

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico gradual, que se associa a declínios físicos e cognitivos, exigindo o aprendizado de novos comportamentos para manutenção da qualidade de vida (Nordon et al., 2009).

O processo de envelhecimento transcorre no seio da sociedade e tem início ainda quando os indivíduos têm idade menor que 65 anos, considerada o limite, pela Organização Mundial de Saúde, para serem denominados idosos. Assim sendo, o envelhecer não pode ser considerado fora do contexto social, porque a história do indivíduo é construída e tem sentido nesse contexto. Daí decorre que a institucionalização do idoso deve atuar como facilitadora do processo de envelhecimento, minimizando as perdas de autonomia e identidade, portanto promovendo qualidade de vida (Tomasini & Alves, 2007).

Esse perfil ideal da instituição de longa permanência para idosos (ILPI) não corresponde à realidade brasileira. Desde sua origem asilar, com o objetivo de prestar assistência social a idosos carentes, as ILPI brasileiras, em sua maioria, caracterizam-se por instituições com tratamento coletivo aos idosos, respeitando um sistema organizado de normas que visam eficiência institucional. Regem-se por um conjunto explícito que define a conduta do internado e sua rotina diária (Goffman, 2008).

Essas regras reforçam o imaginário do idoso ao ser institucionalizado. Passa a vivenciar a perda simbólica da identidade, a redução da autoestima e de sua função social; habita um local destinado aos desamparados, aos sem-família, embora possa usufruir de segurança, conforto, atendimento às necessidades da vida diária e alimentação (Michel et al., 2010, Pereira & Guerra, 2010, Prieto-Flores et al., 2011).

O conjunto social e afetivo das percepções da institucionalização contribui para o desencadeamento ou agravamento da depressão. Poucos estudos brasileiros têm sido publicados com o objetivo de determinar o percentual de depressão, podendo aumentar o desafio de contribuir para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A institucionalização de idosos, no Brasil, tem sido considerada fenômeno complexo com características variáveis segundo a localização da instituição de longa permanência para idosos.

Estudos transversais têm sua importância em Epidemiologia, por permitirem a determinação da prevalência de fenômenos, assim como a análise de evolução temporal de um fenômeno. Considerando que a institucionalização de idosos, no Nordeste Brasileiro, ainda é uma decisão social a requerer detalhamento, o estudo transversal, associado à descrição, pode elucidar aspectos determinantes ou modificadores da institucionalização (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006).

O objetivo deste artigo é determinar o percentual de depressão, os padrões cognitivos e a qualidade de vida de idosos institucionalizados.

MÉTODOS

Procedeu-se a estudo descritivo, transversal, observacional, com comparação de grupos. Estudos descritivos permitem a identificação das características de um fenômeno, atendendo ao objetivo de detalhar aspectos que poderão ser relacionados entre si. Quando associam a descrição à observação do fenômeno em estudo, tornam-se mais importantes, porque possibilitam descrição de características qualitativas, enriquecendo o detalhamento especialmente para fenômenos complexos (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006).

Foram locais do estudo nove instituições privadas de longa permanência para idosos, sendo sete localizadas no Recife, e duas no município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil.

A escolha das instituições teve por base dois motivos. A identificação da escassez de estudos sobre as características da institucionalização em municípios do Nordeste Brasileiro, admitindo que a influência da cultura e a dos valores locais podem ser distintas daquelas de outras regiões, bem como o fato de se constituírem ILPI consideradas dentro dos padrões exigidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio de inspeção do Ministério Público de Pernambuco, como parte da Caravana dos Idosos, realizada em 2008 (CFP, 2008).

A população esteve constituída por 425 idosos com mais de 65 anos de idade, morando em uma das nove instituições investigadas, os quais obedeciam aos critérios de inclusão:

- Idade igual ou maior que 65 anos, comprovada por documento de identificação ou pela informação da instituição de longa permanência onde moravam, para contemplar apenas gerontes;
- Morar em instituição de longa permanência para idosos no período de 03 de maio a 25 de julho de 2011, quando a coleta foi feita,
- Concordar em participar do estudo pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após ter recebido informações e tirado suas dúvidas sobre os objetivos da pesquisa.

Foram considerados critérios de exclusão:

- problema de saúde que impedisse a resposta aos instrumentos de coleta da presente pesquisa, incluindo deficiência auditiva e sequelas neurológicas de acidente vascular cerebral classificadas como graves;
- impossibilidade de compreensão das instruções para resposta aos instrumentos de coleta;
- desistência de participar do estudo, após ter respondido a parte dos instrumentos de pesquisa.

Adotou-se amostragem de conveniência, estratificada segundo instituição de longa permanência para idosos e probabilística, já que os idosos participantes da pesquisa foram selecionados a partir de sorteio dentre os idosos que preenchiam os critérios de inclusão.

O cálculo amostral, realizado com o programa estatístico Epi-Info versão 6.0, partiu de um universo de 425 idosos com idade igual ou maior que 65 anos. Considerando prevalência de depressão igual a 10%, dado que sua variação em estudos brasileiros de base populacional oscila entre 5% e 10%, e erro 0.5% com intervalo de confiança 95%, o tamanho da amostra final foi estimado em 105 idosos , empregando-se a fórmula 1(Holroyd & Clayton, 2002):

$$n = Z * Z [P (1-P)] / (D*D)$$

onde: Z valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de confiança desejado

(Z= 1,96 para Intervalo de 95% de Confiança - IC 95%)

P prevalência esperada

D erro máximo aceitável na estimativa (semi-amplitude do IC - medida de precisão)

A amostra esteve composta por 96 idosos, dado que, após o início da coleta, identificou-se que nove idosos não conseguiram completar todas as avaliações sob a alegação de cansaço extremo, motivo pelo qual foram excluídos da amostra.

Foram empregados sete instrumentos de coleta dos dados dos idosos, para contemplar quatro aspectos, quais sejam: características sociodemográficas e da instituição de longa permanência para idosos; triagem de depressão, triagem de perdas cognitivas e qualidade de vida, conforme descrição a seguir: a) questionário de dados sociodemográficos acrescidos de informações sobre a instituição de longa permanência para idosos, construído para esta pesquisa com a finalidade de descrição amostral; b) para avaliação de depressão - entrevista breve para o diagnóstico de episódio depressivo maior (*Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI módulo A, traduzida e validada para o idioma português Brasil, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria na atenção primária (Amorim, 2000) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30), na versão brasileira traduzida e validada (Almeida & Almeida, 1999; Barreto et al., 2008, Paradela, Lourenço & Veras, 2005, Yesavage et al., 1983); c) avaliação da qualidade de vida do idoso pelo Questionário CASP-19 (Hyde et al., 2003, Patrick, Skinner & Connell, 1993), empregado em virtude de os estudos demonstrarem que o comprometimento da qualidade de vida pode contribuir para o desencadeamento ou o agravamento de depressão em idoso (Freitas & Scheicher, 2010; Hedge et al., 2012); d) para rastreamento cognitivo dos idosos - Mini-mental e Teste de desenho do relógio.

