

FRAGILIDADE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

FRAILTY, DEPRESSIVE SYMPTOMS, AND QUALITY OF LIFE: A STUDY WITH INSTITUTIONALIZED OLDER PEOPLE

FRAGILIDAD, SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y CALIDAD DE VIDA: ESTUDIO CON ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Letícia Alves Melo¹
Larissa Andrade²
Helena Rita Oliveira Silva³
Marisa Silvana Zazzetta⁴
Ariene Angelini dos Santos-Orlandi⁵
Fabiana Souza Orlandi⁵

Como citar este artigo: Melo LA, Andrade L, Silva HRO, Zazzetta MS, Santos-Orlandi AA, Orlandi FS. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. Rev baiana enferm. 2018;32:e26340.

Objetivo: analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Métodos:** estudo descritivo, correlacional, de corte transversal. Foram avaliados 42 idosos institucionalizados, de setembro a dezembro de 2016, utilizando-se questionário para caracterização, *Tilburg Frailty Indicator*, Escala de Depressão Geriátrica com 15 questões e *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*. **Resultados:** predominaram idosos do gênero feminino (57,1%), com média de idade de 77,4 anos (dp=9,8), frágeis (57,1%), sem sintomas depressivos (57,1%). Idosos não frágeis apresentaram melhor percepção da qualidade de vida em sete domínios do instrumento utilizado para avaliação. Houve correlação negativa, de moderada magnitude e estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e cinco domínios do instrumento de qualidade de vida. Verificou-se correlação entre fragilidade e sintomas depressivos (p=0,008). **Conclusão:** idosos institucionalizados frágeis e com sintomas depressivos apresentaram pior percepção de qualidade de vida.

Descritores: Idoso Fragilizado. Depressão. Qualidade de Vida. Institucionalização. Enfermagem Geriátrica.

Objective: to assess the relationship between frailty, depressive symptoms, and quality of life of institutionalized older people. Methods: Descriptive, correlational, and cross-sectional study. Forty-two institutionalized older people were assessed from September to December, 2016, using a questionnaire for characterization, the Tilburg Frailty Indicator, the Geriatric Depression Scale with 15 questions, and the Quality of Life Scales for Nursing Home Residents. Results:

¹ Estudante de Gerontologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

² Gerontóloga. São Carlos, São Paulo, Brasil.

³ Terapeuta Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

⁴ Assistente Social. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Gerontologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil.

⁵ Enfermeira. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, São Paulo, Brasil. forlandi@ufscar.br

older women (57.1%) with a mean age of 77.4 years (SD=9.8), frail (57.1%), with no depressive symptoms (51.7%) were predominant. Non-frail older people showed better perception of quality of life in seven domains of the tool used for the assessment. A moderately, statistically significant, and negative correlation was found between depressive symptoms and five domains of the quality of life tool. There was a correlation between frailty and depressive symptoms ($p=0.008$). Conclusion: institutionalized frail older people with depressive symptoms showed the worst quality of life perception.

Descriptors: Frail Elderly. Depression. Quality of Life. Institutionalization. Geriatric Nursing.

Objetivo: analizar la relación entre fragilidad, síntomas depresivos y calidad de vida de ancianos institucionalizados. Métodos: estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Se evaluaron 42 ancianos institucionalizados, de septiembre a diciembre de 2016, utilizándose cuestionario para caracterización, Tilburg Frailty Indicator, Escala de Depresión Geriátrica con 15 preguntas y Quality of Life Scales for Nursing Home Residents. Resultados: predominaron ancianos del género femenino (57,1%), con promedio de edad de 77,4 años ($dp=9,8$), frágiles (57,1%), sin síntomas depresivos (57,1%). Ancianos no frágiles presentaron mejor percepción de la calidad de vida en siete ámbitos del instrumento utilizado para evaluación. Hubo correlación negativa, de moderada magnitud y estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y cinco dominios del instrumento de calidad de vida. Se verificó correlación entre fragilidad y síntomas depresivos ($p=0,008$). Conclusión: ancianos institucionalizados frágiles y con síntomas depresivos presentaron peor percepción de calidad de vida.

