



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

SABRINA PEREIRA DE SOUSA

**DIFICULDADES VIVENCIADAS POR IDOSOS COM INCAPACIDADE E SUAS  
REPERCURSSÕES NA SAÚDE MENTAL**

CUITÉ  
2018

SABRINA PEREIRA DE SOUSA

**DIFICULDADES VIVENCIADAS POR IDOSOS COM INCAPACIDADE E SUAS  
REPERCURSSÕES NA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

S725d

Sousa, Sabrina Pereira de.

Dificuldades vivenciadas por idosos com incapacidade e suas repercussões na saúde mental. / Sabrina Pereira de Sousa. / – Cuité: CES, 2018.

44 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Alynne Mendonça Saraiva Nagashima.

1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Imobilidade. 4. Saúde Mental. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.98

# **DIFICULDADES VIVENCIADAS POR IDOSOS COM INCAPACIDADE E SUAS REPERCURSSÕES NA SAÚDE MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - Campus Cuité/PB, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima  
ORIENTADORA  
UAENFE/ CES/ UFCG

---

Prof<sup>ª</sup> Msc.Francilene Figueirêdo da Silva Pascoa  
MEMBRO EXAMINADOR  
UAENFE/CES/ UFCG

---

Prof<sup>ª</sup> Msc.Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueirêdo  
MEMBRO EXAMINADOR  
UAENFE/CES/ UFCG

*Aos meus pais, que são meus modelos de pessoas de bem e batalhadoras, que sempre me apoiaram, incentivaram e são luz em minha vida, minha maior riqueza.*

*As minhas irmãs Karla Sunally e Susana que sempre me apoiaram durante essa trajetória acadêmica.*

*Aos meus sobrinhos lindos Benício e Bernardo, que no meio desse caminho apareceram e me fizeram conhecer o sentimento maior de todo o AMOR.*

*A minha bisavó, que sempre me protegeu em suas orações e se tornou um anjo de luz e por ser o motivo instigador para a realização desse trabalho, Te amo infinitamente, Bisavó! (in memorian.*

*Dedico.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu bom Deus que é quem nos concede todas as dádivas desta vida e por me iluminar e abençoar minha trajetória.

Aos meus pais, pelo apoio e por tudo que sempre fizeram por mim, pela simplicidade, exemplo, amizade, e carinho, fundamentais na construção do meu caráter.

As minhas irmãs, Karla Sunally e Susana, pelo conhecimento e pelas dicas importantes que contribuíram para a minha formação profissional.

Aos meus sobrinhos, Benício e Bernardo, que chegaram para alegrar as nossas vidas. Hoje a minha vitória também é deles.

A minha orientadora, Alynne Mendonça pelo apoio, carinho e conhecimento transmitido.

A minha prima/irmã Vanessa Lira por ser iluminada e por me apoiar durante essa trajetória, uma das pessoas mais puras e de coração gigante.

E por último, e não menos importante, obrigada aos meus amigos, Glebson, um cara incrível e que sempre esteve presente em muitos momentos da minha vida e que faz meus dias serem muito melhores com sua alegria contagiante; A Jucimeire com sua calma e leveza, uma florzinha que veio pra me ensinar o que é ter força para superar algumas dificuldades percorridas durante o curso. Damyson, um ser luz que entrou na minha vida e que hoje faz morada em meu coração e a Renato que temos uma sintonia forte que os olhares se falam, gratidão por você nessa caminhada. Vou sentir saudade!

A todas as pessoas a quem tive a oportunidade de prestar assistência durante minha formação acadêmica, pois sem essas não haveria de fato como aprender a real importância da enfermagem para a sociedade.

Aos participantes (idosos) maravilhosos que contribuíram pra realização e concretização deste trabalho.

*“Não adianta a gente ficar sentado se preocupando, o que tiver que ser será, e nós enfrentaremos quando vier.”*

(J. K. Rowling - Harry Potter e o Cálice)

## RESUMO

SOUSA, P. S. **Dificuldades vivenciadas por idosos com incapacidade e suas repercursões na saúde mental.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – PB, 2018.

**Introdução:** O processo de envelhecimento é uma realidade universal e esta associado a uma maior prevalência de doenças crônicas, degenerativas e limitantes, algumas dessas podendo restringir o idoso ao leito, gerando várias outras complicações a nível psíquico e social.

**Objetivo:** Averiguar as dificuldades vivenciadas pelos idosos acamados em domicílio e suas repercursões na saúde mental. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa com tipologia descritivo-exploratória, desenvolvida no período de abril a maio de 2018, com nove idosos acamados em domicílio, que estavam cadastrados na Unidade de saúde da Família (USF), situado em Cuité-PB. Para a análise do material empírico utilizou-se da técnica de análise de Conteúdo. Foram respeitados todos os aspectos que envolvem as pesquisas com seres humanos. **Resultados:** foram criadas três categorias empíricas. A primeira categoria foi intitulada “As repercursões negativas na qualidade de vida do idoso acamado” onde observou-se dificuldades econômicas e mudanças no estilo de vida decorrentes das limitações físicas. No que se refere à segunda categoria identificaram-se os sintomas de sofrimento psíquicos decorrentes das limitações físico/motora desses idosos, pode-se verificar que todos apresentaram sintomas de sofrimento mental, pois evidenciaram altos escores mensurados pela escala SRQ-20. E a terceira categoria abordou as estratégias de enfrentamento dos idosos acamados que são feitas através de praticas religiosas como fonte de esperança e força para a superação de obstáculos. **Conclusões:** Conclui-se que o idoso acamado vivencia dificuldades biopsicossociais que repercutem em sua saúde mental. Esse conhecimento é útil para a fundamentação de políticas públicas, a fim de solucionar a ocorrência de fatores causadores de incapacidade nessa população, por meio de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Sem dúvida, os avanços sociais e de saúde na promoção de uma maior expectativa de vida são inegáveis, mas é imperativo que a longevidade seja acompanhada por uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chaves:** Envelhecimento. Idoso. Imobilidade. Saúde Mental.