Pela Escala de mini-exame do estado mental (MMSE), foram avaliados orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visuo-espaciais,

consideradas a capacidade da percepção espacial e das relações dos objetos e locais.

A denominação “mini” deve-se à não inclusão das avaliações de humor, e funções mentais anormais. A escala foi empregada como teste de rastreio para perda cognitiva, mas não se prestou para o diagnóstico de demência (Chaves, 2010).

Quanto ao Teste de desenho do relógio, foi empregado por possibilitar a triagem de indivíduos com perda cognitiva. Consiste em desenhar o mostrador de um relógio, posicionando os ponteiros de horas e minutos às 11:10 h, o que requer diferentes habilidades cognitivas, como compreensão auditiva e visual, concentração, controle executivo, habilidade visuoespacial e conhecimento (Schulman, 2000, Jouk & Tuokko, 2012).

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em maio de 2011, fez-se contato com as direções das nove instituições de longa permanência para idosos (ILPI) para obtenção da anuência em coletar dados junto aos idosos moradores.

Dois universitários de Psicologia foram treinados pelo pesquisador para proceder à coleta dos dados e participavam semanalmente de reunião com treinamento para apresentação de possíveis dúvidas.

Na primeira visita a cada uma das ILPI, o pesquisador reuniu-se com o responsável pela ILPI para receber informações sobre os idosos moradores, para identificação daqueles que poderiam participar. No primeiro contato com o idoso, o investigador procedeu à entrevista para identificação daqueles que cumpriam os critérios de inclusão. No caso de o idoso apresentar qualquer dos critérios de exclusão, procedeu-se à sua substituição, até que o total amostral fosse cumprido.

Os idosos que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa, após lhes terem sido explicados os objetivos, bem como seus direitos e deveres.

A coleta dos dados obedeceu a um formulário único, organizado segundo dificuldade de realização de cada avaliação e esteve assim composto: a) questionário de investigação sociodemográfica e das características relativas à institucionalização; b) escala geriátrica de depressão; c) entrevista breve para

diagnóstico de transtornos mentais (MINI); d) escala CASP-19; e) escala de mini-exame mental (MMSE), f) teste de desenho do relógio.

As questões de todos os questionários de avaliação foram lidas para os participantes, independente de seu grau de escolaridade, objetivando a uniformização da aplicação, já que havia idosos iletrados.

Os dados coletados foram criticados e organizados com o programa estatístico Epi-Info versão 3.5.3 *for Windows*[®], de Janeiro de 2011, e validados por dupla digitação. Após organização, os dados foram categorizados conforme o questionário aplicado.

Na entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais (MINI 5.0), foram obedecidas as instruções de aplicação e pontuação de Sheedan et al. (1998), para identificação de episódio depressivo maior, atual ou passado.

A pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (EGS-30) foi obtida respeitando as orientações originais do teste (Yesavage et al., 1983). Para tanto, consideraram-se corretas as respostas *sim* às questões 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, sendo as demais corretas na resposta negativa. Na categorização dos idosos, considerou-se ausência de depressão quando a soma das pontuações resultou menor ou igual a 10; depressão leve quando entre 11 e 20 e depressão grave, com soma maior que 20 pontos (Barreto et al., 2008).

As variáveis independentes foram expressas em distribuição de frequências absolutas e relativas. Foram utilizadas as pontuações originais do CASP-19. Procedeu-se inicialmente à codificação das respostas, atribuindo-se: a) zero ponto para “nunca”, b) um ponto para “raramente”, c) dois pontos para “às vezes”, e d) três pontos para “frequentemente”. Em seguida foi realizada a recodificação das respostas reversas dos itens 1, 2, 4, 6, 8 e 9. Finalmente foram calculadas as pontuações dos quatro domínios representadas pela soma dos itens que os compunham (controle - itens 1 a 4; autonomia, 5 a 9; prazer, 10 a 14; e autorrealização, itens 15 a 19). A pontuação geral do CASP-19 correspondeu à soma da pontuação dos quatro domínios, podendo variar de zero a 57 (Hyde et al., 2003).

Para análise do teste MMSE, adotaram-se os pontos de corte propostos por Crum et al. (1993), por contemplarem as variações devidas à idade e à escolaridade,

os quais estiveram concordes com os pontos de corte propostos por Castro-Costa et al. (2008). Esses pontos de corte permitem sensibilidade do teste igual a 82,4% para iletrados, 75,6% para baixa e média escolaridade e 80% para alta escolaridade, sendo as respectivas especificidades iguais a 97,5%, 96,6% e 95,6% (Anexo B).

As pontuações foram convertidas em percentual da pontuação normal para idade e escolaridade, para categorização da perda cognitiva, admitindo-se cognição normal quando o percentual da pontuação obtida pelo idoso foi igual ou maior que 90% do ponto de corte, perda leve com variação de 70,0% a 89,9%, perda moderada com variação de 33,4% a 69,9% da pontuação normal e perda severa, quando igual ou menor que 33,3% (De Vriendt, Gorus & Mets, 2012).

As pontuações do teste de desenho do relógio obedeceram a dois critérios. No critério de Schulman (2000), os desenhos foram pontuados de zero a cinco, conforme as imperfeições identificadas, zero correspondendo à inabilidade absoluta para representar o relógio e cinco, como o desenho de um relógio perfeito. No critério de Jouk e Tuokko (2012), as pontuações de Schulman foram agrupadas em duas categorias. Foram considerados normais os idosos com pontuação de Schulman igual a quatro ou cinco, e com perda cognitiva, aqueles com pontuação igual ou menor que três.

Para análise, foi empregado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), na versão 17.0.

Os dados em escala nominal ou ordinal foram apresentados em tabelas ou gráficos com distribuição de frequências absolutas e relativas. Os dados em escala intervalar ou de razões foram resumidos como média, erro-padrão da média ou mediana e amplitude semi-interquartílica, conforme a distribuição fosse normal ou não.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, sob registro CAAE nº 0312.0.097.000-11.

Todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas no decorrer da pesquisa, facultando a todos os participantes as explicações relativas aos objetivos, aos direitos e aos deveres deles e do pesquisador. Em todas as

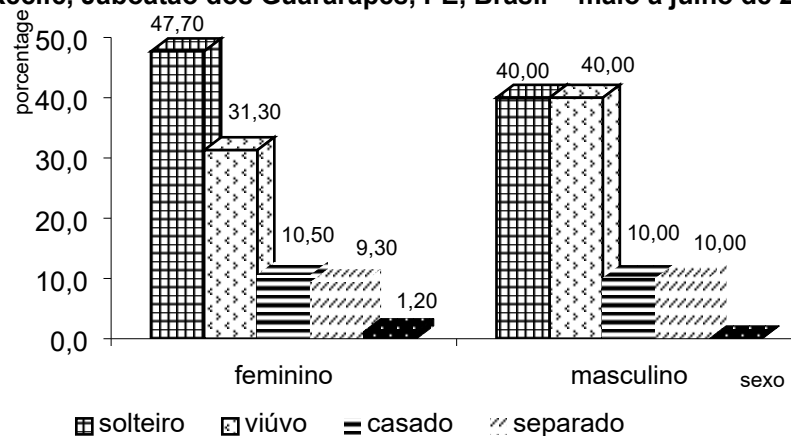
apresentações dos resultados da presente pesquisa será mantido sigilo de identidade dos participantes, bem como das instituições locais de estudo.