Descriptores: Anciano Frágil. Depresión. Calidad de Vida. Institucionalización. Enfermería Geriátrica.

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno que ocorre em escala mundial, devido à diminuição das taxas de mortalidade e de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida. Tais reduções contribuem para a transição demográfica, isto é, a mudança da estrutura etária da população e, junto dela, a queda do crescimento populacional⁽¹⁾.

Concomitantemente à transição demográfica, presencia-se a transição epidemiológica caracterizada por uma modificação no cenário das doenças e agravos mais prevalentes. Antigamente, esse perfil era de doenças infectocontagiosas; atualmente são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Diante desse contexto, a carga de morbimortalidade passa dos mais jovens para os idosos, repercutindo em prejuízo no desempenho funcional desses e na necessidade de um cuidador⁽²⁾.

Culturalmente, é a família que assume o papel de cuidadora quando o idoso necessita, porém nem sempre os familiares estão aptos a cuidar dos idosos e enfrentam muitas dificuldades diante desse papel⁽¹⁾. Devido à sobrecarga advinda do cuidado, que é agravada conforme o aprofundamento da incapacidade funcional,

do declínio cognitivo, desequilíbrio das DCNT e aumento do grau dependência do idoso, muitas famílias optam por instituições de longa permanência (ILPI). Entretanto, estudo encontrou que pode existir, no contexto das ILPIs, um escasso número de visitas dos entes queridos e essa privação do contato com familiares pode gerar um impacto negativo sobre a qualidade de vida do idoso⁽³⁾.

Idosos privados de experiências afetivas com seus familiares podem estar predispostos à vulnerabilidade psicológica e, conseqüentemente, ao aparecimento de sintomas depressivos. Um idoso com sintomas depressivos pode apresentar inapetência, desnutrição crônica e inatividade física, o que aumenta os riscos para o desenvolvimento da síndrome da fragilidade e até mesmo a mortalidade⁽⁴⁾.

É importante ressaltar que, no cenário de institucionalização, é alta a prevalência de fragilidade⁽⁵⁾ e de sintomas depressivos⁽³⁻⁴⁾ e pode afetar negativamente a qualidade de vida e bem-estar desses idosos.

Diante do exposto, torna-se importante e pertinente estudar a relação existente entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida

de idosos institucionalizados, a fim de subsidiar o planejamento de uma assistência de qualidade nessas instituições. Além disso, são necessários avanços nos estudos nacionais sobre essa temática entre idosos institucionalizados. Dessa maneira, este estudo objetivou analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Método

Pesquisa descritiva, correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa de investigação.

O presente estudo foi realizado em três ILPIs do interior do estado de São Paulo. Trata-se de instituições de caráter filantrópico, com característica público-privada e capacidade física e profissional para atender idosos nos três graus de dependência, conforme determina RDC n. 283/05 MS/ANVISA⁽⁶⁾, que estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência. As instituições foram escolhidas intencionalmente, devido ao tempo de funcionamento e à acessibilidade dos responsáveis para realização do estudo.

A população total de residentes nas ILPIs que integraram o presente estudo foi composta por 134 pessoas com 60 anos de idade ou mais. A escolha dos participantes foi intencional. Em cada uma das instituições, as responsáveis técnicas (enfermeiras) indicaram, com base no histórico clínico dos residentes, aqueles que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos de idade ou mais e compreender as questões da entrevista. Idosos com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer ou outras demências atendiam aos critérios de exclusão do estudo. Estes foram: apresentar graves déficits de audição ou de visão, que dificultassem a comunicação; possuir demência moderada ou severa. Sendo assim, a amostra constituiu-se de 42 idosos.

A Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foi respeitada. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob Parecer n. 1.702.982, em 30 de agosto de 2016 (CAAE:

55339716.3.0000.5504). Somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a coleta de dados teve início.

O contato com os idosos foi realizado individualmente na ILPI em que reside, momento em que houve a apresentação dos objetivos da pesquisa, a natureza voluntária da participação e o sigilo dos dados coletados, esclarecendo-se eventuais dúvidas. Em seguida, foi realizado o convite para participar da pesquisa. Após o aceite, os idosos foram conduzidos a um ambiente reservado, onde foram feitas a leitura e a assinatura do TCLE. Posteriormente, realizou-se a entrevista individual com as participantes, com duração aproximada de uma hora, mediante a aplicação dos instrumentos de avaliação. Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2016.