## ABSTRACT

SOUSA, P. S. **Difficulties experienced by elderly people with disability and its impact on mental health.** Cursing Course Conclusion (Nursing Graduation) - Academic Nursing Unit, Center for Education and Health, Federal University of Campina Grande, Cuité - PB, 2018.

**Introduction:** The process of aging is a universal reality, and this is associated with a higher prevalence of chronic diseases, degenerative, and limiting some of these and may restrict the elderly to the bed, generating several other complications the psychic level and social.

**Objective:** To Investigate the difficulties experienced by the elderly bedridden at home and its impact on mental health.

**Methodology:** This is a qualitative field research with descriptive-exploratory typology, developed in the period from April to may 2018, with nine elderly bedridden at home, who were registered in family health unit (USF), situated in Cuité-PB. For the analysis of the empirical material used the technique of content analysis. Were respected all aspects involving research with human beings.

**Results:** Three empirical categories were created. The first category was titled "The negative impact on quality of life of the elderly bedridden" where there was economic hardship, and changes in lifestyle resulting from physical limitations. As regards the second category identified symptoms of psychic suffering arising from the physical limitations of these elderly, motor/can verify that all showed symptoms of mental distress, because it showed high scores measured by SRQ-20. And the third category addressed the coping strategies of the elderly bedridden that are made through religious practices as a source of hope and strength to overcome obstacles.

**Conclusion:** We feel that our study enhances academic understanding of the factors that the elderly bedridden biopsychosocial difficulties that impact in experiencing your mental health. This knowledge is useful for reasons of public policy, in order to address the factors that cause failure in this population, through disease prevention and health promotion. Without doubt, the social and health improvements in the promotion of a greater life expectancy are undeniable, but it is imperative that longevity will be accompanied by a better quality of life.

**Keywords:** Aging; Elderly; Immobility; Mental Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- AIVD-** Atividades Instrumentais da Vida Diária
- ABVD-** Atividades Básicas da Vida Diária
- AVD'S-** Atividades de Vida Diária
- AVE-** Acidente Vascular Encefálico
- APS-** Atenção Primária em Saúde
- CEP-** Comitê de Ética e Pesquisa
- COFEN-** Conselho Federal de Enfermagem
- CONEP-** Comitê Nacional de Ética e Pesquisa
- DCNT-** Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MMII-** Membros Inferiores
- OMS-** Organização Mundial de Saúde
- SRQ-20-** Self Report Questionnaire
- TCLE-** Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- USF –** Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	13
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	14
<b>3.1 Categoria I: Repercussões negativas na qualidade de vida do idoso acamado</b> .....	18
<b>3.1.1 Subcategoria I: Dificuldades econômicas</b> .....	21
<b>3.1.2 Subcategoria II: Mudanças decorrentes das limitações físicas dos idosos acamados</b> .....	22
<b>3.2 Categoria II: Sintomas de sofrimento psíquicos em consequência da imobilidade</b>	24
<b>3.3 Categoria III: Estratégias de enfrentamento: A influência da religião e da espiritualidade nas atitudes e nos comportamentos dos idosos</b> .....	26
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	28
<b>5. REFERÊNCIAS</b> .....	30
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	36
<b>APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	38
<b>ANEXO A – TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE</b> .....	40

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é caracterizado por um processo dinâmico e progressivo do organismo que se inicia após o período reprodutivo, acompanhado por alguns sinais, a exemplo: diminuição do tônus muscular, perda de elasticidade, surgimento de cabelos brancos, declínio da produção hormonal, diminuição da capacidade auditiva e visual, aparecimento de rugas, bem como o declínio das capacidades físicas e cognitivas, que variam conforme a qualidade de vida de cada indivíduo (KIRCHNER, 2010).

A senescência revela alterações neuropsicológicas e pode ter como consequências, déficits cognitivos, mudanças na memória, no raciocínio e no sono, episódios de confusão, distúrbios psicológicos e várias modificações nas atividades da vida diária (AVD's), tais modificações, podem estar relacionadas com sintomas demenciais e depressivos (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010).

O Brasil vem passando por um rápido processo de transição demográfica causada por um declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, onde a faixa de idosos é o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente devido aos avanços na medicina, melhores políticas de saúde, políticas sociais, melhores hábitos alimentares, prevenção de doenças e promoção de saúde, o qual tem propiciado melhorias na qualidade de vida (IBGE, 2015).