RESULTADOS

Caracterização dos idosos

A amostra foi constituída por 96 idosos com média de idade igual a 78,68 d.p. 0,92 anos, com variação de 65 a 102 anos. A mediana foi 78 anos. Cinco não souberam informar a data de nascimento. Quanto ao gênero, houve predomínio de mulheres (n=86 - 89,6%) as quais mais frequentemente eram solteiras (n=41 - 47,7%) ou viúvas (n=27 - 31,3%). Dentre os homens, predominaram os estados civis solteiro e viúvo, ambos declarados por 4 (40,0%) idosos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição do sexo segundo estado civil de 96 idosos institucionalizados – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011



Nota: Percentuais do estado civil calculados com base no total de idosos segundo sexo.

Sobre a escolaridade, 33 (34,4%) se autocalssificaram como iletrados, dos quais 19 (57,6%) ressaltaram que efetivamente não sabiam ler e escrever e 14 sabiam ler ou escrever, mas não haviam frequentando o ensino formal. Dentre os 63 (65,6%) que haviam frequentado o ensino formal, 34 (34/63=54,0%) tinham o ensino fundamental ou correspondente; 11 (11/63=17,4%) haviam cursado até o ensino médio ou correspondente e 18 (18/63=28,6%), até o ensino superior.

Classificando as ocupações que os idosos declararam ter desempenhado ao longo da vida, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações, constatou-se que para 34 (35,4%) idosos as ocupações estavam inseridas nos Grupos II a V, portanto que exigiam treinamento ou capacitação prévia, ao passo que para 62 (64,6%) idosos as ocupações integravam os Grupos VI, VII ou IX, considerados de menor complexidade. Dentre os 34 idosos com desempenho profissional mais complexo, 32 (32/34=94,1%) eram letrados, enquanto que, dentre os 62 com desempenho profissional menos complexo, 45 (45/62=72,6%) eram letrados.

Em relação à institucionalização, os idosos tinham média de tempo de moradia igual a $3,8 \pm 0,5$ anos, com variação de dois meses a 25 anos. Setenta e quatro (77,1%) declararam receber visitas familiares, mas para 22 (22/74=29,7%) deles, tais visitas eram raras. Os 22 (22,9%) idosos que declararam não receber visitas familiares também as consideraram raras.

Quanto às saídas da instituição, 3 (3,1%) idosos não souberam informar, mas a administração da ILPI informou que não saíam; 39 (40,6%) declararam usufruir de saídas, dos quais 2 (5,1%) o faziam sempre acompanhados. Cinquenta e quatro idosos (56,2%) informaram nunca sair da instituição.

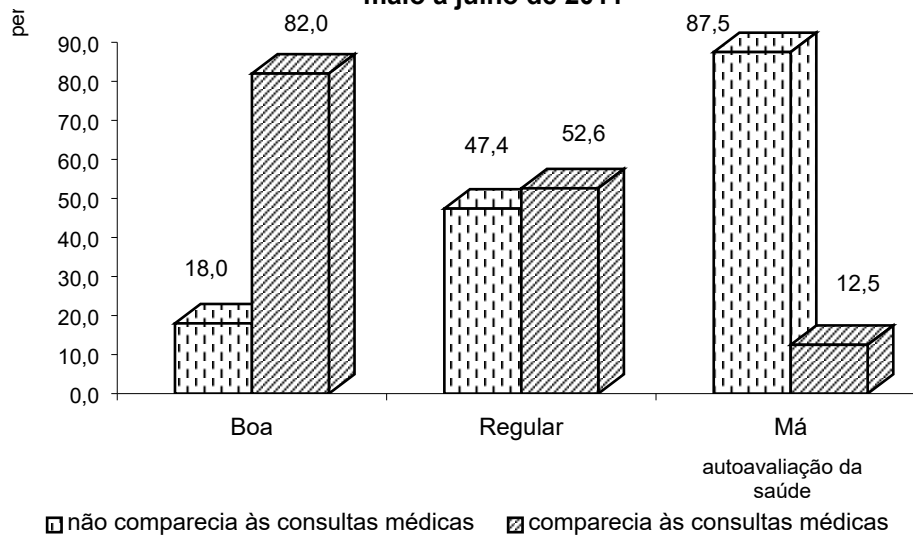
A renda dos idosos provinha predominantemente de aposentadoria (n=74 - 86,0%), exclusivamente (61/74=82,4%) ou associada à ajuda (4/74=5,4%) ou à pensão (9/74=12,2%). Quatro (4,2%) viviam exclusivamente de ajuda; o mesmo número declarou viver de outra fonte de renda, sem a especificar.

Quanto às práticas religiosas, 83 (86,5%) se declararam católicos, dos quais 68 (68/83=1,9%) eram praticantes; 4 (4,2%) afirmaram ser espíritas; 4 (4,2%) professavam outra religião; 2 (2,1%) eram protestantes ao passo que 3 (3,1%) não souberam informar.

Solicitados a autoavaliar seu estado de saúde, 50 (52,1%) idosos a classificaram como boa, enquanto que 38 (39,6%) entenderam ser regular e 8 (8,3%) julgaram-na má. No grupo que auto-avaliou a saúde como boa, 41 (82,0%) informaram se submeter regularmente a exames médicos de rotina, e 9 (18,0%) relataram que não se submetiam a exames médicos rotineiramente. Dentre os 38 idosos com saúde regular autoavaliada, 20 (52,6%) compareciam a consultas regularmente, mas 18 (47,4%) não o faziam. Dentre os oito idosos que consideraram

sua saúde má, apenas um comparecia rotineiramente a consultas médicas. Pode-se então afirmar que os idosos com saúde regular ou má diferiram daqueles com saúde boa, porque menos frequentemente compareciam a exames médicos (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição do estado de saúde de 96 idosos institucionalizados, segundo comparecimento a exames médicos de rotina – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011



Nota: Percentuais calculados por categoria de autoavaliação de saúde, segundo comparecimento a consultas

A depressão nos idosos

Avaliação da depressão pela Escala de Depressão Geriátrica

Aplicando a forma longa da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), identificou-se que 23 (24,0%) idosos apresentavam depressão grave, 38 (39,6%) tinham depressão leve e 35 (36,5%) idosos não apresentavam pontuação compatível com depressão. A média de pontos igualou-se a 13, d.p 0,9, sendo a mediana de 12 pontos, com amplitude entre zero e 30 pontos.