A qualidade de vida foi avaliada pelo *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* (QoL-NHR), criado por Roseline Kane em 2003⁽⁷⁾, traduzido e adaptado por Oliveira⁽⁸⁾ e validado para o Brasil por uma das autoras do presente estudo, com confiabilidade total da escala de 0,900 pelo alfa de Cronbach. O instrumento apresenta 54 itens distribuídos em 11 domínios: Conforto (C), Competência Funcional (CF), Privacidade (PRI), Dignidade (DIG), Atividades Significativas (AS), Relacionamento (REL), Autonomia (AUT), Apreciação de Alimentos (APR), Bem-estar Espiritual (BES), Segurança (SEG) e Individualidade (IND). Sua pontuação varia entre 3 e 24 pontos, trabalhada por meio da escala *likert* de três – quatro – sete ou oito opções, acompanhando as particularidades de cada domínio mencionado. Se o entrevistado não conseguir responder após três tentativas é solicitado que responda utilizando apenas duas opções “na maioria das vezes sim” ou “na maioria das vezes não”.

O rastreio dos sintomas depressivos foi realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), validada para o contexto brasileiro⁽⁹⁾. Trata-se da versão reduzida, constituída de 15 questões. Sua pontuação varia de 0 a 15 pontos e são divididos em três categorias: normal, quando os pontos situam-se entre 0 e

5; sintomas depressivos leves, de 6 a 10 pontos; sintomas depressivos severos, 11 a 15 pontos.

Quanto à fragilidade, foi avaliada pelo *Indicador de Fragilidade de Tilburg* (TFI), adaptado e validado para o contexto nacional⁽¹⁰⁾. Este indicador é composto por 15 questões que contemplam 3 domínios: físico (saúde física, dificuldades na caminhada, perda de peso não intencional, prejuízos na visão e audição, dificuldades para manter o equilíbrio, cansaço físico e diminuição na força de preensão); social (sentir-se só, morar sozinho e carência do suporte social); psicológico (sintomas depressivos, ansiedade, déficit cognitivo e enfrentamento de problemas). Seu score varia de 0 a 15 pontos, entretanto resultados maiores ou iguais a 5 indicam fragilidade.

Os dados foram conferidos e digitados em uma planilha do Excel 2016, e analisados com apoio do programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 19.0.

Estatística descritiva foi utilizada para descrever o perfil da amostra. Para as variáveis contínuas foram realizadas medidas de posição e dispersão (média, desvio-padrão); para as variáveis categóricas foram confeccionadas tabelas de frequência, com valores absolutos (n) e percentuais (%).

Por meio do Teste de Kolmogorv-Smirnov, verificou-se ausência de distribuição normal dos dados, sendo utilizados testes não paramétricos para análise.

O Teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as médias dos domínios do TFI em relação às categorias da GDS-15 e para comparar as médias dos domínios do QoL-NHR em relação à fragilidade.

O Coeficiente de Correlação de Spearman foi utilizado para verificar a correlação entre sintomas depressivos e os domínios do QoL-NHR.

Foi adotado como significância estatística o nível de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Foram avaliados 42 idosos institucionalizados. Houve predomínio de idosos do gênero feminino (57,1%) e com média de idade de 77,4 anos (DP=9,8). A maioria dos participantes estava frágil (57,1%) e apresentou alterações cognitivas (66,7%). Em relação aos sintomas depressivos, 57,1% não possuíam, 38,1% apresentaram sintomas depressivos leves e 4,8%, sintomas depressivos severos, como disposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Estatística descritiva dos dados coletados por meio de entrevista aos idosos institucionalizados com classificação por categorias. São Carlos, São Paulo, Brasil – 2016 (N=42)

Variáveis	Média (± Desvio Padrão)	Mediana	Varição Observada	n	%
Gênero					
Masculino				18	42,9
Feminino				24	57,1
Idade (em anos)	77,4 (±9,8)	79,0	60-96		
Tilburg Frailty Indicator					
Não Frágil				18	42,9
Frágil				24	57,1
Escala de depressão Geriátrica					
Sem sintomas depressivos				24	57,1
Sintomas depressivos leves				16	38,1
Sintomas depressivos graves				2	4,8

Fonte: Elaboração própria.