Porém, em outro estudo, feito por Teixeira (2010), mostra que apesar de avanços na qualidade de vida (QV) destes idosos, há ainda maiores desafios para as políticas públicas de saúde e sociais, visto as diversas mudanças fisiológicas/biopsicossociais que influenciam a vida destes e de seus familiares, tornando-os vulneráveis a doenças crônicas e conseqüentemente a eventos incapacitantes, além disso, esses indivíduos podem ser mais propensos a problemas psicológicos influenciados pela idade ou pela ocorrência da perda de independência e autonomia.

Nesse sentido, a perda de independência, pode gerar aos idosos sentimentos de inutilidade que podem vir a produzir sofrimento e adoecimento psíquico. Diante disto, os idosos com doenças crônicas, principalmente as que atingem a função motora, necessitam muitas das vezes de cuidados diários, como tomar banho, comer, que são AVD'S simples e

que podem ser comprometidas, tornando a pessoa idosa dependente, e incapaz de realizá-las, impondo ainda a este uma mudança no estilo de vida (PIGOZZI; GONÇALVES; 2017).

Desse modo, é necessário ter atenção aos sintomas de sofrimento psíquico que podem ser causados pela dependência e pelos sentimentos de inutilidade/fragilidade emocional que muitos apresentam após as mudanças no estilo de vida/AVD's. Essas transformações podem gerar o desenvolvimento de transtornos psíquicos, como a depressão que é muito comum nessa faixa etária e pode ser potencializada na presença de perda da independência além de causar desesperança, falta de interesse pela vida e ideação suicida (BASSANI, 2014; CARREIRA et al, 2011).

Frisa-se assim que com o crescimento populacional de idosos, necessita-se de mais estudos na área, visando à investigação biopsicossocial do idoso, levando em consideração a sua saúde mental diante da instalação de incapacidades, já que a maioria dos estudos com esse segmento etário se detém a estudar as consequências físicas das doenças crônicas, seguindo a lógica biomédica reducionista, além disso, deve-se atribuir maiores investimentos de políticas públicas de saúde, como também, capacitações de profissionais e de uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça cuidados mais específicos a estes idosos que estão vivenciando mudanças significativas no estilo de vida, muitas das vezes causados por causas externas ou doenças crônicas que incapacitam estes de viverem biopsicologicamente bem.

Diante da problemática apresentada, justifica-se a escolha da temática e o desejo de abordar este tema e de compreender as necessidades dessa população, tanto em questões saúde-doença como também no processo de carência efetiva/emocional, que se deu a partir do estudo de algumas disciplinas da graduação, a saber, Enfermagem na Saúde do Idoso e Psiquiatria, somada à empatia pelas pessoas idosas e a necessidade de contribuir para aprendizados futuros em tal área.

Além disso, observou-se que grande parte das pesquisas que envolvem idosos, priorizam as situações clínicas, de cunho biologicista, enquanto que as informações sobre sofrimento psíquico e saúde mental, muitas vezes, não são priorizadas.

A partir deste contexto, é visto que os sintomas de sofrimento psíquico nos idosos acamados acarretam sérios problemas na QV, sejam elas físicas, psicológicas ou espirituais. Surgem assim alguns questionamentos, a saber: Quais os problemas que esses idosos acamados enfrentam? Quais os sintomas de sofrimento psíquico apresentados pelos idosos acamados? Quais mudanças que ocorreram no cotidiano da vida desses idosos?

Para responder a esses questionamentos foi traçado o seguinte objetivo: averiguar as dificuldades vivenciadas pelos idosos acamados em domicílio e suas repercussões na saúde

mental. Tendo como objetivos específicos: Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos idosos acamados em domicílio; descrever as mudanças ocorridas na vida dos idosos após imobilidade física e reconhecer os sintomas de sofrimento psíquico nos idosos acamados.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande sob o tal parecer: 2.500.803 CAAE: 81519317.8.0000.5182, intitulado de Saúde Mental do idoso acamado em domicílio.

A pesquisa foi realizada inicialmente junto as unidades de saúde da família (USF) da zona rural e do Programa Melhor em Casa do município de Cuité-PB. Primeiro, foi feito um levantamento junto com toda a equipe de profissionais desses serviços, ao qual foi informado o endereço dos idosos que estavam restritos ao leito. Os critérios de inclusão do estudo foram: Idosos acamados por tempo prolongado; idosos conscientes e orientados.

Após verificar os critérios de inclusão, participaram da pesquisa nove idosos. Posteriormente, os familiares foram contatados e as entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade de cada um. Antes da entrevista, propriamente dita, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como, o direito do participante em desistir a qualquer momento do estudo sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), guiadas por um roteiro de entrevista semiestruturada em duas vias, uma para o pesquisador responsável e outra para o participante, deixando explícito o consentimento do participante, de forma escrita, com linguagem simples, objetiva e de fácil entendimento, esclarecendo possíveis dúvidas sobre a pesquisa que iriam participar, onde durante a entrevista foram identificados por números e a vogal “I”.

Foi utilizado também o questionário do *Self Report Questionnaire* (SRQ-20). O mesmo destina-se à detecção de sintomas, ou seja, sugere nível de suspeita da presença ou ausência de algum transtorno mental, mas não discrimina um diagnóstico específico, avaliando se há algum transtorno, mas também não oferece diagnóstico do tipo de transtorno existente. A versão em português desse instrumento adotou os 20 primeiros itens para investigar

morbidade não psicótica. O SRQ-20 contém uma escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas questões, onde os sujeitos que obtivessem escores de até 7 pontos foram considerados SRQ negativo, enquanto os que obtiveram pontuações acima deste ponto de corte teriam a denominação de SRQ positivo (QUEIROZ, PEREIRA; FIGUEIREDO, 2010).

