



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS - FEF
FACULDADES INTEGRADAS DE FERNANDÓPOLIS – FIFE
CURSO DE ENFERMAGEM

LETICIA VITÓRIA DE FREITAS
MAYSA SANTOS OLIVEIRA
RAFAELA BARBOSA ZAMPEDRI

IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

FERNANDÓPOLIS – SP
2025

LETICIA VITÓRIA DE FREITAS
MAYSA SANTOS OLIVEIRA
RAFAELA BARBOSA ZAMPEDRI

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem, das Faculdades Integradas de Fernandópolis – FIFE, como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel.

**FERNANDÓPOLIS – SP
2025**

LETICIA VITÓRIA DE FREITAS
MAYSA SANTOS OLIVEIRA
RAFAELA BARBOSA ZAMPEDRI

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem, das
Faculdades Integradas de Fernandópolis – FIFE, como requisito parcial para obtenção
de título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel.

Aprovado em: _____ de _____ de 2025.

Nome e assinaturas avaliadores:

Banca Examinadora

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel

Prof. Dr. José Martins Pinto Neto

Enf. Bruno Augusto Martins da Silva

DEDICATÓRIA:

Deus,

“dedicamos este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, que nos concedeu saúde, força e discernimento para vencer cada etapa desta caminhada. Sem ele, este trabalho não seria possível. Toda honra e toda glória sejam dadas a ele. Amém.”

Aos nossos familiares,

“que nos apoiaram com a dedicação inabalável, o amor infinito e apoio incondicional são as pedras fundamentais sobre quais construímos e pensamos em cada palavra e página para este trabalho. Se hoje alcançamos este marco, é porque sempre eles estiveram do nosso lado nos apoiando, guiando – nos com sabedoria e muito amor.”

A nós,

“pelo que compartilhamos risos, estresse, noites em claro, companheirismo, ajuda mútua, e por nós acreditar em nossa capacidade, achamos que não iríamos conseguir, mas com a nossa dedicação e esforço estamos finalizando esse trabalho.”

Aos idosos,

“especialmente que nos acolheram com todo carinho e amor do mundo, eles que inspiraram este estudo para que ele acontecesse, que as suas histórias e vivências jamais serão esquecidas de nossa memória.”

E, sobretudo, dedicamos este TCC a todos os profissionais e indivíduos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção do nosso conhecimento.

Este trabalho é resultado da união de esforços, dedicação e amizade.

HOMENAGEM ESPECIAL

Com grande gratidão e respeito, dedicamos este Trabalho de Conclusão de Curso à nossa orientadora, Profa. Dra. Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel, que, com seu conhecimento sólido, olhar atento e orientação cuidadosa, nos guiou com sabedoria durante toda essa caminhada acadêmica. Sua paciência, disponibilidade e comprometimento foram essenciais para que este trabalho se concretizasse com qualidade, responsabilidade e significado. Mais do que uma orientadora, foi uma verdadeira mentora, incentivando-nos a ir além do óbvio e a buscar sempre o aprimoramento, tanto técnico quanto humano.

Estendemos também esta dedicatória aos professores membros da banca avaliadora Prof. Dr José Martins Pinto Neto e Profª. Mª Gledes Paula de Freitas Rondina, por aceitarem generosamente participar deste momento tão importante de nossas vidas. A cada observação, sugestão e palavra de apoio, sentimos a seriedade e o cuidado com que tratam a formação dos alunos. A contribuição de cada um foi fundamental para a construção de um trabalho mais crítico, coerente e enriquecedor.

A todos os professores que passaram por nossa trajetória, que compartilharam seu tempo, seus ensinamentos e experiências conosco, nosso mais sincero reconhecimento. Cada aula, cada orientação e cada palavra de incentivo nos fortaleceram para enfrentarmos os desafios não só do TCC, mas também da futura vida profissional.

Este trabalho é o reflexo de uma construção coletiva, fruto do empenho, da troca de ideias, do diálogo e da colaboração. Por isso, deixamos registrada aqui a nossa profunda gratidão por todo apoio, confiança e ensinamentos recebidos.

Com respeito, admiração e carinho,

Letícia Vitória de Freitas

Maysa Santos Oliveira

Rafaela Barbosa Zampedri

"A enfermagem é uma arte; e para executá-la como uma arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso quanto a obra de qualquer pintor ou escultor."

— Florence Nightingale

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar os sintomas de depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, analisando os fatores que contribuem para o bem-estar ou sofrimento psíquico em cada contexto. Utilizando o Inventário de Depressão de Beck e um questionário sociodemográfico, a pesquisa foi realizada com idosos residentes em uma instituição de longa permanência e idosos que frequentam o CCI. Os resultados apontaram maior prevalência de sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados, associados ao isolamento social, ausência de suporte familiar e baixa participação em atividades recreativas. Já entre os idosos não institucionalizados, observou-se melhor estado emocional, embora também enfrentem desafios como doenças crônicas e solidão eventual. A pesquisa reforça a importância de estratégias interdisciplinares que promovam a saúde mental, com destaque para o papel das atividades sociais, da família e da comunidade no enfrentamento da depressão na terceira idade.

Palavras-chave: Depressão; Idosos; Institucionalização; Saúde mental; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to identify symptoms of depression in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals, analyzing the factors that contribute to either well-being or psychological distress in each context. Using the Beck Depression Inventory and a sociodemographic questionnaire, the research was conducted with elderly residents of a long-term care facility and those living in the community. The results indicated a higher prevalence of depressive symptoms among institutionalized elderly, often associated with social isolation, lack of family support, and low engagement in recreational activities. Non-institutionalized elderly individuals showed better emotional conditions, although they also face challenges such as chronic illnesses and occasional loneliness. This research emphasizes the importance of interdisciplinary strategies to promote mental health, highlighting the role of social activities, family, and community in addressing depression among the elderly.

Keywords: Depression; Elderly; Institutionalization; Mental health; Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Sintomas depressivos em idosos não institucionalizados.....	21
GRÁFICO 2 - Sintomas depressivos em idosos institucionalizados	22
GRÁFICO 3 - Idade dos idosos não institucionalizados	23
GRÁFICO 4 - Idade dos idosos institucionalizados	24
GRÁFICO 5 - Sexo dos idosos não institucionalizados	25
GRÁFICO 6 - Sexo dos idosos institucionalizados	26
GRÁFICO 7 - Estado civil dos idosos não institucionalizados	27
GRÁFICO 8 - Estado civil dos idosos institucionalizados	28
GRÁFICO 9 - Filhos dos idosos não institucionalizados	29
GRÁFICO 10 - Filhos dos idosos institucionalizados	30
GRÁFICO 11 - Escolaridade dos idosos não institucionalizados	31
GRÁFICO 12 - Escolaridade dos idosos institucionalizados	32
GRÁFICO 13 - Tempo de internamento dos idosos	33
GRÁFICO 14 - Gosta da instituição	34
GRÁFICO 15 - Frequência de vistas familiar dos idosos.....	35
GRÁFICO 16 - Atividade física dos idosos não institucionalizados	36
GRÁFICO 17 - Atividade física dos idosos institucionalizados	37
GRÁFICO 18 - Saúde dos idosos não institucionalizados.....	38
GRÁFICO 19 - Saúde dos idosos institucionalizados	39
GRÁFICO 20 - Sensação de solidão dos idosos não institucionalizados	40
GRÁFICO 21 - Sensação de solidão dos idosos institucionalizados	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3. JUSTIFICATIVA	14
4. REVISÃO DA LITERATURA	15
5. MATERIAL E MÉTODOS	18
5.1 TIPO DE ESTUDO	18
5.2. LOCAL DO ESTUDO	18
5.3 POPULAÇÃO	18
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	18
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	18
5.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	18
5.7 COLETA DE DADOS	19
5.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	19
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	42
REFERÊNCIAS	43