Cabe informar que a consistência interna do TFI e da GDS-15 foram satisfatórios, com valores

de alfa de Cronbach e de Kuder Richardson – 20 de 0,70 e 0,749, respectivamente. Com relação à

confiabilidade do instrumento QoL-NHR, os valores de alfa de Cronbach obtidos por domínio foram: Conforto (0,600), Competência funcional (0,870), Privacidade (0,600), Dignidade (0,772), Atividades significativas (0,550), Relacionamento

(0,690), Autonomia (0,755), Apreciação de alimentos (0,500), Bem-estar espiritual (0,700), Segurança (0,500) e Individualidade (0,713).

As Tabelas 2a e 2b apresentam a comparação da fragilidade em relação à qualidade de vida.

Tabela 2a – Comparação das médias dos domínios do instrumento de qualidade de vida, segundo níveis de fragilidade. São Carlos, São Paulo, Brasil – 2016 (N=42)

Níveis de Fragilidade	Conforto	Competência funcional	Privacidade	Dignidade	Atividades significativas	Relacionamento
Não frágil	19,6	18,7	17,8	19,5	23,7	17,1
Frágil	15,5	14,2	14,4	17,4	18,3	15,2
<i>p-value*</i>	0,001	<0,001	0,002	0,004	0,593	0,065

Fonte: Elaboração própria.

*Teste de Mann-Whitney.

Tabela 2b – Comparação das médias dos domínios do instrumento de qualidade de vida, segundo níveis de fragilidade. São Carlos, São Paulo, Brasil – 2016 (N=42)

Níveis de Fragilidade	Autonomia	Apreciação de alimentos	Bem-estar espiritual	Segurança	Individualidade
Não frágil	14,8	9,7	14,4	16,6	22,3
Frágil	11,3	8,8	13,5	14,6	18,5
<i>p-value*</i>	0,002	0,237	0,356	0,019	0,001

Fonte: Elaboração própria.

*Teste de Mann-Whitney.

A percepção da qualidade de vida foi melhor para os idosos não frágeis em todos os domínios do referido instrumento, com significância estatística nos domínios conforto, competência

funcional, privacidade, dignidade, autonomia, segurança e individualidade.

As Tabelas 3a e 3b apresentam a comparação dos sintomas depressivos em relação à qualidade de vida.

Tabela 3a – Comparação das médias dos domínios do instrumento de qualidade de vida, segundo a presença de sintomas depressivos. São Carlos, São Paulo, Brasil – 2016 (N=42)

Sintomas depressivos	Conforto	Competência funcional	Privacidade	Dignidade	Atividades	Relacionamento
r	-0,301	-0,200	-0,304	-0,366	-0,257	-0,177
<i>p-value*</i>	0,053	0,204	0,051	0,017	0,101	0,462

Fonte: Elaboração própria.

*Coeficiente de Correlação de Spearman.

Tabela 3b – Comparação das médias dos domínios do instrumento de qualidade de vida, segundo a presença de sintomas depressivos. São Carlos, São Paulo, Brasil – 2016 (N=42)

Sintomas depressivos	Autonomia	Apreciação de Alimentos	Bem-estar espiritual	Segurança	Individualidade
r	-0,343	-0,267	-0,385	-0,432	-0,321
<i>p-value*</i>	0,026	0,087	0,012	0,004	0,038

Fonte: Elaboração própria.

*Coeficiente de Correlação de Spearman.

Houve correlação negativa, de moderada magnitude e estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e os domínios dignidade, autonomia, bem-estar espiritual, segurança e individualidade. Isso significa que menos sintomas

depressivos resultava em melhor qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A Tabela 4 retrata a comparação da fragilidade em relação aos sintomas depressivos.