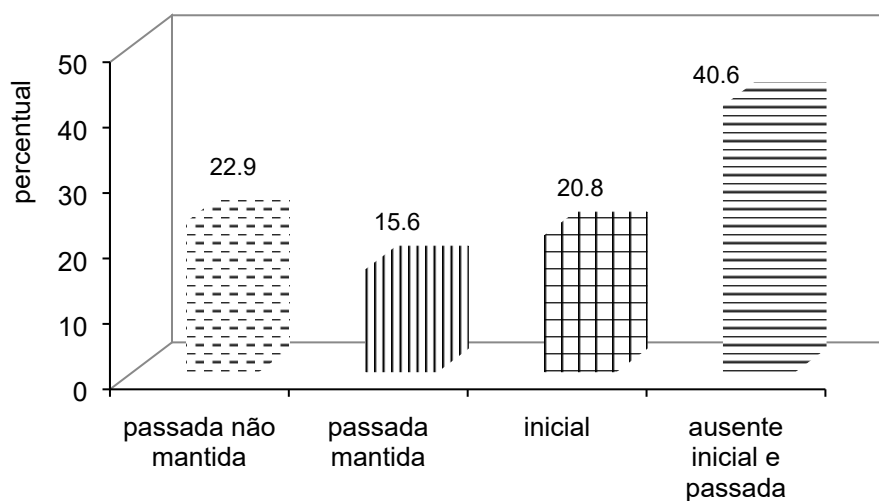
Avaliação da depressão pelo MINI 5.0

A partir da entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais (MINI 5.0), foi identificado que 39 (40,6%) tinham pontuação compatível ausência de depressão passada e na coleta de dados; 20 (20,8%) apresentavam exclusivamente

depressão à coleta de dados; 22 (22,9%) apresentaram pontuação compatível com depressão passada e 15 (15,6%) idosos tinham depressão passada e à coleta de dados, como demonstrado no Gráfico 3..

Pode-se afirmar que em 57 (59,4%) idosos havia pontuação compatível com história de depressão, e que 35 (36,4%) idosos estavam deprimidos na ocasião da coleta dos dados. Não se verificou diferença significativa na associação entre depressão passada e inicial (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Associação de depressão passada e inicial diagnosticadas pelo MINI 5.0 aplicado a 96 idosos institucionalizados – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011



Nota: Teste do Qui Quadrado ($\chi^2 = 0,433$; $p = 0,510$)

Relação das características demográficas e de institucionalização com a depressão nos idosos

Na Tabela 1, estão apresentadas as associações das características demográficas e de institucionalização com a depressão, avaliada pela EDG.

A presença de depressão foi mais frequente em idosos iletrados, que não recebiam visitas familiares, que não saíam da instituição, não se submetiam aos exames de saúde de rotina e tinham exercido, no passado, ocupações de menor complexidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de idosos segundo depressão avaliada pelo EDG – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011

Características demográficas e de institucionalização	Depressão avaliada pelo EDG		Total n (%)	Valor de p
	Presente n (%)	Ausente n (%)		
Condição de letramento				0,001*
Sabe ler e escrever	42 (54,5)	35 (45,5)	77 (80,2)	
Não sabe ler e escrever	19 (100,0)	-	19 (19,8)	
Receber visitas familiares				0,046*
Presente	43 (58,1)	31 (41,9)	74 (77,1)	
Ausente	18 (81,8)	4 (18,2)	22 (22,9)	
Saídas da instituição				0,008†
Presentes	20 (47,6)	22 (52,4)	42 (43,8)	
Ausentes	41 (75,9)	13 (24,1)	54 (56,2)	
Submissão aos exames de rotina				0,001*
Presente	32 (51,8)	31 (49,2)	63 (65,6)	
Ausente	29 (87,9)	4 (12,1)	33 (34,4)	
Complexidade da ocupação anterior				<0,001†
Maior	14 (41,2)	20 (58,8)	34 (35,4)	
Menor	47 (75,8)	15 (24,2)	62 (64,6)	

Legenda: * - valor de p calculado com o teste exato de Fisher; † - valor de p calculado com o teste de Qui Quadrado

Quando os idosos tiveram a depressão avaliada pelo teste MINI 5.0, e foram comparados os idosos com depressão atual (à época da coleta) àqueles sem depressão, observou-se a associação significativa de presença de depressão com iletramento e ausência de submissão periódica aos exames de saúde rotineiros. É relevante relatar que a complexidade da ocupação laboral quando os idosos ainda trabalhavam não mostrou associação significativa com a presença de depressão avaliada pelo MINI 5.0 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de idosos segundo depressão avaliada pelo MINI 5.0 – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011

Características demográficas e de institucionalização	Depressão atual avaliada pelo MINI 5.0		Total n (%)	Valor de p
	Presente n (%)	Ausente n (%)		
Condição de letramento				0,015*
Sabe ler e escrever	23 (29,9)	54 (70,1)	77 (80,2)	
Não sabe ler e escrever	12 (63,2)	7 (36,8)	19 (19,8)	
Receber visitas familiares				0,623*
Presente	26 (35,1)	48 (64,9)	74 (77,1)	
Ausente	9 (40,9)	13 (59,1)	22 (22,9)	
Saídas da instituição				0,157†
Presentes	12 (28,6)	30 (71,4)	42 (43,8)	
Ausentes	23 (42,6)	31 (57,4)	54 (56,8)	
Submissão aos exames de rotina				<0,001†
Presente	15 (23,8)	48 (76,2)	63 (65,6)	
Ausente	20 (60,6)	13 (39,4)	33 (34,4)	
Complexidade da ocupação anterior				0,051*
Maior	8 (23,5)	26 (76,5)	34 (35,4)	
Menor	27 (43,5)	35 (56,5)	62 (64,6)	

Legenda: * - valor de p calculado com o teste exato de Fisher; † - valor de p calculado com o teste de Qui Quadrado

A cognição dos idosos

Na Tabela 3, estão expressas as avaliações da cognição dos 96 idosos institucionalizados, na qual se observam percentuais variáveis de perda cognitiva, conforme o aspecto analisado.

Pela escala de mini-exame do estado mental (MMSE), considerados os domínios de orientação têmporo-espacial, recordação, cálculo, memória de evocação, linguagem e desenho, identificou-se que 65,6% dos idosos apresentavam perda cognitiva, segundo os critérios de adequação para idade e escolaridade.

No teste de desenho do relógio, que avalia múltiplos aspectos cognitivos, 70 (72,9%) idosos tinham graus variados de perdas cognitivas, desde desorganização moderada à inabilidade completa de compreensão.

Tabela 3 – Distribuição das avaliações cognitivas de 96 idosos institucionalizados, segundo o teste MMSE e o teste de desenho do relógio – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011

Avaliações cognitivas	Frequência	Percentual
MMSE		
sem perda	33	34,4
com perdas	63	65,6
perda leve	36	37,5
perda moderada	22	22,9
perda grave	5	5,2
Teste de desenho do relógio		
Desorganização ausente ou leve	26	27,1
perfeito	14	14,6
erros espaciais	6	6,3
hora errada	6	6,3
Desorganização presente	70	72,9
desorganização moderada	5	5,2
desorganização grave	9	9,4
inabilidade	56	58,3

Relação das características demográficas e de institucionalização com a cognição dos idosos

Na Tabela 4, buscou-se identificar as associações entre as características demográficas e de institucionalização e as perdas cognitivas avaliadas pelo MMSE, constatando-se que o iletramento, a ausência de visitas familiares, de saídas da instituição e de submissão a exames regulares de saúde foram mais frequentes entre os idosos com prejuízo de cognição de leve a grave. Todas essas diferenças alcançaram significância estatística quando foram comparados idosos com prejuízo de cognição identificada pelo MMSE àqueles cuja pontuação ao teste foi compatível com manutenção das funções cognitivas.