1. INTRODUÇÃO

A depressão é caracterizada por uma psicopatologia multifatorial, um transtorno mental que causa alterações de humor além de promover uma tristeza profunda, sentimentos de dor, autoestima baixa, angústia, distúrbios do sono, de apetite, crises de choro e até falta de concentração nas execuções de tarefas diárias (Monteiro *et al.*, 2021).

O Brasil é o país com a maior prevalência desta doença na América Latina, de acordo com o relatório “Depressão e outros transtornos mentais”, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024). É um problema médico grave e altamente prevalente na população em geral. De acordo com estudo epidemiológico a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%. Segundo a OMS, a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde é 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico (Brasil, 2024).

De acordo com a OMS 2024, a depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus a cenário mundial, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Ocupa 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%). A época comum do aparecimento é o final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade (Brasil, 2024).

Esta síndrome pode atingir todas as faixas etárias, entretanto, mudanças ocorridas com o envelhecimento proporcionam inúmeras limitações e perdas, como: aposentadoria de trabalho, a morte de entes queridos, os problemas médicos, tendo como consequências o isolamento e a auto depreciação (Guimarães *et al.*, 2019). É nesta fase da vida que geralmente a pessoa mais enfrenta mudanças indesejadas, perdas e sentimento de luto. Além disso, o tratamento também pode ser mais difícil e demorado (Ribeiro, 2022).

De acordo com estudos de Santos *et al.*, (2019), depressão entre idosos que vivem em instituições de longa permanência, está se tornando uma preocupação cada vez maior, o que requer uma abordagem abrangente que inclua tanto medidas preventivas quanto intervenções para reduzir seus efeitos negativos. Além disso, o sentimento de tristeza entre os idosos residentes em instituições não apenas afeta seu

próprio bem-estar, mas também tem importantes consequências socioeconômicas. Conforme salientado por Smith, Jones e Johnson (2019), a depressão em idosos resulta em custos econômicos significativos, incluindo despesas com cuidados de saúde e diminuição da eficiência produtiva (Blazer, 2019).

O afastamento social entre os idosos residentes em instituições é comumente agravado por diversos motivos, como a experiência de perdas pessoais e a mudança para um ambiente de longa permanência. Essa transição pode ser especialmente difícil devido à necessidade de se ajustar a um novo contexto e lidar com a interação com pessoas desconhecidas, o que pode provocar sensações de desconforto e ansiedade (Ferreira; Alves, 2020).

Frente a essa realidade, é imprescindível adotar uma abordagem abrangente que leve em consideração não apenas os aspectos clínicos, mas também os psicossociais e ambientais para gerir de forma eficaz a melancolia entre os idosos que residem em instituições (Blazer, 2019).

Diante desse contexto, o presente estudo visa identificar sintomas de depressão entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar sintomas de depressão no idoso institucionalizado e não institucionalizado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar sintomas de depressão entre idosos institucionalizados e não institucionalizados através do inventário de depressão de Beck.
- Analisar o papel das atividades recreativas e sociais na promoção do bem-estar dos idosos.
- Investigar a influência do suporte familiar na saúde e no bem-estar dos idosos.

3. JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é uma realidade global que traz consigo um conjunto de desafios para a saúde pública, especialmente no que se refere à saúde mental dos idosos. Entre as condições mais prevalentes nessa faixa etária, a depressão destaca-se como uma questão de significativa relevância. Estima-se que a depressão afete uma parcela considerável dos idosos, seja em contextos de institucionalização, como em lares e casas de repouso, seja entre aqueles que vivem em suas comunidades.

A institucionalização dos idosos, apesar de oferecer cuidados e suporte, pode impactar diretamente o bem-estar emocional e psicológico desses indivíduos, muitas vezes contribuindo para o isolamento social e sentimentos de abandono, que são fatores de risco para a depressão. Por outro lado, idosos não institucionalizados também podem enfrentar desafios associados ao envelhecimento, como a perda de autonomia, doenças crônicas, e o afastamento social, que podem igualmente desencadear ou agravar quadros depressivos.

A comparação entre a saúde mental de idosos institucionalizados e não institucionalizados é um campo de pesquisa importante, pois permite entender os diferentes fatores de risco e proteção associados a cada contexto. Compreender essas diferenças é fundamental para a elaboração de políticas públicas e estratégias de intervenção que visem à promoção de uma velhice mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Portanto, este estudo se justifica pela necessidade de investigar os determinantes da depressão em idosos, comparando suas manifestações entre os que vivem em instituições e os que permanecem em suas comunidades. Ao analisar essas diferenças, será possível contribuir para a criação de ações mais direcionadas e eficazes para a prevenção e tratamento da depressão em ambos os grupos.

4. REVISÃO DA LITERATURA

A depressão é usualmente empregada para descrever tanto um estado emocional normal como a tristeza, quanto um sintoma relacionado as patologias distintas, e como um transtorno distinguível. Porém, deve-se diferenciar a tristeza fisiológica das características depressivas. Na tristeza comum, a pessoa mantém-se capaz de experimentar interesses e reagir quando devidamente estimulada. Começa a caracterizar-se como transtorno ou episódio depressivo quando há uma perda de certas capacidades de interação social, que vão além da tristeza associada, comprometendo a qualidade de vida. Assim, atualmente os transtornos depressivos podem ser classificados segundo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (Luciano; Farje, 2019).

Segundo esse Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, quarta edição (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994), a depressão pode manifestar-se como episódio depressivo maior (EDM). Nesses termos, os critérios do DSM-IV se caracterizam por pelo menos cinco dos sintomas seguintes: humor deprimido, interesse ou prazer acentuadamente diminuído, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo motor, fadiga ou perda de energia, sensação de inutilidade, culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, indecisão e pensamentos recorrentes sobre morte. Para o diagnóstico, tais sintomas devem estar presentes todos os dias, ao longo de duas semanas, e incluir, pelo menos um dos dois primeiros critérios, a saber: humor deprimido ou perda de interesse e prazer.