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e o material foi analisado por meio da técnica de análise temática de conteúdo, proposta por Bardin (2011) sendo composta por três fases. Inicialmente, foi realizada a pré-análise, que consiste na fase de organização das ideias, dividida em: leitura flutuante do material (leitura do que foi pesquisado), escolha dos documentos (que irá definir o que será analisado) e vinculação com os objetivos propostos. Na segunda fase, procedeu-se a exploração do material, no qual foi realizado um estudo aprofundado do material textual coletado. E, na última fase, realizou-se o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde ocorreu a sintetização das informações para análise e basicamente o momento da análise crítica e reflexiva.

As entrevistas após transcritas foram lidas na íntegra, destacando-se os trechos relacionados aos objetivos propostos pela pesquisa. Verificando as unidades temáticas que mais se repetiam elaboraram-se as seguintes categorias empíricas: Categoria I: Repercussões negativas na qualidade de vida do idoso acamado, sob a Subcategoria I: Dificuldades econômicas e Subcategoria II: Mudanças decorrentes das limitações físicas do idoso acamados, sendo ainda gerada a Categoria II: Sintomas de sofrimento psíquicos em consequência da imobilidade e Categoria III: estratégias de enfrentamento: a influência da religião e da espiritualidade nas atitudes e nos comportamentos dos idosos.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Inicialmente foram levantados alguns dados sócio demográficos dos idosos juntamente com as causas que levaram a imobilidade. Essas informações foram organizadas e elencadas em formato de quadro para melhor visualização. A partir do material produzido por meios das entrevistas foram construídas categorias empíricas relacionadas aos objetivos propostos pelo estudo que são apresentadas logo após a discussão dos resultados do quadro 1.

Participaram do estudo nove idosos, sendo (5) do sexo masculino e (4) feminino. Foi possível traçar após as entrevistas um perfil dos participantes, por meio das seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, moradia e família, motivo da imobilidade, tempo de acamado.

**Quadro 1.** Caracterização dos idosos acamados da pesquisa. Cuité-PB, 2018.

CODINOME	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	COM QUEM MORA	MOTIVO DA IMOBILIDADE	TEMPO ACAMADO
I1	82 anos	F	Viúva	Filhos	Diabete tipo 2 e Fratura de fêmur	12 anos
I2	72 anos	F	Viúva	Sozinha/cuidador	Osteoporose e AVE	10 meses
I3	85 anos	M	Viúvo	Filha	Fratura de fêmur e Osteoporose	4 anos
I4	77 anos	F	Viúva	Filha	Osteoporose e AVE	26 anos
I5	79 anos	M	Casado	Esposa	AVE e Depressão	7 anos
I6	83 anos	F	Viúva	Filha	Fratura de Fêmur/ Osteoporose	4 anos
I7	89 anos	F	Solteira	Casa do Idoso	Insuficiência Arterial/Paralis ação dos MMII	6 meses
I8	78 anos	M	Casado	Mulher, Filha, e Neto	Câncer de próstata/Depressão	5 meses
I9	92 anos	M	Viúvo	Filha	Insuficiência Arterial	8 anos

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A faixa etária variou de 72 a 92 anos, Prevaleceram idosos mais longevos, refletindo o aumento da expectativa de vida e o crescimento da população de octogenários, que atualmente é o semento que mais cresce no país. O que se explica pelo fato de que a feminização da população idosa é um fator característico do envelhecimento populacional brasileiro e têm sido um evento crescente no Brasil (VIANA et al., 2013).

Quanto ao estado civil, seis participantes relataram serem viúvos, dois casados e um solteiro. Houve predominância de mulheres idosas viúvas no estudo. Esse alto índice coincide com os dados da população idosa da política nacional por amostra de domicílio (PNAD), foi revelado que as viúvas somavam 7,4 milhões de pessoas, enquanto os homens, 1,7 milhão no ano de 2011. Este é um evento mais frequente na velhice, especialmente para as mulheres por alcançarem maior longevidade, quando comparada ao homem, uma vez que as taxas de criminalizações, acidentes e recasamentos, estão mais associados, ao sexo masculino e ao seu contexto social (DOLL, 2011; ALMEIDE et al., 2015).



Quanto à moradia, grande partes dos idosos entrevistados, moram com os seus familiares e/ou cuidadores. Assim, a maioria dos cuidadores são informais e há necessidade de que as autoridades promovam políticas para capacitar e espaços de apoio psicossociais para evitar a sobrecarga desse cuidador familiar, pois a medida que se envelhece aumentam as vulnerabilidades e as doenças crônicas, o que tornam os idosos mais frágeis e por consequência gera, na maioria das vezes, a necessidade de um cuidador.