Tabela 4 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de 96 idosos institucionalizados segundo cognição avaliada pelo MMSE– Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011

Características demográficas e de institucionalização	Cognição avaliada pelo MMSE		Total n (%)	Valor de p
	Prejudicada n (%)	Normal n (%)		
Condição de letramento				0,015*
Sabe ler e escrever	46 (59,7)	31 (40,3)	77 (80,2)	
Não sabe ler e escrever	17 (89,5)	2 (10,5)	19 (19,8)	
Receber visitas familiares				0,214*
Presente	46 (62,2)	28 (37,8)	74 (77,1)	
Ausente	17 (77,3)	5 (22,7)	22 (22,9)	
Saídas da instituição				<0,004†
Presentes	21 (50,0)	21 (50,0)	42 (43,8)	
Ausentes	42 (77,8)	12 (22,2)	54 (56,2)	
Submissão aos exames de rotina				0,006*
Presente	35 (55,6)	28 (44,4)	63 (65,6)	
Ausente	28 (84,8)	5 (15,2)	33 (34,4)	
Complexidade da ocupação anterior				0,757†
Maior	23 (67,6)	11 (32,4)	34 (35,4)	
Menor	40 (64,5)	22 (35,5)	62 (64,6)	

Legenda: * - valor de p calculado com o teste exato de Fisher; † - valor de p calculado com o teste de Qui Quadrado

Foram analisadas também as associações entre as variáveis sociodemográficas e institucionais e as perdas cognitivas identificadas pelo teste de desenho do relógio. Houve associação significativa entre iletramento, de saídas da instituição e ausência de comparecimento a exames médicos de rotina com as perdas cognitivas que envolveram desde desorganização moderada até a completa inabilidade de compreensão do teste. Embora se tenha identificado maior frequência de menor complexidade da ocupação do idoso quando trabalhava e prejuízo de cognição avaliada pelo teste de desenho do relógio, a diferença entre idosos com e sem prejuízo cognitivo não alcançou significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de 96 idosos institucionalizados segundo cognição avaliada pelo teste de desenho do relógio – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011

Características demográficas e de institucionalização	Cognição avaliada pelo teste de desenho do relógio		Total n (%)	Valor de p*
	Normal n (%)	Prejudicada n (%)		
Condição de letramento				<0,001*
Sabe ler e escrever	26 (33,8)	51 (62,2)	77 (80,2)	
Não sabe ler e escrever	-	19 (100,0)	19 (19,8)	
Receber visitas familiares				0,170 [†]
Presente	23 (31,1)	51 (68,9)	74 (77,1)	
Ausente	3 (13,6)	19 (86,4)	22 (22,9)	
Saídas da instituição				<0,001*
Presentes	20 (47,6)	22 (52,4)	42 (43,8)	
Ausentes	6 (11,1)	48 (88,9)	54 (56,2)	
Submissão aos exames de rotina				0,004*
Presente	23 (36,5)	40 (63,5)	63 (65,6)	
Ausente	3 (9,1)	30 (90,9)	33 (34,4)	
Complexidade da ocupação anterior				0,180 [†]
Maior	12 (35,3)	22 (64,7)	34 (35,4)	
Menor	14 (22,6)	48 (77,4)	62 (64,6)	

Legenda: * - valor de p calculado com o teste exato de Fisher; † - valor de p calculado com o teste de Qui Quadrado

Investigou-se a relação entre o comprometimento cognitivo dos idosos, avaliado pelo MMSE e pelo teste de desenho do relógio, e a qualidade de vida, avaliada pelo CASP-19, já que literatura apresenta a possibilidade de o prejuízo da cognição interferir sobre a qualidade de vida, contribuindo para depressão.

Observou-se que mais frequentemente os idosos com perdas cognitivas avaliada pelo MMSE obtiveram pontuação no questionário CASP-19 compatível com qualidade de vida melhor que previsível para idade e nível de escolaridade ou na curva de normalidade, diferindo daqueles sem perdas cognitivas, os quais consideraram a qualidade de vida pior que previsível. Fato análogo foi identificado quando os idosos tiveram as funções cognitivas avaliadas pelo teste de desenho do relógio. Idosos apresentando desorganização visuoespacial pontuaram sua qualidade de vida melhor que os idosos sem desorganização ou quando ela estava presente em grau leve. Ambas as associações atingiram significância estatística (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre testes cognitivos e qualidade de vida avaliada pelo CASP-19 de idosos institucionalizados – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011

Resultados dos testes cognitivos	Qualidade de vida			Total n(%)	Valor de p*
	Melhor que previsível n (%)	Na curva de normalidade n (%)	Pior que previsível n (%)		
MMSE					0,020*
Sem perdas	15 (45,4)	10 (30,3)	8 (24,2)	33 (34,4)	
Com perdas	46 (73,0)	13 (4,8)	4 (6,3)	63 (65,6)	
perda leve	24 (66,7)	9 (25,0)	3 (8,3)	36 (37,6)	
perda moderada	18 (81,8)	4 (18,2)	-	22 (22,9)	
perda grave	4 (80,0)	-	1 (20,0)	5 (5,2)	
Teste de desenho do relógio					0,002*
Desorganização ausente ou leve	10 (38,4)	8 (30,8)	8 (30,8)	26 (27,1)	
Perfeito	4 (28,6)	4 (28,6)	6 (42,8)	14 (14,6)	
erros espaciais	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,4)	6 (6,2)	
hora errada	5 (83,3)	1 (16,7)	-	6 (6,2)	
Desorganização presente	53 (75,7)	15 (21,4)	4 (5,7)	70 (72,9)	
desorganização moderada	3 (60,0)	2 (40,0)	-	5 (5,2)	
desorganização grave	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	9 (9,4)	
Inabilidade	42 (75,0)	11 (19,6)	3 (5,4)	56 (58,3)	

Legenda: * - valor de p calculado com o teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Na avaliação da depressão dos idosos institucionalizados identificou-se que 63,5% apresentavam pontuação da Escala de Depressão Geriátrica compatível, percentual que aumentou para 59,4% quando se considerou a concomitância das avaliações contemplando depressão maior atual ou passada. pelo MINI 5.0. No entanto ao considerar tão somente a presença de depressão à época da coleta dos dados, o percentual reduziu-se para 36,4%.

O percentual de idosos identificados como depressivos pela EDG foi maior que os 51% relatados por Siqueira et al. (2009), empregando o mesmo instrumento avaliatório no estado de Pernambuco, como também superou o valor de 54,22% identificados por Plati et al. (2006). Essas diferenças podem ser explicadas pela perda de qualidade das ILPI, conforme relatado pelo Conselho Federal de Psicologia

(CFP, 2008), no Relatório de Avaliação de Instituições de Longa Permanência para Idosos, apesar de as ILPI investigadas terem sido classificadas como adequadas às determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa perda de qualidade esteve associada ao aumento da população de idosos sem o aumento necessário de cuidadores e sem lhes ser fornecidos cuidados que favorecessem um envelhecimento saudável, compatível com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001).