Tabela 4 – Comparação das médias dos domínios e total do *Tilburg Frailty Indicator*, segundo as categorias da Escala de Depressão Geriátrica. São Carlos, São Paulo, Brasil – 2016 (N=42)

GDS - 15	TFI	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Total
Sem sintomas depressivos		2,2	1,0	1,0	4,2
Com sintomas depressivos		3,3	1,8	1,3	6,5
<i>p-value*</i>		0,011	0,038	0,191	0,008

Fonte: Elaboração própria.

*Teste de Mann-Whitney.

Verificou-se correlação entre fragilidade e sintomas depressivos ($p=0,008$). Observou-se que idosos com sintomas depressivos apresentaram as maiores pontuações médias em todos os domínios do TFI, com diferença estatisticamente significativa no TFI total e nos domínios físico e psicológico.

Discussão

Dentre os idosos institucionalizados, houve predomínio de mulheres e com idade avançada. Dados semelhantes foram encontrados na literatura tanto no contexto nacional⁽¹¹⁾ quanto internacional⁽¹²⁾. Isso ocorre, pois, na maioria das vezes, as mulheres permanecem sozinhas quando se tornam viúvas, enquanto os homens tendem a se casar novamente. Além disso, os homens morrem mais jovens devido à maior exposição à violência e à adoção de um estilo de vida menos saudável. Todo esse cenário evidencia a feminização da velhice, isto é, as mulheres constituem a maioria da população idosa em diversos contextos e regiões do Brasil e do mundo⁽¹⁾.

Apesar de a longevidade ser considerada um fator positivo devido à capacidade do ser humano de viver mais tempo, é importante compreender que, para as mulheres, essa maior expectativa de vida traz consigo fatores positivos e negativos, tais como fatores biológicos (desregulação hormonal), ambientais (estilo de vida,

pobreza, baixa escolaridade e isolamento social), histórico patológico, além das diferenças da disponibilidade de oportunidades entre homens e mulheres, as quais prejudicam as idosas durante todo o decorrer de suas vidas⁽¹³⁾.

A diminuição da capacidade de realizar independentemente as atividades de autocuidado, a redução do contato com a família e a inexistência do envolvimento com amigos/comunidade exercem influência negativa sobre a ocorrência de sintomas depressivos, fato identificado em diversos estudos recentes encontrados na literatura⁽¹⁴⁾.

Embora a maioria dos idosos não tenha apresentado sintomas depressivos no presente estudo, existe a preocupação com os demais idosos que apresentam sintomas depressivos leves (38,1%). Dados semelhantes foram encontrados na literatura⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. É observado, no contexto da institucionalização, que os idosos não são suficientemente estimulados para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária, além de serem privados de atividades extrafamiliares. Estes fatores contribuem para a introspecção do indivíduo e, assim, para o surgimento dos sintomas depressivos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

As ILPIs possuem uma rotina acelerada que dificulta a disponibilidade dos profissionais. Os cuidados físicos que precisam prestar a todos os residentes consomem muitas horas diárias, sem sobrar muito tempo para a prática da escuta ativa

do que os idosos têm a dizer. A comunicação e o entretenimento contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos idosos, impossibilitam o isolamento e a introspecção e são preditores da manifestação de sintomas depressivos.

No presente estudo, 57,1% dos idosos estavam frágeis e 42,9% não frágeis, de acordo com os critérios de avaliação do TFI. Dados semelhantes foram encontrados na literatura nacional, utilizando o mesmo instrumento de avaliação⁽¹⁸⁾. Foram sujeitos do estudo realizado nas regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil 442 idosos residentes em instituições de longa permanência, dentre os quais os autores identificaram, mediante a aplicação do TFI, a prevalência de 52% de idosos frágeis⁽¹⁸⁾.

A institucionalização, em alguns casos, traz ao idoso a dificuldade de adaptação, o que impacta de maneira negativa na qualidade de vida, além de abalar a independência e autonomia, contribuindo para a condução do idoso à síndrome de fragilidade. O idoso frágil sofre com a dependência física característica da síndrome, a qual acarreta a diminuição da sua qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Um idoso frágil apresenta diminuição da reserva homeostática, redução da resiliência e aumento da vulnerabilidade diante de estressores. Todos esses fatores podem levar a variações no estado de saúde, com implicações no bem-estar físico e psicológico, interferindo na percepção positiva de sua qualidade de vida⁽²⁰⁻²²⁾.