O processo de cuidar envolve fatores diversos e complexos que tornam a interdependência entre cuidador, idoso e equipe multidisciplinar bastante estreita. O cuidador como um membro para cuidá-lo deve ser orientado e ajudado nesse papel, tendo em vista a dificuldade de desenvolver a autonomia e a capacitação limitada do idoso para desenvolver e auxiliar as suas AVD'S. Além disso, o cuidador deve buscar meios para aliviar as tensões diárias e para encontrar meios de melhorar a qualidade de vida do indivíduo cuidado. (AREOSA et al., 2014)

Quanto aos motivos que levaram esses idosos a ficarem acamados e dependentes, a pesquisa mostrou que alguns idosos foram acometidos por doenças crônicas ou foram vítimas de acidentes domésticos. Entre os diagnósticos obteve-se: fraturas de fêmur, a osteoporose, o câncer, o diabetes, os distúrbios circulatórios, acidente vascular encefálico (AVE) e depressão.

As doenças crônicas não transmissíveis se constituem no grupo de doenças mais incapacitantes e quatro delas correspondem a cerca de 70% da morbimortalidade no mundo no Brasil, a saber: as doenças cardiovasculares (incluindo IAM e AVE), as neoplasias, as doenças respiratórias e o diabetes (MALTA; BERNAL, 2014)

Visto que as fraturas de fêmur em idosos tem sido um grande problema de saúde devido à alta incidência, com complicações decorrentes e elevados custos do seu tratamento para o sistema de saúde. Somado a isso, existem os fatores intrínsecos do idoso que favorecem as fraturas pelo declínio fisiológico característico do processo de envelhecimento, tais como, as alterações da visão, audição, olfato, marcha, equilíbrio, coordenação motora e tempo de reação (CARVALHO, 2013).

Três dos participantes relataram estar em situação de imobilidade devido a problemas de Osteoporose. Pereira; Mendonça, (2011) mostram que a osteoporose se caracteriza por redução da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, ocasionando fragilidade aos ossos e os tornando mais suscetíveis a fraturas. O avanço da idade, proporciona alterações histológicas no tecido ósseo, predispondo o aumento do risco de fraturas, dor, deformidade e incapacidade física. A prevalência da osteoporose apresenta

variação, e, atualmente a literatura registra incidência de 50% para as mulheres na oitava década e 20% para os homens na mesma idade.

No que diz respeito às doenças endócrinas, apenas 1 idoso apresentou diabetes do tipo 2, sendo do sexo feminino. A pesquisa de Cecílio et al. (2015) revela que o diabetes mellitus tipo 2 é uma das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais comuns em todo o mundo, e sua prevalência continua crescendo, devido ao envelhecimento populacional, desenvolvimento econômico e urbanização que desencadearam mudanças importantes no estilo de vida das pessoas, marcado pela presença de sedentarismo e obesidade. Os autores ainda relatam em seu estudo que no Brasil, o número de pessoas com diabetes passou de 4,5 milhões, em 2000, para 11,3 milhões em 2013, com previsão de chegar a 19,2 milhões em 2035.

Dois participantes dos participantes informaram ter tido insuficiência arterial nos membros inferiores (MMII). Sendo que, um desses foi necessário à amputação de ambos os membros e o outro teve o comprometimento das pernas, deixando-os com limitação física/motora. A insuficiência arterial é um quadro clínico consequente à redução do débito sanguíneo arterial em determinada região, determinando um conjunto de sinais e sintomas que serão específicos aos tecidos e órgãos acometidos, apresentando uma prevalência de 10 a 25% na população masculina acima de 55 anos. A redução do fluxo sanguíneo arterial para as extremidades pode ocorrer de forma aguda, ocasionando em algumas horas necrose dos tecidos isquemiados, ou de forma crônica, sendo resultado do estreitamento lento e progressivo da luz das artérias (NEVES, 2014).

O estudo revelou que dos nove idosos entrevistados, três apresentam AVE. Segundo Souza, et al. (2013) destaca que o AVE é uma das doenças mais prevalentes, sendo motivo de déficits neurológicos importantes. Aproximadamente 20% dos pacientes desta doença resistem apenas um mês após sua ocorrência, outros 50% sobrevivem por mais tempo, mas apresentam insuficiência, considerável e permanente, necessitando de cuidados. Os demais 30% apresentam déficits neurológicos, adquirindo permanentemente certo grau de dependência.

Durante as entrevistas um dos idosos acamados relatou ter câncer de próstata, já está em estágio avançado, com metástase, comprometendo assim sua mobilidade, o mesmo apresenta depressão, devido ao avançar da doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2030 a carga global do câncer seja de pelo menos 21,4 milhões de casos novos ao ano. Mais da metade das mortes por câncer nos países de baixa e média renda ocorrem em pessoas com mais de 70 anos (BRASIL, 2015).

Segundo, Veras (2009) o câncer é uma enfermidade estigmatizada, e quando se soma a condição de ser idoso, o acolhimento a esse grupo de indivíduos torna-se mais complexo. Existe um conjunto de especificidades psicológicas, sociais e biológicas inerentes a essa faixa etária, fato que reforça a necessidade do idoso que convive com o câncer ser devidamente acompanhado.