Essa identificação é relevante posto que a obediência às determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi um dos critérios admitidos para escolha das instituições que integraram este estudo. Pode-se levantar o questionamento de que a frequência de depressão entre idosos institucionalizados pode ser ainda maior no Nordeste, se outras pesquisas contemplarem ILPIs de cidades interioranas ou não certificadas, nas quais a qualidade da assistência é reconhecidamente pior (CFP, 2008).

O achado também confere relevância a esta pesquisa, dada a possibilidade de motivar outros pesquisadores a enriquecerem esse conhecimento dada a escassez de estudos sobre as características da institucionalização em municípios do Nordeste Brasileiro, admitindo que a influência da cultura e a dos valores locais podem ser distintos daqueles de outras regiões (Corrêa et al., 2011).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30) constitui o instrumento mais empregado para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos em populações geriátricas, sendo usada em pesquisa e em contextos clínicos (Blank, Gruman & Robison, 2004). Essa escala passou a ser considerada por suas propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de depressão no idoso (Ertan & Eker, 2000). Empregou-se a versão brasileira traduzida e validada, contendo 30 questões do tipo sim/não (Almeida & Almeida, 1999, Barreto et al., 2008, Paradela, Lourenço & Veras, 2005, Yesavage et al., 1983)

Após a coleta dos dados, a pesquisa na literatura deixou perceber o predomínio do emprego da versão curta da EDG nas publicações mais recentes, sob a alegação de que ela permitiria maior acurácia para identificação de depressão. No entanto Almeida e Almeida (1999) alertam que a forma curta tende a subestimar depressão grave, embora apresente alta acurácia. Dessa observação, resultou a opção de empregar a versão longa dessa escala, por admitir que a subestimação da

depressão pode se constituir em óbice para atenção holística ao idoso, fato relevante dado que a depressão aumenta o risco de mortalidade (Abma et al., 2012, Hegde et al., 2012).

Um dos fatores que tem sido apontado como contribuinte para a depressão do idoso institucionalizado, nos países ocidentais, é a falta de consenso, entre cuidadores e idosos, quanto à autonomia. Embora o verbete autonomia remeta à liberdade, capacidade do exercício ativo de si mesmo, de decidir livremente sobre suas ações e sobre as possibilidades e capacidades para construção do percurso de vida, autonomia também envolve dependência na medida em que essa liberdade está condicionada à disponibilidade de recursos de que o indivíduo pode lançar mão.

Se o cuidador da ILPI percebe as regras da instituição como fator de proteção, segurança e acolhimento, o idoso, ainda que apresente déficits cognitivos leves, precisa gozar de autonomia. Se este aspecto não é negociado, o idoso percebe a perda de identidade, é despido de autoridade, é infantilizado e, conseqüentemente, vê seus planos de vida e sua responsabilidade com a própria vida, desrespeitados. A questão talvez seja identificar as condutas mais adequadas para deixar que o idoso goze de toda autonomia de que é capaz, vencendo a inércia e exercendo controle sobre sua vida (Abma et al., 2012).

A distribuição amostral de gênero e estado civil dos idosos institucionalizados é referida por outros autores e parece refletir a dinâmica social, quer pela maior longevidade feminina, quer pela desassistência social que marca a cultura brasileira, conforme pode ser comprovado pela própria estimativa de vida. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na estimativa de vida, apresenta valores de 70,5 anos para o sexo masculino e 77,7 anos para o feminino (Brasil, 2010).

Uma investigação epidemiológica, denominada Estudo Pietà, desenvolvida em Minas Gerais (Brasil), sobre envelhecimento saudável, apresentou resultados semelhantes de distribuição de sexo e idade à da pesquisa atual (Caramelli et al., 2011, Freitas & Scheicher, 2010, Santana & Barboza Filho, 2007).

O alto percentual de idosos iletrados completos ou iletrados funcionais corroborou os achados de Souza et al. (2011), mas foi menor que o referido por Converso e Iartelli (2007), que relataram 50,45% de iletramento.

A importância desse achado foi constatar sua associação com presença de depressão. Essa associação não pode ser analisada isoladamente, posto que o iletramento obscurece a leitura de mundo, restringe as expectativas e, por conseguinte, decresce o significado da qualidade de vida. Favorece a depressão por somar o sentimento de exclusão social ao de exclusão familiar, principalmente quando se considera a melhora da condição sociocultural brasileira ao longo do tempo (Oliveira et al., 2006).

Adicionalmente, a baixa escolarização restringe, ao longo da vida, o desempenho de ocupações de maior complexidade, conforme se constatou ao identificar que 57,3% dos idosos haviam exercido ocupações que exigiam pouca ou nenhuma formação anterior e estavam dentre aquelas de menor remuneração. Os idosos com menos oportunidades sociais tendem a adoecer mais, estão expostos a maior risco de deterioração cognitiva e por um processo cíclico, reduzem sua rede social, favorecendo problemas cognitivos, como também reduzem sua autonomia o que lhes dificulta mesmo a adoção de condutas de prevenção de saúde (Fratiglioni et al., 2000).

Associar baixa escolaridade, ocupações menos complexas, alta média de tempo de moradia, raridade ou ausência de visitas familiares e de saídas da instituição à baixa renda, favorece exclusão social e redução de autonomia para exercer direitos de cidadão nas questões política, produtiva, social e cultural. Daí a importância de se considerar o envelhecimento um processo inserido no contexto social do qual o idoso não pode ser excluído sob pena de entrar em depressão, tal como se verifica na presente pesquisa.

O percentual de perdas cognitivas igual a 65,6% entre os idosos analisados, confirmado pelo MMSE, foi maior que os 19,2% relatados por Laks et al. (2005), verificado entre indivíduos com 60 anos ou mais de idade, vivendo em comunidade. Ultrapassou também o percentual de 26,5% relatado por Lenardt et al. (2009), entre idosos institucionalizadas em Curitiba (Brasil). Essa diferença foi referida por diversos autores, despertando a hipótese de a institucionalização contribuir para o aceleração das perdas cognitivas que advirão com o envelhecimento.

A utilização do MMSE, em nosso meio, tem sido discutida por vários autores, devido ao desafio que a heterogeneidade da realidade sociocultural apresenta para a metodologia da avaliação cognitiva. Ainda que se tenha adotado a normatização

do MMSE por idade e escolaridade, esses padrões foram definidos para a população europeia (Fernandes et al., 2009). No Brasil, os pontos de corte desse teste foram definidos por Bertolucci et al. (1994), mas exclusivamente com base no nível de escolaridade, classificado como iletrado, elementar ou médio e superior.