Pode ser classificada em três tipos distintos: leve, moderada e grave. Na fase de depressão leve, o indivíduo não apresenta complicações severas e é capaz de desenvolver suas atividades de vida; na moderada, as dificuldades na realização de tarefas diárias são contínuas; a grave pode se manifestar com sintomas psicóticos, sendo evidenciada pelo risco de morte através de suicídio, desnutrição ou desidratação e sem sintomas psicóticos, quando a ideação suicida acontece em conjunto com alterações somáticas (Silva *et al.*, 2020).

A depressão em idosos é uma condição prevalente e complexa que afeta significativamente a qualidade de vida dessa população. O diagnóstico da depressão em idosos apresenta desafios únicos devido à complexidade clínica e à presença de comorbidades que podem mascarar ou exacerbar os sintomas depressivos. Além disso, fatores como o estigma associado à saúde mental, a variabilidade na apresentação dos sintomas e as limitações cognitivas comuns nessa faixa etária complicam ainda mais o processo diagnóstico (Andres *et al.*, 2024). Afeta não apenas o bem-estar emocional do indivíduo, mas também está associada a um aumento do risco de incapacidade, morbidade e mortalidade, representando assim um desafio significativo para a saúde pública (Silva, 2024).

É um dos distúrbios de saúde mental mais prevalentes no final da vida com tendência a aumentar devido ao incremento da população idosa, entretanto continua a ser subdiagnosticado e subtratado, podendo levar a sérias consequências, pois estão associados ao comprometimento do funcionamento cognitivo, redução da qualidade de vida relacionada à saúde, aumento da mortalidade e taxas de suicídio. No Brasil, as estimativas apontam que em 2050 dos 66,5 milhões de idosos, 38 milhões sofrerá de depressão, superando a proporção de jovens na população com a doença (Jellinger *et al.*, 2021).

Diversos fatores justificam a análise individual dos riscos para depressão na velhice. Primeiramente, fatores como luto, isolamento social, deficiência e doenças físicas são mais comuns em idosos. Além disso, estudos indicam que a depressão na terceira idade pode ser um fator de risco ou um precursor para o desenvolvimento de demência. A depressão em idosos está associada a prejuízos cognitivos e a altas taxas de comorbidades, incluindo doenças cardíacas, problemas cerebrovasculares e acidentes vasculares cerebrais. Também aumenta a probabilidade de obesidade, diabetes mellitus e fragilidade.

Pesquisas demonstram que, em idosos, a depressão tende a se tornar crônica, impactando a capacidade de realizar atividades diárias e elevando o risco de demência e morte precoce em comparação com idosos que não sofrem de depressão. Além dos impactos clínicos, a depressão na velhice também traz um significativo peso

socioeconômico, aumentando os custos com saúde e prejudicando a produtividade devido à perda de funcionalidade (Ramos *et al.*, 2019).

Em decorrência do aumento da citada população e ainda das dificuldades socioeconômicas e culturais envolvidas nesse contexto, observa-se também o crescimento da procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), que oferecem cuidados profissionais e assistência integral a idosos que não podem mais viver em suas próprias residências devido a questões de saúde ou falta de cuidadores familiares. Com equipes especializadas disponíveis 24 horas por dia, essas instituições garantem cuidados especializados e atenção contínua, especialmente para idosos com condições médicas complexas (Scarano; Bessa; Mota, 2023).

A incidência de depressão entre idosos em instituições de longa permanência é uma preocupação relevante em termos de saúde pública. Pesquisas revelam que aproximadamente 40% dos idosos que vivem nessas instituições sofrem com a depressão, ressaltando a necessidade de intervenções eficazes para melhorar o bem estar desse grupo (Martins, 2020).

Assim, é essencial conduzir uma investigação sobre a prevalência da depressão em idosos e os fatores associados, com o objetivo de direcionar políticas e práticas de saúde mental voltadas para os idosos.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizada uma pesquisa descritiva, transversal com abordagem quantitativa, com idosos que vivem na comunidade e idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos, para fins de comparação.

5.2. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Palmeira d' Oeste e Distrito de Dalas.

5.3 POPULAÇÃO

A população deste estudo foi composto por idosos de ambos os sexos, que frequentam o CCI e idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo idosos de ambos os sexos, com idade igual ou maior que 60 anos, que vivem na comunidade e idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos, que tenham condições de assinar o TCLE e responder as perguntas do instrumento de coleta de dados.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Idosos que não apresentem condições de assinar o TCLE e responder as perguntas do instrumento de coleta de dados.

5.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: um elaborado pelas pesquisadoras contendo os dados sociodemográficos, a influência das atividades recreativas e do suporte familiar na promoção do bem-estar dos idosos e o Inventário de Depressão de Beck.

5.7 COLETA DE DADOS

Após autorização das instituições, os dados foram coletados no distrito de Dalas na Irmandade Padre Emanuel D'Alzan e no município de Palmeira d'Oeste no Centro de Idosos (CCI – Centro de Convivência do Idoso)

5.8 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Os dados foram inseridos em uma planilha de dados eletrônicos, no programa Excel da Microsoft e tabulados em frequência simples e porcentagem.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo alcançou plenamente seus objetivos ao comparar os 18 idosos institucionalizados e os 18 não institucionalizados. Foi identificado que os idosos que vivem em instituições apresentam maior prevalência de sintomas depressivos, como tristeza persistente e apatia, conforme demonstrado pelo Inventário de Depressão de Beck. Já os não institucionalizados relataram menos sintomas, o que foi atribuído à presença de vínculos sociais e familiares mais fortes.

Além disso, a pesquisa mostrou que atividades recreativas e sociais exercem papel importante na promoção da saúde mental. Todos os idosos não institucionalizados praticavam algum tipo de atividade física ou social, o que contribuiu positivamente para o bem-estar emocional. Por outro lado, os institucionalizados participavam muito pouco dessas atividades, devido às limitações estruturais e físicas.

O suporte familiar também foi decisivo: os idosos que viviam com a família, na maioria das vezes casados e com filhos presentes, tinham melhor percepção da própria saúde e menos sintomas depressivos. Em contraste, os idosos institucionalizados, geralmente viúvos e com poucos ou nenhum filho próximo, relataram sentimentos de solidão e abandono.