A depressão foi relatada por dois participantes. É importante destacar que sintomas depressivos em idosos tem se tornado preocupante, visto que é um transtorno mental de maior prevalência e que frequentemente é considerada uma decorrência natural do envelhecimento, sendo apontado como um possível indicador de uma morbidade devido à incapacidade das funções sociais e de outras AVD'S causando sérios danos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares resultando em custos elevados para a sociedade em geral. Diversos fatores podem determinar ou contribuir para a alta prevalência de depressão em idosos, a exemplo das alterações do sistema nervoso central (SNC), comorbidades, doenças incapacitantes, abandono ou maus-tratos, uso permanente de medicamentos, aposentadoria insatisfatória, inversão de papéis na sociedade e na família, sofrimento prévios e atuais, processo de luto, especialmente do cônjuge e de filhos, institucionalização, dentre outros fatores (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Por meio das entrevistas percebeu-se que todos os idosos relataram problemas e dificuldades relacionadas à situação de imobilidade, seja por estarem em situação de dependência, ou por não realizarem atividades básicas de vida diária (ABVD). Ao qual reconhecem a diminuição de sua capacidade física e funcional e sua fragilidade na condição de dependente. Dessa forma, para compreender e contextualizar essas experiências emergiram as seguintes categorias:

### **3.1 Categoria I: Repercussões negativas na qualidade de vida do idoso acamado**

Os participantes desta pesquisa: **I1**, **I2** e **I9** afirmam que sofreram e passaram por muitas dificuldades e mudanças, onde algumas AVD'S que antes eles exerciam sozinhos, como as tarefas relacionadas ao autocuidado e trabalho doméstico, agora são realizadas com auxílios de outras pessoas. Notou-se também um sentimento nostálgico dos entrevistados ao lembrar que antes conseguiam ter independência no seu cotidiano:

*“Tenho saudade de algumas coisas que eu fazia e hoje não posso mais, como realizar minhas atividades ao amanhecer... eu amava*

*cozinhar, organizar minha casa, conversar com minhas vizinhas na porta e ir para a missa aos domingos” (I1).*

*“[...] é que não posso lavar minhas roupas, nem fazer minha comida, nem costurar mais... quando passou e vejo minha máquina de costura, choro de tristeza por não poder mais fazer minhas roupas.” (I2).*

*“[...]Não consigo fazer mais nada do que fazia, estou aqui derrubado em cima de uma cama, faz muitos dias, meses.” (I9).*

Como revelado nos discursos acima, esses idosos ao terem deixado de realizar suas AVD'S e seu autocuidado, devido à presença de incapacidade funcional, acabaram por apresentar alguns sentimentos de inutilidade, pois durante toda a sua vida o cuidado doméstico era de sua responsabilidade e ao mesmo tempo uma atividade prazerosa.

E por esta razão a capacidade funcional reflete no bem-estar, podendo ser um indicador crítico para estimar a qualidade de vida e de adoecimento psíquico nessa população. Geralmente, os idosos que expressam sentimentos negativos e solitários acompanhados do processo de envelhecimento com os estereótipos sociais, têm como consequências essa diminuição de aptidão para realizar seus afazeres diários e uma queda da labilidade emocional (THOMOPOULOU & KOUTSOUKI, 2010).

É possível observar na fala de **I8**, que há dificuldade de AVD's como: alimentação e como também na coordenação motora o que interfere na vida desta pessoa:

*“Tenho dificuldade de me alimentar, minha esposa às vezes fica empurrando na minha boca para ver se como, não tenho mais força, nem vontade e não sinto fome.”.*

Segundo Silva, et al. (2006) o estado nutricional é comumente comprometido nos idosos frágeis. Inúmeros são os fatores que podem ser responsáveis por esse quadro, tais como: o efeito colateral de medicamentos, o comprometimento da acuidade visual, a diminuição do paladar, a diminuição do olfato, os problemas na dentição, diminuição da salivação, a depressão, o isolamento social, o alcoolismo, a anorexia, a incapacidade física, as dificuldades financeiras ou sociais e as doenças crônicas avançadas. Essas perdas podem levar a diminuição das habilidades físicas e mentais, as quais envolvem atividades de cuidados pessoais que requerem tarefas mais complexas do cotidiano, exigindo assim, um cuidador ao seu lado.

É possível ver também, na fala do participante **I3** o relato do medo de incomodar e sobrecarregar seus familiares e cuidadores, ficando muitas vezes, envergonhado por necessitar

de ajuda devido às suas limitações físicas. Um medo existente na terceira idade principalmente pelo receio de dependência, ao qual alegam o medo de se tornarem um fardo para seus familiares.

*“Tenho muitas dificuldades, faço tudo em cima da cama, minhas necessidades, sinto muita vergonha por não poder fazer nada sozinho e ficar dependendo de outras pessoas, não quero ser um fardo para as pessoas que cuidam de mim eles sofrem também.” (I3).*

Mostra-se evidente nessa fala de I3, o medo, vergonha, sentimento de inutilidade, perda de apetite e apatia, sentimentos estes que afloram em determinadas situações para que o cuidado seja contínuo e para que os vínculos ocorram, pois o idoso com incapacidade funcional vivencia processos de mudanças de ordem biopsicossociais, principalmente por estarem mais fragilizados, causando também sentimentos de sofrimento psíquico.

Em situações de doenças incapacitantes, quedas, transtornos mentais, e outras que levem o indivíduo à diminuição da sua capacidade de desempenhar e realizar as AVD'S como o autocuidado, faz-se necessário o auxílio de um cuidador, que geralmente é representado por algum membro familiar, sendo assim, o indivíduo idoso que se vê dependente de terceiros trás consigo consequências, psicológicas e sociais negativas para si (BAPTISTA et al, 2012).