A literatura aponta que a depressão pode gerar condições fisiológicas para o aparecimento ou agravamento da síndrome da fragilidade. Idosos com sintomas depressivos podem apresentar inapetência, desnutrição crônica e inatividade física, o que aumenta os riscos para o desenvolvimento da fragilidade, com impacto negativo sobre a qualidade de vida desses indivíduos⁽²²⁻²³⁾.

Além dos aspectos fisiológicos que influenciam diretamente a qualidade de vida dos idosos, o acentuado declínio funcional tem impacto direto no bem-estar e na saúde física e mental desta população. Como reflexos dessas características, o isolamento social e a solidão na velhice, marcados pela presença de sintomas depressivos, afetam a participação social e o bem-estar⁽²⁴⁾.

A análise dos dados tornou possível identificar que a fragilidade e os sintomas depressivos apresentaram correlação com a qualidade de vida dos idosos deste estudo nos domínios Dignidade, Autonomia, Segurança e Individualidade. Isto sinaliza que os idosos entrevistados possuíam uma percepção negativa, no que tange à manutenção da própria identidade pessoal e única dentro da instituição em que residiam, da qual implicava a sensação de menosprezo e/ou desvalorização do ser, dificultando a tomada de iniciativa e de escolhas referentes ao próprio cuidado dentro da instituição, e contribuindo, por fim, para o sentimento de insegurança.

Como limitações do estudo, tem-se o corte transversal, que impediu o estabelecimento de causalidade entre as variáveis fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida. Além disso, houve limitação do tamanho amostral, em função do elevado percentual de idosos institucionalizados com quadro demencial. Essa limitação restringe a generalização das conclusões.

Conclusão

Os resultados deste estudo permitiram a constatação de que as características sociodemográficas e clínicas dos idosos institucionalizados são semelhantes aos achados publicados na literatura científica, com predomínio de mulheres residentes em instituições de longa permanência e idade média elevada entre os entrevistados.

Pôde-se categorizar como frágeis os participantes do estudo, pelo fato de uma parcela significativa dos idosos possuir alterações cognitivas e sintomas depressivos leves. Verificou-se que os idosos com sintomas depressivos apresentaram maior pontuação média no instrumento TFI, o qual explicita a correlação entre fragilidade e sintomas depressivos. Os impactos causados pela fragilidade contribuem com a manifestação de sintomas depressivos e a depressão pode levar o indivíduo à fragilização.

Correlações foram encontradas entre fragilidade/qualidade de vida e entre sintomas depressivos/qualidade de vida, revelando que a percepção da qualidade de vida foi melhor para os

idosos não frágeis assim como para idosos sem sintomas depressivos.

Recomenda-se a realização de estudos longitudinais, para se verificar a relação de causa e efeito entre o nível de fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida dos idosos que residem em ILPI. Além disso, sugere-se também o desenvolvimento de pesquisas de intervenção nos casos em processo de fragilização, como ensaios controlados randomizados, pois sabe-se que a fragilidade é potencialmente reversível e sua superação permite a essa população alcançar melhor nível de qualidade de vida.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Letícia Alves Melo, Larissa Andrade, Helena Rita Oliveira Silva, Marisa Silvana Zazzetta, Ariene Angelini Santos-Orlandi e Fabiana Souza Orlandi;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Letícia Alves de Melo, Marisa Silvana Zazetta, Ariene Angelini Santos-Orlandi e Fabiana Souza Orlandi;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Letícia Alves de Melo e Fabiana Souza Orlandi.