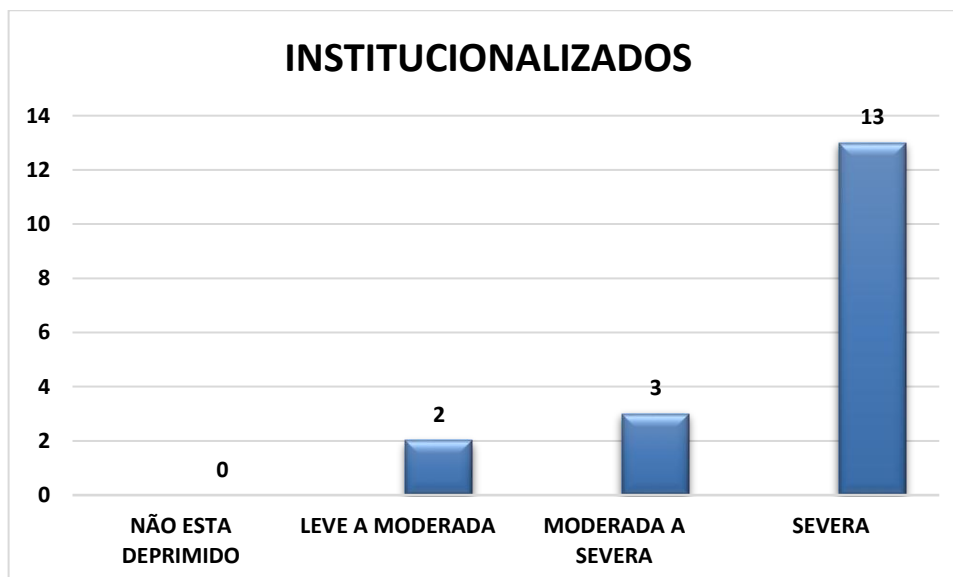
Em síntese, a institucionalização esteve associada a piores indicadores emocionais e sociais, enquanto a convivência familiar, a prática de atividades e os vínculos afetivos mostraram-se como fatores protetores importantes contra a depressão na velhice.

GRÁFICO 1 - Sintomas depressivos em idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

Observa-se que entre os idosos não institucionalizados, a maioria (9) não apresenta sintomas depressivos, seguida por quadros leves a moderados. A ausência de casos severos é notável, reforçando que a não institucionalização pode ser um fator associado a menor gravidade de sintomas depressivos.

A literatura apoia que idosos não institucionalizados tendem a ser menos depressivos, devido a fatores protetores como autonomia e suporte social. A pesquisadora Salaroli **et al.** (2022), em seu estudo sobre fatores de depressão em idosos na comunidade, reforça a importância do ambiente familiar e social como protetor da saúde mental, em contraste com o ambiente institucional, que sabidamente apresenta maiores taxas de depressão.

GRÁFICO 2 - Sintomas depressivos em idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

Observa-se que os idosos institucionalizados apresentam algum grau de sintoma depressivo, sendo a maioria (13) com depressão severa. Isso evidencia uma alta prevalência de sofrimento psíquico nesse grupo, possivelmente agravado pelo afastamento do convívio familiar, perdas emocionais e a rotina restrita da institucionalização.

Segundo Silva **et al.** (2021), “a institucionalização pode intensificar sentimentos de solidão, inutilidade e tristeza, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento da depressão em idosos”.

GRÁFICO 3 - Idade dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

Essa distribuição sugere que os idosos que permanecem em suas residências ou com familiares estão, em sua maioria, nas faixas etárias de 60 a 79 anos, ou seja, em um estágio da vida em que ainda possuem certo grau de autonomia funcional. Segundo Ramos **et al.** (2019), a não institucionalização está geralmente relacionada à capacidade do idoso em realizar atividades da vida diária, o que lhes permite permanecer no convívio familiar ou comunitário.

GRÁFICO 4 - Idade dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos institucionalizados tem entre 70 e 89 anos, com destaque para 7 idosos entre 70-79 anos e 6 entre 80-89. Também há 2 idosos com mais de 90 anos. Esses dados indicam que a institucionalização está mais associada ao envelhecimento avançado, quando aumentam as limitações físicas e a dependência de cuidados.

Segundo Scarano, Bessa e Mota (2023), idosos mais velhos tendem a ser institucionalizados devido às doenças crônicas e falta de suporte familiar. A idade avançada, portanto, é um fator importante para a institucionalização.

GRÁFICO 5 - Sexo dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A distribuição por sexo dos idosos não institucionalizados, revelando que 14 são do sexo feminino e apenas 4 do sexo masculino. Isso demonstra uma ampla predominância de mulheres entre os idosos que permanecem no convívio comunitário ou domiciliar. Tal resultado pode estar relacionado à maior expectativa de vida das mulheres, bem como à sua maior participação em atividades sociais e busca por cuidados em saúde, fatores que favorecem a autonomia e reduzem a necessidade de institucionalização.

De acordo com Vallim, Portela e Figueiredo Júnior (2023), as mulheres tendem a viver mais do que os homens e apresentam maior capacidade de manter redes de apoio familiar e comunitário. Além disso, estão mais abertas a procurar serviços de saúde, o que contribui para um envelhecimento mais saudável e menos dependente.

GRÁFICO 6 - Sexo dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

Entre idosos institucionalizados 11 são mulheres e 7 são homens. Embora o número de mulheres ainda seja superior, observa-se uma proporção masculina maior nesse grupo em comparação entre os não institucionalizados. Essa diferença sugere que os homens, quando chegam à velhice, apresentam maior risco de institucionalização, principalmente pela ausência de suporte familiar, muitas vezes em razão do falecimento da esposa ou da falta de filhos ou cuidadores próximos.

Segundo Maciel, Eliana e Rochelly (2023), os homens idosos são mais vulneráveis social e emocionalmente após perdas familiares, especialmente do cônjuge, e têm menor envolvimento em redes de apoio social, o que favorece sua institucionalização. Além disso, tendem a apresentar maior resistência à busca por cuidados de saúde e menor preparo para lidar com a solidão e a dependência funcional.

GRÁFICO 7 - Estado civil dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos não institucionalizados são casados, o que sugere uma rede de apoio conjugal ativa, fator essencial para a permanência no convívio domiciliar. Ter um cônjuge pode favorecer a manutenção da autonomia e do cuidado mútuo, adiando ou evitando a institucionalização.

De acordo com Ramos **et al.** (2019), o estado civil é um fator determinante no envelhecimento saudável. Idosos casados tendem a contar com maior suporte emocional, físico e social, reduzindo a necessidade de internação em instituições. A presença do cônjuge proporciona amparo nas atividades da vida diária e contribui para o bem-estar psicológico.

GRÁFICO 8 - Estado civil dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A imensa maioria dos idosos institucionalizados são divorciados (89%), o que reforça a ideia de que a perda do cônjuge aumenta a vulnerabilidade social e emocional, favorecendo a institucionalização. O luto, a solidão e a ausência de rede de apoio familiar direta são fatores críticos nesse processo.

Segundo Guimarães et al. (2019), o falecimento do cônjuge é um dos principais eventos que desencadeiam a institucionalização do idoso, especialmente quando há ausência de filhos ou cuidadores próximos. O viúvo pode apresentar maior risco de depressão, declínio funcional e isolamento, o que exige cuidados contínuos, muitas vezes disponíveis apenas em instituições.

GRÁFICO 9 – Número de filhos dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

Todos os idosos que vivem na comunidade possui filhos(100%) e em número considerável. Isso sugere que a presença de filhos é um fator protetor contra a institucionalização, pois eles podem fornecer suporte emocional, financeiro ou até atuar como cuidadores diretos.