O cuidador e familiar é fundamental para a reabilitação e para o atendimento às necessidades cotidianas do idoso fragilizado, sobretudo no seguimento das orientações para a saúde, bem-estar, segurança, conforto e, ainda, no respeito e incentivo ao estímulo, à autonomia e independência. O mesmo convive diariamente com o idoso, prestando-lhe cuidados higiênicos, ajudando com a alimentação, administrando medicação e estimulando-o com as atividades reabilitadoras, interagindo, assim, com a equipe terapêutica (GAIOLI, FUREGATO, SANTOS; 2012).

Para Freitas e Py (2011) idosos fragilizados que dependem de terceiros para realização de AVD's, que são incapazes de se movimentar, e são geralmente mantidos restritos ao leito, adquirem ou evoluem para outras complicações chamadas de síndrome da imobilização caracterizadas como um complexo de sinais e sintomas resultantes da supressão de todos os movimentos articulares e, por conseguinte, da incapacidade da mudança postural.

O idoso vivencia esta síndrome da imobilidade quando doenças crônicas degenerativas afetam sua qualidade de vida, tendo como principais causas desse conjunto de sintomas: repouso prolongado no leito, doenças cerebrovasculares e cardiopatias, demências, depressão, doenças reumáticas, estado nutricional precário, medo de cair (ULIANA, 2012).

E as consequências destas patologias desencadeiam agravos como: artrose, fraturas, lesões por pressão, atrofia, quedas, anorexia, alteração do sono, ansiedade, delírium, dentre outros. Tais comprometimentos acabam agravando negativamente a vida social deste indivíduo, levando ao isolamento social, podendo causar depressão entre outras patologias (CHAIMOWICZ, 2013).

A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico e sem tratamento e que exerce forte impacto funcional envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Afeta assim sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e pode levar a tendências suicidas e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades. Esse transtorno se tornou um problema de Saúde Pública, devido à elevada frequência com que ocorre (MONTESO et al, 2012).

Visto que é um transtorno mental de maior prevalência e que frequentemente é considerada uma decorrência natural do envelhecimento, sendo apontado como um possível indicador de uma morbidade devido à incapacidade das funções sociais e de outras AVD, causando sérios danos à saúde mental e qualidade do idoso e de seus familiares resultando em custos elevados para a sociedade em geral (KIOSSES; SZANTO; ALEXOPOULOS, 2014).

### **3.1.1 Subcategoria I: Dificuldades econômicas**

Na fala de **I5** e **I6**, é possível evidenciar que o provimento financeiro é pequeno, frente às despesas com a saúde, ao qual inclui exames, consultas médicas e medicações de uso contínuo, não condizendo com a sua realidade financeira. Situações estas que, na maioria das vezes, causam desconforto pela insuficiência da aposentadoria/salário mínimo e da possível necessidade de dependência financeira ligada aos seus familiares.

*“[...] fazia fisioterapia mais não tive como manter porque custava muito caro, e eu só ganho um salário mínimo preciso dá prioridade aos remédios que também custam caro.” (I5).*

*“Envelhecer custa caro, os remédios do tratamento e os gastos com os transportes para me levar até as consultas... sou aposentada e ainda bem que minha filha cuida de mim e me ajuda financeiramente, porque se fosse para pagar um cuidador, o dinheiro não seria suficiente... meus filhos sempre me ajudam!” (I6).*

O comprometimento da capacidade funcional do idoso significa qualquer distúrbio físico, fisiológico ou psicológico. A deficiência constitui qualquer desvantagem que impede a pessoa de executar, parcial ou totalmente, uma função normal, como consequência de comprometimento de uma incapacidade que demonstra a restrição ou perda, transitória ou definitiva, da habilidade para realizar ao menos as atividades de vida diária. Dificuldades ou limitações na realização das AVD podem levá-los a depender de outras pessoas, não apenas por causa de enfermidades físicas, mas, também, por doenças mentais, e ambas constituem importantes fatores de risco para a mortalidade. A dependência mental leva, com frequência, à perda de autonomia. (SANTOS et al, 2007).

Cesar et al. (2008) em seu estudo mostram que os idosos que possuem baixo nível socioeconômico, condições de moradia precárias, elevado número de doenças ou problemas de saúde e consumo de medicamentos contínuos lhes consome grande parte da aposentadoria, mostrando assim, que é um dos principais determinantes sociais da saúde. Em geral, idosos com uma baixa renda apresentam agravos na condição de saúde e na função física devido ao pouco acesso aos serviços de saúde e de educação em tal área.

O Estatuto do Idoso constitui que os idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, gozam dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e, que "é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público", assegurar-lhes, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (DIAS, 2015).

A Lei n. 8.080/1990, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece, em seus artigos 6º e 7º, que entre as ações que se inserem no campo de atuação do SUS, encontra-se a de "assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica", compreende a prevenção e a manutenção da saúde do idoso. Incumbem ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. As instituições de saúde necessitam atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde, assim como orientação a cuidadores familiares (DIAS, 2015).

### ***3.1.2 Subcategoria II: Mudanças decorrentes das limitações físicas dos idosos acamados***

Nas falas dos entrevistados **I1**, **I2**, **I5** e **I7**, é possível ver em relatos como tais problemas de saúde/imobilidade física contribuíram para a mudança no estilo de vida.

