dos objetivos deste estudo científico. Desta forma, Eu

_____ ,
 aceito voluntariamente participar desta pesquisa e declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação.

Criciúma, _____ de _____ de 2010.

 Nome e assinatura do pesquisador

 Nome e assinatura do sujeito
 pesquisado

APÊNDICE III – Instrumento de Coleta de Dados

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome.....
Idade.....Data de nascimento...../...../.....
Sexo.....Raça.....
Grau de instrução.....

2. DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso corporal (kg) aferido:.....
Altura (cm) aferida:.....
IMC:
Classificação:.....

3. RESULTADO DA MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

.....

4. RESULTADO DO SF-36

.....

ANEXOS

ANEXO I - MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Mini Avaliação Nutricional®
Mini Nutritional Assessment MNATM

Sobrenome:

Nome:

Sexo:

Data:

Idade:

Peso (kg):

Altura (cm):

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da Triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 11, concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

Triagem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição severa da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

B Perda de peso nos últimos meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

D Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

F Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]²)

0 = IMC < 19

1 = 19 > IMC < 21

2 = 21 > IMC < 23

3 = IMC > 23

Score de triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12 pontos ou mais	normal; desnecessário continuar a avaliação
11 pontos ou menos	possibilidade de desnutrição; continuar a avaliação

Avaliação global

G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)

0 = não 1 = sim

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

K O paciente consome:

• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

sim não

• duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?

sim não

• carne, peixe ou aves todos os dias?

sim não

0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0,5 = duas respostas «sim»

1,0 = três respostas «sim»

L O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?

0 = não 1 = sim

M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?

0,0 = menos de três copos

0,5 = três a cinco copos

1,0 = mais de cinco copos

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

O O paciente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter problema nutricional

P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?

0,0 = não muito boa

0,5 = não sabe informar

1,0 = boa

2,0 = melhor

Q Circunferência do braço (CB) em cm

0,0 = $CB < 21$

0,5 = $21 > CB < 22$

1,0 = $CB > 22$

R Circunferência da panturrilha (CP) em cm

0 = $CP < 31$

1 = $CP > 31$

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Escore da triagem

Escore total (máximo 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

de 17 a 23,5 pontos risco de desnutrição

menos de 17 pontos desnutrido

ANEXO II - Escala de Depressão Geriátrica

Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale- GDS)

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

As seguintes respostas valem 1(um) ponto:

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

Resultados:

Até 5: são considerados normais

6-10: sugere depressão mínima ou moderada

Superiores a 10: são compatíveis com depressão grave.

ANEXO III - Questionário Genérico De Qualidade De Vida- SF- 36

Iniciais do paciente _____

Ficha nº _____

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA-SF-36

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o que melhor puder.

1 - Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 - Comparada há um ano atrás, como você classifica sua saúde em geral agora?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

ATIVIDADES	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3

c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante a última semana, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra?)	1	2

5 - Durante a última semana, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso?)

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez quaisquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6 - Durante a última semana, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante a última semana?

(circule uma)

Nenhuma	Muito Leve	Leve	Moderada	Grave	Muito Grave
1	2	3	4	5	6

8 - Durante a última semana, quando a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante a última semana. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente em relação à última semana.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 – Durante a última semana, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

(circule uma)

Todo tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule uma)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO IV- Cálculo do Escore do Questionário SF-36

Fase 1: Pontuação dos Dados

Questões	Pontuação	
01	Se a resposta for: 1 2 3 4 5	A pontuação será: 5,0 4,4 3,4 2,0 1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for: 1 2 3 4 5	A pontuação será: 5 4 3 2 1
07	Se a resposta for: 1 2 3 4 5 6	A pontuação será: 6,0 5,4 4,2 3,1 2,2 1,0
08	<p>A resposta da questão 08 depende da nota da questão 07</p> <p>Se 7=1 e se 8=1 o valor da questão é 6 Se 7=2 a 6 e se 8=1 o valor da questão é 5 Se 7=2 a 6 e se 8=2 o valor da questão é 4 Se 7=2 a 6 e se 8=3 o valor da questão é 3 Se 7=2 a 6 e se 8=4 o valor da questão é 2 Se 7=2 a 6 e se 8=5 o valor da questão é 1</p> <p>Se a questão 07 não for respondida, o score da questão 08 passa a ser o seguinte: Se a resposta for 1 a pontuação será 6 Se a resposta for 2 a pontuação será 4,75 Se a resposta for 3 a pontuação será 3,5 Se a resposta for 4 a pontuação será 2,25 Se a resposta for 5 a pontuação será 1</p>	
09	<p>Nesta questão a pontuação para os itens <u>a,d,e,h</u> deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1 a pontuação será 6 Se a resposta for 2 a pontuação será 5 Se a resposta for 3 a pontuação será 4 Se a resposta for 4 a pontuação será 3</p>	

	<p>Se a resposta for 5 a pontuação será 2 Se a resposta for 6 a pontuação será 1</p> <p>Para os demais itens <u>b,c,f,g,i</u> o valor será mantido o mesmo.</p>
10	Considerar o mesmo valor
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens <u>b</u> e <u>d</u> deve-se seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1 a pontuação será 5 Se a resposta for 2 a pontuação será 4 Se a resposta for 3 a pontuação será 3 Se a resposta for 4 a pontuação será 2 Se a resposta for 5 a pontuação será 1</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nessa fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de oito domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem) onde zero é o pior resultado e 100 é o melhor resultado para cada domínio. É chamado de Raw Scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínios:

1. Capacidade Funcional
2. Limitação por aspectos físicos
3. Dor
4. Estado geral de saúde
5. Vitalidade
6. Aspectos sociais
7. Limitações por aspectos emocionais
8. Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\text{Domínio} = \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior}}{\text{Variação (Score Range)}} \times 100$$

Na fórmula os valores de Limite inferior e Variação (Score Range) são fixo e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínios	Pontuação das questões correspondentes	Limite Inferior	Variação (Score Ranger)
Capacidade Funcional	03	10	20
Limitações por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a+e+g+i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitações por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b+c+d+f+h)	5	25

ANEXO V - Carta do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC Comitê de Ética em Pesquisa- CEP

Resolução

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

Projeto: 36/2010

Pesquisador:

Luciane Maria Daltoé

Karina Patrício Dela Bruna

Título: Depressão e estado nutricional em idosos institucionalizado.

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

Criciúma, 29 de abril de 2010.

Mágada T. Schwalm

Coordenadora do CEP