Kochhann et al. (2010), em revisão sobre os pontos de corte ajustados para escolaridade da população brasileira, empregando amostra com pacientes idosos da Região Sul, não incluíram faixa etária. Mesmo assim, os pontos de corte propostos se assemelharam àqueles de Schulman (2000). Laks et al. (2003) desenvolveram estudo para definição das pontuações globais do MMSE por idade e escolaridade entre idosos, mas não informaram a acurácia desses pontos de corte.

A diversidade desses estudos e a falta de consenso entre os autores citados sobre o ponto de corte na avaliação de idosos, no entender de Kochhann et al. (2010), está a exigir novos estudos porque a vivência para com o envelhecimento em toda a América Latina ainda é um fenômeno novo, diferente do que ocorre em outros países. Somos de opinião que no Brasil o envelhecimento ainda não recebe a atenção necessária para que possamos todos atingir a longevidade com mais saúde e manutenção de autonomia, considerando não apenas os aspectos do funcionamento fisiológico do organismo, mas admitindo o conceito mais amplo de saúde.

Brito-Marques e Cabral Filho (2005), no Nordeste brasileiro, avaliaram pontos de corte para todas as classes de idade, mas propuseram a modificação da versão original do MMSE nos itens de cópia e cálculo, procedimento que não é aconselhável quando se considera a necessidade de comparação de resultados das pesquisas nacionais com dados internacionais.

Considerando a qualidade de vida avaliada pelo questionário CASP-19, o qual abrange quatro domínios da vida: controle (capacidade de intervir ativamente em seu meio ambiente), autonomia (direito à liberdade da interferência de outras pessoas), auto-realização e prazer (ambos captam processos ativos e reflexivos próprios do ser humano), a pior qualidade de vida identificada pelos idosos com melhor cognição avaliada pelo MMSE e pelo teste de desenho do relógio pareceu derivar de sua melhor condição para perceber a perda de controle, autonomia, auto-realização e prazer. Os idosos com perdas cognitivas não identificaram esses prejuízos (Hyde et al., 2003, Patrick, Skinner & Connell, 1993),

A percepção de melhor qualidade de vida entre os idosos com perdas cognitivas avaliadas pelo teste de desenho do relógio, não foi identificada em outros estudos por abordagem direta, mas indiretamente foi contemplada por Sim, Bartlam e Bernanrd (2011), ao considerarem que idosos institucionalizados conceitualizam autonomia diferente de idosos em comunidade, especialmente em decorrência da resiliência que devem desenvolver para obedecer as normas da ILPI. Suas expectativas, dada a adaptação imposta, não lhes causam maiores constrangimentos. Adicionalmente, poucas são as exigências relacionadas ao desenvolvimento de atividades da vida diária, poucas atividades intelectuais, portanto pouco desconforto, do que deriva a maior pontuação de qualidade de vida.

O mesmo aspecto é contemplado por Hildon et al., em 2009, ao questionarem que a institucionalização, ao impor adversidades ao idoso, limitando-o funcionalmente, favorece a resiliência. Voltemos então para o conceito de autonomia, para contextualizar essa resiliência, tomada como a adaptação com menor sofrimento, a adequação do comportamento às condições limitadas pelas possibilidades sociais, econômicas e culturais. A autonomia é um constructo pessoal derivado das experiências desenvolvidas no seio da sociedade, no contexto de vida do indivíduo, incluindo as possibilidades com que teve contato, os valores que desenvolveu auxiliado por seu empoderamento, pela compreensão de mundo.

Institucionalizado, isolado, tendo exercido atividades laborais de baixa complexidade, portanto sem disponibilidades financeiras suficientes para fazer face a suas aspirações, resta ao idoso a adaptação, ou seja, à redução de sofrimento diante da conjuntura de vida que se lhe apresenta, ainda que essa perspectiva possa parecer constrangedora.

Vivan e Argimon (2009), analisando as estratégias de enfrentamento empregadas por idosos institucionalizados, identificaram maior frequência de autocontrole e resolução de problemas, parecendo confirmar a adaptação do idoso a um contexto próprio da institucionalização. Esse aspecto é relevante quando se considera que 57,3% dos idosos pesquisados declararam nunca sair da instituição; 22,9% nunca recebiam visitas familiares, portanto estavam afetivamente desamparados.

Apesar de o tempo de coleta dos dados ter sido estimado em 30 min, os idosos necessitaram de aproximadamente uma hora e trinta minutos para completar

a bateria de avaliações, procedimento adotado para respeitar a tergiversação sua acerca do conteúdo das avaliações.

Dentre as limitações do presente estudo, é importante considerar a opção de não detalhar os domínios do MMSE, diferindo da análise de outros autores, o que pode ter acarretado perda de informação relativa a aspectos da memória, queixa frequente entre os idosos (Fernandes et al., 2009, Montejo et al., 2012, Moraes et al., 2010). Essa decisão baseou-se no plano metodológico do artigo, atendendo ao objetivo de relacionar perdas cognitivas à depressão.

O alto percentual de idosos com perdas cognitivas avaliadas pelo MMSE pode estar relacionado à baixa atividade intelectual, baixo nível econômico e baixa escolaridade. Fratiglioni, Paillard-Borg e Wiblad (2004) relataram, a partir de revisão sistemática, que os estilos de vida social, mental e fisicamente ativo estiveram associados a efeitos positivos na cognição, porque essas atividades atuam concomitante e associativamente.

Analogamente, Nitrini et al. (2004) comprovaram que o letramento tem efeitos benéficos sobre a memória, a fluência verbal, a habilidade visuoespacial, por facilitar a codificação e decodificação de símbolos. No entanto esse aspecto tem sido alvo de controvérsia entre pesquisadores, que também utilizaram o teste de desenho do relógio para avaliação de cognição, posto que enquanto alguns argumentam que a alta escolaridade pode contribuir para preservação de algumas áreas cerebrais, outros consideram que a preservação cerebral depende de aspectos genéticos. Caberia à escolaridade melhorar a compreensão da simbologia.

CONCLUSÕES

A depressão nos idosos institucionalizados, avaliada pela EDG e pelo MINI 5.0, identificada em 63,6% deles, associou-se à menor condição de letramento, ausência ou raridade de visitas familiares, de saída da instituição, de submissão aos exames de rotina e à maior complexidade da ocupação anterior à institucionalização. Concomitantemente, as perdas cognitivas associaram-se à qualidade de vida normal ou melhor que previsível, denotando a importância de submeter idosos

institucionalizados a uma avaliação multidimensional, no sentido de auxiliar modificações na busca do cuidado holístico.

A identificação do alto percentual de depressão demanda ressaltar o novo paradigma da saúde pública, no que concerne à população de idosos. Se a família, em domicílio multigeracional, não pode acolher o idoso, então as instituições de longa permanência para idosos deverão se reestruturar para este acolhimento, favorecendo o envelhecimento saudável.

Os dados do presente estudo parecem permitir levantar a hipótese de o contexto institucional favorecer uma depressão relacionada a aspectos psicossociais, dadas as regras sob as quais está organizada e a própria proposta legal que reconhece tais instituições como locais de moradia, mas as desconsidera na vida social do idoso, a qual não deve obedecer aos limites físicos de um estabelecimento, mas aos limites da autonomia do indivíduo.