Referências

1. Camarano AA, Kanso S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, editor. Tratado de geriatria e gerontologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 185-209.
2. Chaimowicz F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, editor. Tratado de geriatria e gerontologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 214-34.
3. Dominguez-Lara SA, Centeno-Leyva SB. Prevalencia de depresión en adultos mayores en Lima Metropolitana. *Enferm Clín* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 14];27(1):59-60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116300973?via%3Dihub>
4. Rao SK, Wallace LMK, Theou O, Rockwood K. Is it better to be happy or not depressed? Depression mediates the effect of psychological well-being on adverse health outcomes in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2017 Sep [cited 2018 Mar 14];32(9):1000-8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gps.4559>
5. Fernandes LC, Fernandes VLS, Costa MN, Siqueira A, Menezes RL. Idosos institucionalizados: frágeis e sem equilíbrio. *Rev Educ Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 15];4(2):95-102. Available from: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoensaude/article/view/2022>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília; 2005.
7. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, et al. Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2003 Mar [cited 2018 Mar 15];58(3):240-8. Available from: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/58/3/M240/684127>
8. Oliveira GBS. Tradução e adaptação da quality of life scales for nursing home residents para o contexto brasileiro [dissertação]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2014.
9. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1999 [cited 2018 Apr 1];57(2-B):421-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/00D/anp/v57n2B/1446.pdf>
10. Santiago LM, Luz LL, Mattos IE, Gobbens RJJ. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 15];28(9):1795-801. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900018&script=sci_arttext&tlng=e
11. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioter Mov* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15];19(2):101-8. Available from: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18708>
12. Magalhães CP, Anes EM, Rebelo FM. Quality of life in institutionalized elderly undergoing an active aging program. *Millenium - J Educ Technol Health*

- [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];2(2):37-44. Available from: <http://revistas.rcaap.pt/millennium/article/viewFile/10125/7733>
13. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos Contextos* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 20];14(1):115-31. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3215/321540660010/>
 14. Singh R, Lohia P, Chand H. Assessment and Comparison of Emotional Health of Institutionalized and Non-institutionalized Elderly of Uttarakhand. *J Human Ecol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];60(1):29-33. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09709274.2017.1305617>
 15. Hsiao YC, Chen CY. Exploring Individual, Family, and Extrafamilial Factors Associated With Depression Among Elderly Residents of Care Settings. *Int J Aging Human Dev* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Mar 23];86(3):0091415017699938. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0091415017699938>
 16. Faiq SF, Faraj SA, Amin A, Robinow A, Loftus S, Shawis T. Depression in the older people: A perspective from Kurdistan of Iraq. *Middle East J Age Ageing* [Internet]. 2017 Nov [cited 2018 Mar 23];14(3):10-15. Available from: <http://www.me-jaa.com/November2017/Kurdistan.pdf>
 17. Moraes B, Miguel M, Oliveira V, Mendonça B, Nogueira D, Barros E, et al. Sintomas da depressão associada ao abandono em idosos institucionalizados nos municípios de Firminópolis e São Luís de Montes Belos-Goiás. *Rev Eletr Fac Montes Belos* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 23];9(2):106-41. Available from: <http://www.revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/227>
 18. Santiago LM, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos institucionalizados das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 25];17(2):327-37. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403838837010.pdf>
 19. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 25];70(4):747-52. Available from: <http://www.redalyc.org/html/2670/267052023012/>
 20. Morley JE, Vellas B, Kan GAV, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013 Jun [cited 2018 Mar 25];14(6):392-7. Available from: [http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(13\)00182-5/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(13)00182-5/abstract)
 21. Jiménez KSR, Chacón LJR. Síndrome de fragilidad y sus variables asociadas. *Med Int* [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 25];32(4):272-8. Available from: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/396/389>
 22. Gale CR, Cooper C. Attitudes to ageing and change in frailty status: the English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontol* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 1];64(1):58-66. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/477169>
 23. Freire HSS, Oliveira AKDS, Nascimento MRFD, Conceição MSD, Nascimento CEMD, Araújo PFD, et al. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 10];21(237):2030-5. Available from: <http://pt.calameo.com/read/003612754b88d7baefe90>
 24. Matos AIP, Mourão Isabel, Coelho E. Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade* [Internet]. 2016 [cited 2018 Apr 10];12(2):38-47. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mot/v12n2/v12n2a06.pdf>

Recebido: 24 de abril de 2018

Aprovado: 3 de dezembro de 2018

Publicado: 28 de dezembro de 2018



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.