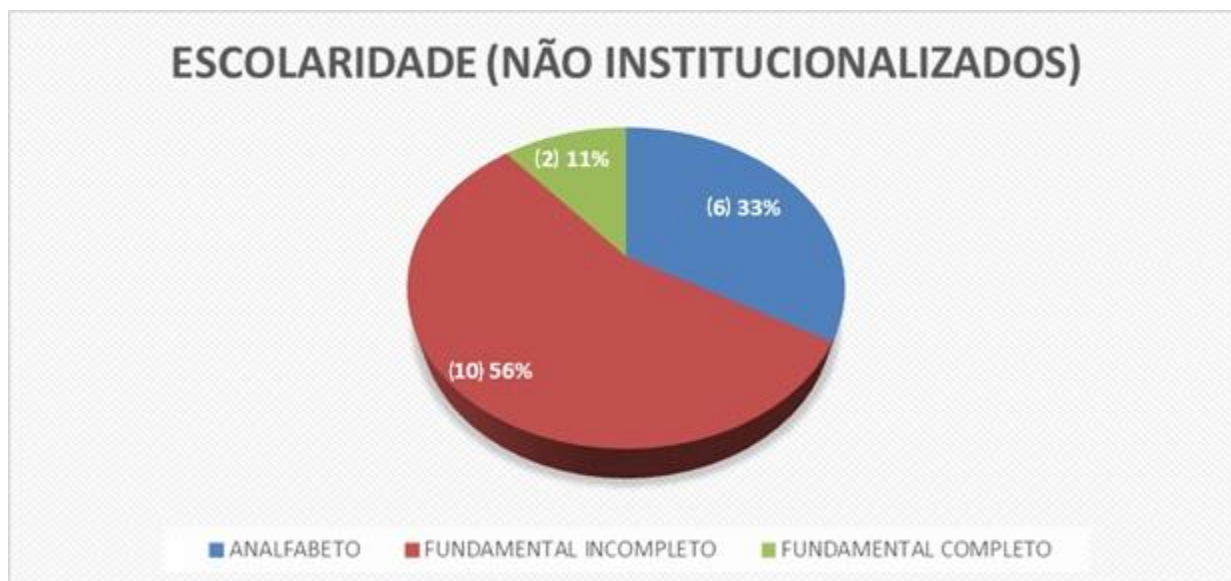
Segundo Medeiros **et al.** (2020), o apoio familiar, especialmente de filhos, está fortemente relacionado à decisão de manter o idoso no ambiente domiciliar. A rede familiar desempenha papel central na promoção do bem-estar e no suporte às necessidades diárias dos idosos, reduzindo a necessidade de institucionalização.

GRÁFICO 10 – Número de filhos dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos institucionalizados tem poucos filhos, diferente dos não institucionalizados. Isso mostra que a ausência de filhos pode ser um dos principais fatores associados à institucionalização, já que não há quem ofereça suporte direto no ambiente familiar.

Conforme estudo de Scarano, Bessa e Mota (2023), a ausência de filhos é uma das causas mais relevantes para a institucionalização, pois os filhos costumam ser os principais cuidadores e decisores sobre o cuidado em casa. Além disso, Guimarães et al. (2019) destacam que a falta de vínculos familiares sólidos agrava a vulnerabilidade do idoso, especialmente em estágios de maior dependência física ou emocional.

GRÁFICO 11 - Escolaridade dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos da comunidade possui baixa escolaridade, com predominância de fundamental incompleto e analfabetismo. Apesar disso, esses idosos não estão institucionalizados, o que sugere que outros fatores como rede de apoio familiar ou autonomia funcional podem ter maior peso na decisão de permanecer no domicílio.

Segundo Andres et al. (2024), embora a escolaridade esteja associada a melhores condições de saúde e maior acesso a cuidados, sua relação com a institucionalização depende do contexto social e familiar. Um idoso com baixa escolaridade, mas com filhos presentes ou condições físicas adequadas, pode continuar vivendo na comunidade.

GRÁFICO 12 - Escolaridade dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maior parte dos idosos institucionalizados apresenta analfabetismo ou baixa escolaridade, o que pode estar relacionado à menor capacidade de buscar recursos, compreender orientações de saúde ou até mesmo manter vínculos sociais e familiares ao longo da vida.

De acordo com Medeiros et al. (2020) e Silva (2024), o baixo nível de escolaridade está associado à exclusão social, menor acesso aos serviços de saúde e maior dependência em idade avançada. Isso pode favorecer o isolamento e, consequentemente, a institucionalização, especialmente quando somado à ausência de rede de apoio.

GRÁFICO 13 - Tempo de internamento dos idosos

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos está institucionalizada há longos períodos, especialmente entre 3 a 5 anos, o que aponta para uma permanência crônica nas instituições. Isso sugere que, uma vez institucionalizado, o idoso tende a permanecer por muitos anos, possivelmente até o fim da vida.

Segundo Maciel **et al.** (2023) e Rocha (2024), a institucionalização de longa duração está geralmente associada a um alto grau de dependência funcional, ausência de cuidadores familiares e múltiplas comorbidades. Com o passar do tempo, torna-se mais difícil a reintegração do idoso ao convívio familiar, especialmente quando há perda da autonomia física e cognitiva.

Além disso, Blazer (2019) destaca que o internamento prolongado pode impactar negativamente o estado emocional do idoso, favorecendo o surgimento de sintomas depressivos e o isolamento social, especialmente quando não há vínculos familiares ativos ou estímulo a atividades sociais dentro da instituição.

GRÁFICO 14 - Gosta da instituição

FONTE: Autoria própria, 2025

O gráfico mostra que todos os respondentes afirmaram gostar da instituição, o que representa unanimidade (100% das respostas foram “SIM”). Esse dado sugere um alto nível de satisfação ou identificação com a instituição por parte dos participantes da pesquisa.

Segundo Silva **et al.** (2021), a percepção positiva dos idosos em relação à instituição está fortemente relacionada ao sentimento de pertencimento, acolhimento e reconhecimento dentro do espaço educacional. A unanimidade nas respostas positivas do gráfico pode refletir uma gestão que prioriza o bem-estar emocional.

GRÁFICO 15 - Frequência de vistas familiar dos idosos

FONTE: Autoria própria, 2025

Observa-se que a frequência de 3 visitas por mês representa a maioria dos casos, com 8 participantes. Isso indica um envolvimento significativo, mas que não se prolonga em fidelização contínua (poucos com 4 ou mais visitas). A queda nas faixas de 4 e 5 ou mais visitas (apenas 1 pessoa em cada) sinaliza uma possível dificuldade de retenção dos visitantes.

Tal distribuição sugere um comportamento de experimentação repetida, mas sem consolidação em um vínculo duradouro. A menor presença nas faixas de visitas mais frequentes pode indicar fragilidade na experiência oferecida, na satisfação do serviço ou em elementos de encantamento e lealdade.

Grönroos (2020) destaca que a percepção de valor influencia diretamente na decisão de retorno. Se os usuários não percebem valor suficiente nas visitas anteriores, a probabilidade de voltarem diminui. Isso se alinha à baixa taxa de visitas repetidas acima de 3 vezes.