REFERÊNCIAS

- Abma, T., Bruijn, A., Kardol, T., Schols, J., & Widdershoven, G. (2012). Responsibilities in elderly care: Mr Powell's narrative of duty and relations. *Bioethics*, 26(1), 22-31.
- Almeida, O. P., & Almeida S. (1999). A. short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriat Psychiatry*, 4, 858-865.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*, 22(3), 106-115.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). *Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências* (2ª ed.). Lisbon: GEECD.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*, 52(1), 1-7.
- Blank, K., Gruman, C., & Robison, J. T. (2004). Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*, 59, 378-84.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006) *Basic epidemiology* (2ª ed.). World Health Organization.
- Brasil. (2010). *Tábua completa de mortalidade – mulheres*. IBGE, Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS).
- Brito-Marques, P. R., & Cabral Filho, J. F. (2005). Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: a study in Brazil northeast. *Arq Neuropsiquiatr*, 63(3A), 583-587.

- Caramelli, P., Barbosa, M. T., Sakurai, E., Santos, E. L., Beato, R. G., Machado, J. C. B., & et al. (2011). The Pietà study. Epidemiological investigation on successful brain aging in Caeté (MG), Brazil. Methods and baseline cohort characteristics. *Arq Neuropsiquiatr*, 69(4), 579-584.
- Castro-Costa, É., Fuzikawa, C., Uchoa, E., Firmo, J. O. A., & Lima-Costa, M. F. (2008). Norms for the mini-mental state examination. Adjustment of the cut-off point in population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). *Arq Neuropsiquiatr*, 66(3-A), 524-528.
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. (2008). *Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS)* (p. 1-112). Brasília: CFP.
- Chaves, M. L. F. (2010). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental*. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia. Acedido em junho de 2010, em http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.
- Converso, M. E. R., & Iartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*, 56(4), 267-272.
- Corrêa, A. A. M., Moreira-Almeida, A., Menezes, P. R., Vallada, H., & Scazufca, M. (2011). Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiquiatr*, 33(2), 157-164.
- Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the minio-mental state examination by age and educational level. *JAMA*, 269(18), 2386-2391.
- De Vriendt, P., Gorus, E., & Mets, T. (2012). Conversion of the mini-mental state examination to the International Classification of functioning, disability and health terminology and scoring system. *Gerontol*, 58, 112-119.

- Ertan, T., & Eker, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr*, 12(2), 163-72.
- Fernandes, R. C. L., Silva, K. S., Bonan, C., Zahar, S. E. V., & Marinheiro, L. P. F. (2009). Cognitive function in menopausal women evaluated with the Mini-Mental State Examination and Word-List Memory Test. *Cad Saúde Pública*, 25(9), 1883-1893.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*, 3, 343-353.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Mayatan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.
- Freitas, M. A. V., & Scheicher, M. E. (2010). Quality of life of institutionalized elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 13(3), 395-401.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Hegde, V. N., Kosgi, S., Rao, S., Nagesh, P., & Mudgal, S. M. (2012). A study of psychiatric and physical morbidity among residents of old age home. *Int J Health Sci Res*, 2(1), 57-74.
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2009). Examining resilience of Quality of Life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontol*, 50(1), 36-47.
- Holroyd, A., & Clayton, A. H. (2002). Measuring depression in the elderly: which scale is best? *Medscape General Medicine*, 2(4). Retrieved February 13, 2005, from www.medscape.com Web site: <http://www.medscape.com/viewarticle/430554>.

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health, 7*, 86-94.
- Jouk, A., & Tuokko, H. (2012). A reduced scoring system for the Clock Drawing Test using a population-based sample. *Int Psychogeriatr Assoc, 24*(11), 1738-1748.
- Kochhann, R., Varela, J. S., Lisboa, C. S. M., Chaves, M. L. F. (2010). The mini mental state examination. Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol, 4*(1), 35-41.
- Laks, J., Batista, E. M. R., Guilherme, E. R. L., Contino, A. L. B., Faria, M. E. V., Figueira, I., & et al. (2003). Mini-mental state examination in community-dwelling elderly: preliminary data from Santo Antonio de Padua, Rio de Janeiro, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr, 61*(3B), 782-785.
- Laks, J., Batista, E. M. R., Guilherme, E. R. L., Contino, A. L. B., Faria, M. E. V., Rodrigues, C. S., & et al. (2005). Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arq Neuropsiquiatr, 63*(2), 207-212.
- Lenardt, M. H., Michel, T., Wachholtz, P. A., Borghi, A. S., & Seima, M. D. (2009). O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. *Acta Paul Enferm, 22*(5), 638-644.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS₃₀ and GDS₁₅. *J Affect Dis, 125*(1-3), 10-17.
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. *Arch Gerontol Geriatr, 54*(2), 298-304.
- Moraes, C., Pinto JR, J. A., Lopes, M. A., Litvoc, J., & Bottino, C. M. (2010). Impact of sociodemographic and health variables on mini-mental state examination

in a community-based sample of older people. *Eur Psychiatry Clin Neurosci*, 260(7), 535-542.

Nitrini, R., Caramelli, P., Herrera Jr E., Porto, C. S., Charchat-Fichman, H., Carthery, M. T. & et al. (2004). Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *JINS*, 10(4), 634-638.

Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Dias Neto, V. S. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Rev Fac Cienc Med*, 11(3), 5-8.

Oliveira, K., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol Estudo Maringá*, 11(2), 351-359.

Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública*, 39(6), 918-923.

Patrick, B. C., Skinner, E. A., & Connell, J. P. (1993). What motivates children's behavior and emotion? Joint effects of perceived control and autonomy in the academic domain. *J Pers Soc Psychol*, 65(4), 781-791.

Pereira, D. S., & Guerra, I. (2010). Análise do nível de atividade física nos asilos e instituições de apoio aos idosos na cidade de Juazeiro do Norte/CE. *Conex Ci Tecnol*, Fortaleza/CE, 4(1), 9-16.

Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E. C. (2006). Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(2), 118-121.

Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health*, 23(1), 177-194.

- Santana, A. J., & Barboza Filho, J. C. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública*, 31(1), 134-146.
- Shulman, K. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatr*, 15, 548-561.
- Sim, J., Bartlam, B., Bernard, M. (2011). The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: evaluation of its use in a retirement community. *Qual Life Res*, 20(7), 997-1004.
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.
- Souza, I. S. M., Teixeira, K. M. D., Mafra, S. C. T., & Tinôco, A. L. A. (2011). Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados em instituição de longa permanência para idosos. *Oikos: Rev Bras Econ Domest*, Viçosa, 22(2), 2-18.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *RBCEH*, 4(1), 88-102.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Coping strategies, functional diffi culties, and associated factors in institutionalized elderly. *Cad Saúde Pública*, 25(2), 436-444.
- WHO. World Health Organization. (2001). Health statistics and health information systems. *Definition of an older or elderly person*. Proposed working definition of an older person in African for the MDS Project. Health statistics and health information systems. Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 21 and 22 june.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum O, Huang V, Adey M, & et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.