GRÁFICO 16 - Atividade física dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A totalidade da prática de atividade física entre os idosos não institucionalizados revela uma tendência positiva em relação ao engajamento com a saúde preventiva e o autocuidado. Esse dado pode ser interpretado como reflexo de uma maior autonomia funcional, da facilidade de acesso a ambientes externos, como praças, clubes ou academias, e de um maior estímulo social ou familiar. Diferentemente dos ambientes institucionais, que muitas vezes apresentam limitações de espaço, motivação e estrutura, os idosos não institucionalizados encontram mais liberdade e estímulos ambientais para se manterem fisicamente ativos. Segundo Gomes et al. (2023), a atividade física representa não apenas uma prática voltada ao bem-estar físico, mas também um importante fator protetor contra o declínio cognitivo e a depressão.

GRÁFICO 17 - Atividade física dos idosos institucionalizados

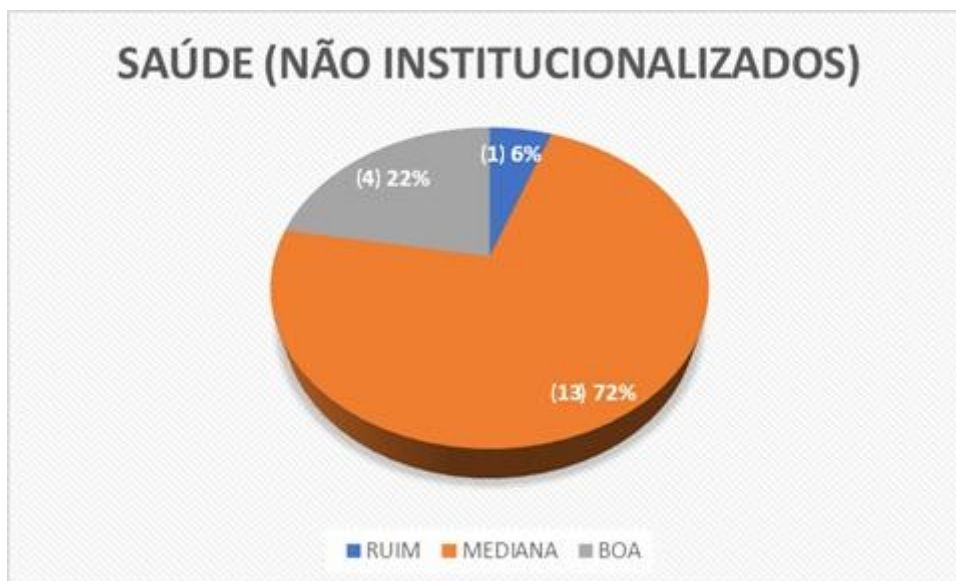
FONTE: Autoria própria, 2025

A baixa adesão à atividade física entre idosos institucionalizados pode estar relacionada a diversos fatores estruturais, funcionais e psicossociais.

Ambiente físico restritivo, muitas instituições carecem de espaços adequados para a prática de atividades físicas, déficit de profissionais capacitados para implementar rotinas regulares de exercícios, condições clínicas e fragilidade dos residentes, que limitam sua mobilidade, baixa motivação emocional, muitas vezes associada à solidão, depressão e afastamento da vida social ativa.

A institucionalização, por si só, está associada ao risco aumentado de declínio funcional e cognitivo, conforme apontam diversos estudos recentes.

Fiorati **et al.** (2023) destacam que a escassez de políticas públicas voltadas à promoção da saúde nas ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos) limita o acesso dos residentes a ações de prevenção, como a prática de atividades físicas regulares.

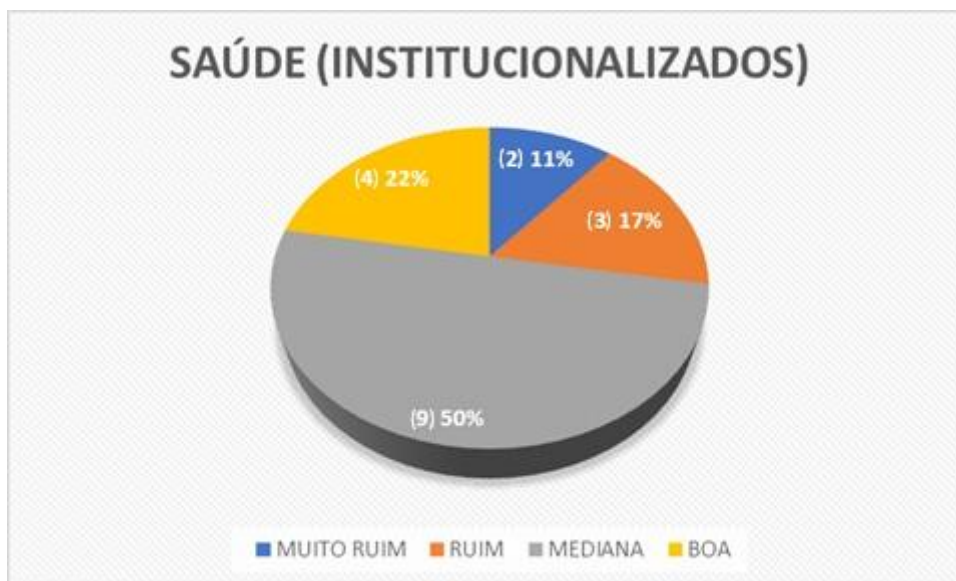
GRÁFICO 18 - Saúde dos idosos não institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos não institucionalizados avalia sua saúde como mediana, o que pode indicar a presença de doenças crônicas controladas, ou a aceitação do processo natural de envelhecimento. O número relevante de respostas indicando saúde “boa” sugere condições de vida favoráveis fora da institucionalização, como maior independência, acesso à rede de apoio familiar e serviços de saúde.

A autopercepção de saúde é um importante preditor de qualidade de vida, mortalidade e uso de serviços de saúde, especialmente na população idosa (Barros **et al.**, 2021).

Rodrigues **et al.** (2023) também ressaltam que idosos fora de instituições apresentam maior autoestima e engajamento social, o que se reflete na avaliação subjetiva mais favorável do próprio estado de saúde.

GRÁFICO 19 - Saúde dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A percepção predominante como “nem boa, nem ruim” sugere uma aceitação resignada do estado de saúde, possivelmente influenciada pela rotina institucionalizada, pela ausência de vínculos familiares constantes, e por limitações funcionais ou emocionais. A presença de respostas em “ruim” e “muito ruim” (quase 28%) também reflete uma vulnerabilidade maior em comparação com idosos não institucionalizados.

Mesmo havendo alguns relatos de saúde “boa”, o ambiente institucional muitas vezes oferece cuidados físicos, mas não supre completamente as necessidades emocionais e sociais, o que impacta diretamente na autopercepção negativa da saúde (Paúl **et al.**, 2021).

GRÁFICO 20 - Sensação de solidão dos idosos não institucionalizados



FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos não institucionalizados relata sentir-se sozinho "algumas vezes", com uma minoria afirmando que isso ocorre raramente. Nenhum idoso declarou sentir-se sempre ou muitas vezes sozinho, o que pode indicar que, apesar da presença ocasional da solidão, esses indivíduos ainda mantêm vínculos sociais minimamente satisfatórios.

Este padrão sugere que o ambiente fora de instituições geralmente em contextos familiares ou comunitários favorece interações sociais mais frequentes e a manutenção de laços afetivos, o que contribui para uma menor incidência de solidão crônica.

De acordo com Lima-Costa **et al.** (2022), idosos que vivem em comunidade têm maiores oportunidades de interação social, o que reduz a frequência de sentimentos de isolamento emocional.

GRÁFICO 21 - Sensação de solidão dos idosos institucionalizados

FONTE: Autoria própria, 2025

A maioria dos idosos institucionalizados relatou sentir solidão com frequência: seis afirmaram sentir-se sempre sós, e outros cinco, muitas vezes. Apenas dois idosos disseram raramente se sentir sozinhos, e nenhum relatou nunca ter essa sensação. Esses dados evidenciam um alto nível de isolamento social nas instituições, o que pode estar relacionado a diversos fatores, como o distanciamento familiar, a escassez de atividades ocupacionais e sociais, e as relações afetivas limitadas no ambiente institucional. De acordo com Silva **et al.** (2021), os idosos institucionalizados enfrentam maiores níveis de solidão por estarem afastados de suas redes afetivas e do convívio comunitário.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A presente pesquisa possibilitou uma reflexão ampla e fundamentada sobre a identificação de sintomas de depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, trazendo à tona a importância da abordagem integral da saúde mental na terceira idade. Verificou-se que a depressão é uma condição prevalente entre os idosos e que suas manifestações estão associadas a múltiplos fatores, como isolamento social, ausência de suporte familiar, inatividade, perdas significativas e mudanças no estilo de vida.

Os dados levantados apontam que os idosos institucionalizados tendem a apresentar maior incidência de sintomas depressivos, o que pode estar relacionado ao afastamento do convívio familiar, à rotina institucional e à ausência de vínculos afetivos consistentes. Em contrapartida, os idosos não institucionalizados, embora apresentem melhores indicadores de bem-estar emocional, também não estão isentos de vivenciar situações de sofrimento psíquico, especialmente quando privados de suporte social adequado.

Dessa forma, torna-se imprescindível a implementação de estratégias de cuidado pautadas na promoção da saúde mental do idoso, com ações interdisciplinares que envolvam a família, os profissionais de saúde e a comunidade. As atividades recreativas, o fortalecimento de vínculos afetivos e o estímulo à participação social mostraram-se essenciais para a prevenção e mitigação da depressão entre os idosos.

Portanto, este trabalho contribui para a ampliação do conhecimento acerca da saúde mental na velhice e reforça a necessidade de políticas públicas que garantam a atenção integral ao idoso, priorizando não apenas os aspectos físicos, mas também emocionais, psicológicos e sociais que interferem diretamente em sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. ANDRES, L. et al. Métodos de diagnóstico da depressão em idosos: desafios e abordagens psiquiátricas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 6, p. 1412–1432, 20 jun. 2024.
2. BARROS, M. B. A. et al. Envelhecimento e autopercepção de saúde: um estudo populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 39, 2021.
3. BLAZER, D. Depression in late life: review and commentary. **The Journals of Gerontology**, 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção psicossocial na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
5. CARVALHO, R. Depressão: por que Brasil tem maior taxa da América Latina. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/articles/czkekymmv55o>. Acesso em: 14 nov. 2024.
6. FERNANDA, A. et al. **Centro Paula Souza ETEC Padre José Nunes Dias: Técnico em Enfermagem**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: https://ric.cps.sp.gov.br/bitstream/123456789/22401/1/tecnicoemenfermagem_2024_4_renancesardocarmo_depressaodoidosoinstitucionalizado.pdf. Acesso em: 14 nov. 2024.
7. FERREIRA, L. K.; ALVES, L. C.. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2020.
8. FIORATI, R. C. et al. Barreiras para o envelhecimento ativo em instituições de longa permanência. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 144–156, 2023.
9. GOMES, M. J. F.; ANDRADE, D. R.; CUNHA, L. M. Atividade física e cognição em idosos não institucionalizados: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 26, n. 1, e220179, 2023.

10. GRÖNROOS, C. **Service management and marketing: managing the service profit logic**. Hoboken: Wiley, 2020.
11. GUIMARÃES, C. A.; SILVA, A. L. B.; FERREIRA, J. R. B. Depressão e envelhecimento: aspectos biopsicossociais. *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 55–68, 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/42160>.
12. GUIMARÃES, L. et al. Depressão em idosos institucionalizados: fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2019.
13. LIMA-COSTA, M. F. et al. Envelhecimento ativo e suporte social: evidências da coorte ELISI-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 7, e00211321, 2022.
15. LUCIANO, V. P.; FARJE, L. M. Transtornos depressivos: diagnóstico e classificação segundo o DSM-5. *Revista Brasileira de Psicologia*, v. 7, n. 2, p. 45–60, 2019.
16. MACIEL, N.; ELIANA, M.; ROCHELLY, F. Depressão em idosos residentes em instituição de longa permanência: estudo de revisão. **Recima21**, v. 4, n. 4, p. e443045, 22 abr. 2023.
17. MALAQUIAS, D. S. R. et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 25, n. 6, p. 1–12, 2022.
18. MEDEIROS, G. L. de F.; TOLEDO, M. A.; SOUSA, M. N. A. de. Depressão em idosos: implicações sociais e outras intercorrências. **ID on line: Revista de Psicologia**, v. 14, n. 53, p. 474–483, 28 dez. 2020.
19. MONTEIRO, M. N. F. et al. Alterações cognitivas e emocionais na depressão geriátrica: uma revisão. *Revista Enfermagem Atual*, v. 95, p. 42–49, 2021.
20. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Depressão: principais fatos. Brasília: OPAS/OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.

- 21.ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas globais de saúde. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>.
- 22.PAÚL, C. et al. Institutionalization and subjective health perception among older adults: a European multicenter study. **Journal of Aging Studies**, v. 59, 100975, 2021.
- 23.POWELL, V. B. et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, supl. 2, p. s73–s80, out. 2008.
- 24.QUEMEL, G. K. C. et al. Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão. **Brazilian Applied Science Review**, v. 5, n. 3, p. 1384–1403, maio 2021.
- 25.RAMOS, L. R. et al. Fatores associados à institucionalização de idosos. **Revista de Saúde Pública**, 2019.
- 26.REVISTA, J. de. Depressão em idosos institucionalizados: uma revisão de literatura. **Estudos Acadêmicos**, ano III, v. III, n. 6, p. 2595–1661, 2020.
- 27.RIBEIRO, M. C. M. Desafios no tratamento da depressão em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e220005, 2022. Disponível em: <https://www.rbgg.com.br/>.
- 28.ROCHA, F. Depressão no idoso institucionalizado. **Sp.gov.br**, 2024.
- 29.RODRIGUES, I. R. et al. Determinantes sociais e autopercepção de saúde em idosos comunitários. **Revista Saúde em Debate**, v. 47, n. 137, p. 102–116, 2023.
- 30.SALAROLI, E. M.; RESENDE, L. M. de M.; RODRIGUES, L. A. P.; GOMES, L. A. Fatores associados à depressão em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, n. 1, e210214, 2022.

- 31.SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; FERNANDES, M. H. Depressão em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, p. 17, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/BZbnRwMSydZpcKMw9tdRZXC>.
- 32.SCARANO, J.; BESSA, M.; MOTA, R. A institucionalização do idoso e suas implicações psicossociais. **Revista Kairós Gerontologia**, 2023.
- 33.SILVA, A. R.; COSTA, L. C.; ANDRADE, M. A. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 1, e210014, 2021.
34. SILVA, J. L.; BATISTA, K. C.; NUNES, D. P. Atividades recreativas e sociais como estratégia de promoção da saúde mental em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 6, p. 1–10, 2020.
- 35.SILVA, L. R. et al. Vivência da solidão em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 3, e210044, 2021.
- 36.SILVA, L. F.; LIMA, C. S.; MOURA, A. P. Satisfação e pertencimento no ambiente educacional: fatores que influenciam o vínculo institucional. **Revista Educação & Sociedade**, v. 42, n. 3, 2021.
- 37.SILVA, L. V. B. da. Vivendo com a sombra: explorando a depressão em idosos e seu tratamento com antidepressivos. **Revista Sociedade Científica**, v. 7, n. 1, p. 2230–2251, maio 2024.
- 38.VALLIM, Y. V.; PORTELA, M. V. M.; FIGUEIREDO JÚNIOR, H. S. de. Uma análise da depressão em idosos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 5, p. e13031, maio 2023.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS, cujo pesquisador responsável é Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel. O objetivo do projeto é identificar sintomas de depressão no idoso institucionalizado e não institucionalizado. O(A) Sr(a) está sendo convidado por que faz parte do grupo e faixa etária. O(A) Sr(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço. Caso aceite participar da pesquisa, sua participação consiste em responder um questionário apenas neste momento no dia de hoje, a pesquisa trata – se de um Trabalho de conclusão de curso (TCC), do curso de Enfermagem, da Fundação Educacional de Fernandópolis. A pesquisa não oferece risco para o (a) Sr(a). Quanto aos benefícios do projeto, o (a) Sr(a) será submetido à avaliação de um questionário sociodemográfico e um questionário Inventário de Depressão de Beck. Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica. O(A) Sr(a) pode entrar em contato com os pesquisadores responsável Leticia Vitória de Freitas, Maysa Santos Oliveira e Rafaela Barbosa Zampedri qualquer tempo para informação adicional nos telefones (17)99659-0314, (17)99718-1537 e (17)99794-7593. Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a) e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Li e concordo em participar da pesquisa.

Fernandópolis, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICO:

1 – NOME;

2 – IDADE;

3 – DATA DE NASCIMENTO;

4 – SEXO (MASCULINO, FEMENINO, PREFIRO NÃO RESPONDER, OUTRO);

5 – ESTADO CIVIL (SOLTEIRO, CASADO, DIVORCIADO, VIUVO, OUTRO);

6 – NÚMERO DE FILHOS;

7 – ESCOLARIDADE (ANALFABETO, ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO, ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO, ENSINO MÉDIO INCOMPLETO, ENSINO MÉDIO COMPLETO, ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO, ENSINO SUPERIOR COMPLETO);

8 – TEMPO DE INTERNAMENTO;

9 – GOSTA DA INSTITUIÇÃO (SIM, NÃO);

10 – QUAL A FREQUÊNCIA DE VISITA NO MÊS (1x, 2x, 3x, 4x, 5 OU MAIS);

11- REALIZA ALGUM TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA (SIM, NÃO);

12 – COMO CONSIDERA A SUA SAÚDE (MUITO RUIM, RUIM, MEDIANA, BOA);

13 – COM FREQUÊNCIA SE SENTE SÓ (SEMPRE, MUITAS VEZES, ALGUMAS VEZES, RARAMENTE, NUNCA).

AO PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE FERNANDÓPOLIS

Prezado Ocimar Antônio de Castro,

Estou escrevendo para solicitar formalmente a autorização para conduzir uma pesquisa científica como parte do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no curso de Enfermagem.

A pesquisa sob orientação da Profa. Ma. Priscila Cristina Oliveira Zignani Pimentel, tem como objetivo identificar ideação suicida entre acadêmicos da área da saúde e as possíveis motivações.

A pesquisa será realizada em conformidade com os princípios éticos estabelecidos para pesquisa científica, garantindo a confidencialidade e anonimato dos participantes. A coleta de dados será conduzida de maneira ética e responsável, e os resultados obtidos serão apresentados de forma a contribuir para o conhecimento acadêmico na área da saúde mental.

Para realizar a pesquisa, será necessário o acesso aos estudantes da área da saúde desta instituição, através do coordenador de curso que repassaria aos estudantes o convite para participar, o TCLE e o FORMS com o formulário da pesquisa.

Estou ciente da responsabilidade associada a essa solicitação e comprometo-me a seguir todas as normas e diretrizes estabelecidas pela faculdade, bem como a apresentar os resultados da pesquisa à instituição.

Agradeço antecipadamente pela atenção dispensada a esta solicitação e aguardo ansiosamente pela sua resposta.

Atenciosamente,

Leticia Vitória de Freitas, RA: 121201105349, (17)99659-0314

Maysa Santos Oliveira, RA: 121201104736, (17)99718-1537

Rafaela Barbosa Zampedri, RA: 121201104685, (17)99794-7593

() Autorizo o desenvolvimento da pesquisa e acesso aos estudantes a partir dos coordenadores.

() Não autorizo o desenvolvimento da pesquisa.

Ocimar Antônio de Castro

Presidente da Fundação Educacional de Fernandópolis



Faculdade de Ciências e Tecnologia – Campus de Presidente Prudente
Centro de Estudos e Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR)

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

NOME:	Sexo:	Prontuário:
	Idade:	Data da Lesão:
Lado Dominante ou parético: (D) (E)		Data da Avaliação:
Diagnóstico:		Avaliador:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o quera
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido	12	0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas

13	0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões	18	0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite
14	0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio	19	0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____
15	0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho	20	0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

NOTA: Os valores básicos são: 0-9 indicam que o indivíduo não está deprimido, 10-18 indicam depressão leve a moderada, 19-29 indicam depressão moderada a severa e 30-63 indicam depressão severa. Valores maiores indicam maior severidade dos sintomas depressivos.

Gandini, RC. Martins, MCF. Ribeiro, MP. Santos, DTG. Inventário de depressão de beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2007