*“Mudou muita coisa, eu gostava muito de fazer meus serviços, cuidar dos meus filhos, da minha casa [...] ficar nessa situação, sem poder fazer nada, dependendo das pessoas para tudo... é muito ruim! E ainda perdi a visão, devido à diabetes.” (I1).*

*“Mudou, porque fiquei sem fazer meus serviços, fiquei sem movimentar o braço e a perna, não consigo varrer a casa, nem lavar minhas roupas, foi ruim demais ficar sem costurar, amava fazer roupas, pense na saudade que tenho.” (I2).*

*“Mudou tudo, fico dependendo das pessoas, sem conseguir fazer nada.” (I5).*

*“Mudou! Porque não consigo mais trabalhar, fiquei mais calado, amava trabalhar no meu roçado, vivia andando [...] ia para o mercado todo dia conversar com os meus amigos.” (I7).*

As falas das entrevistadas **I1** e **I2** mostram o quanto elas sentem falta de realizar suas AVD's, pois a independência e a capacidade física são vitais para manutenção da homeostasia do corpo e da mente. As incapacidades funcionais dessas idosas ligam-se, sobretudo, a dificuldades no desempenho de atividades, tais como, como sair sozinho à rua, arrumar a casa, preparar alimentos e cuidar filhos. Observa-se também que a incapacidade pode interferir também nas redes sociais, como visto no discurso de I7, logo, pode associar-se a isolamento social com tendência a episódios depressivos.

Segundo Araújo et al. (2013), essas mudanças são consequências do envelhecimento, combinadas com a inatividade física, ocasionam assim, situações que podem levar o idoso a uma perda progressiva de autonomia e independência e há fatores que limitam a mobilidade e a independência do idoso, prejudicando sua sociabilidade e bem-estar, várias são as alterações na saúde mental do idoso, gerando assim diversos impactos negativos no seu cotidiano.

Segundo, Carvalho et al. (2010), as dificuldades nas realizações das AVD's geram maior dependência funcional, acarretando consequências não só para a vida do indivíduo, mas também para toda a família, uma vez que esta se vê diante de situações que a levam a um maior cuidado na recuperação dele. Atitudes protetoras dos familiares e cuidadores acarretam impactos ainda maiores na vida do idoso e prejudicam também suas AIVD's, como realizar compras, preparar refeições e limpar a casa. A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. Sendo assim, o indivíduo idoso



que se vê dependente de terceiros poderá fomentar repercussões emocionais, psicológicas e sociais negativas para si.

### 3.2 Categoria II: Sintomas de sofrimento psíquico em consequência da imobilidade

É possível ver nas falas dos idosos **I5**, **I6** e **I8** relatos de que a vida não tinha mais sentido, sentimento este surgido após perda da capacidade funcional, pela falta de independência para executar as AVD'S. Devido a isso, vários problemas e sentimentos foram surgindo, tais como, a tristeza, a saudade, a solidão, a angústia, a inutilidade, o medo e as aflições, gerando mudanças de humor e conseqüentemente crises depreciativas, ou até mesmo, pensamentos suicidas, como pode-se identificar nas falas:

*“Eu me sinto triste, já fui mais ativo. Agora estou enfraquecido. Sem forças, dependendo das pessoas, isso é muito ruim, me sinto um inútil. Quis muito tirar minha vida, várias vezes pedi a Deus [...], não tenho mais utilidade, às vezes queria nem estar aqui [...] Não desejo isso para ninguém é uma vida muito sofrida.” (I5).*

*“Choro muito, é uma situação difícil... às vezes queria acordar e nem estar mais aqui, causo sofrimento demais para as pessoas [...] depois que perdi meu marido tudo ficou mais difícil é uma vazão enorme, queria ter ido junto com ele.” (I6).*

*“Eu vivo chorando de tristeza e desgosto por estar assim sem poder fazer nadar, não tem mais jeito, tenho que me conformar. Pedi a Deus uma morte tranquila [...] é um sofrimento, sinto muita dor, não sinto mais prazer em comer, me dão comida a força, rezo muito pedindo a Deus para me levar e me tirar desse sofrimento, porque eles também sofrem cuidando de mim.” (I8).*

O estudo de Vaz e Gaspar (2009), realizado com 186 idosos de instituições de longa permanência, no Distrito de Bragança-SP, apresentou um índice de solidão de 29,3%. Para o autor, a presença da experiência de perda, abandono, rejeição ou desamparo, pode acontecer uma depressão de dependência, com sentimento de tristeza, solidão, sensação de vazio, isolamento afetivo e desamor.

Os autores do estudo supracitado, fazem também uma explanação sobre suicídio, apresentando-o como a consequência mais séria de depressão tardia, quando não é tratada ou tratada de forma incorreta. As pessoas com mais de 65 anos apresentam uma porcentagem de

suicídio maior do que as demais faixas etárias, 63% de pessoas que cometem suicídio são pessoas brancas, idosas, do sexo masculino, associada a alguma doença física ou psíquica.

Desse modo, observou-se nos relatos dos participantes desta pesquisa, repercussões de pensamentos suicidas. Minayo, Teixeira e Martins (2016) afirmam que o suicídio é o ato realizado por indivíduos que pretendem se matar e cujo desfecho não resulta em óbito. Tal ação, geralmente está relacionada com a impossibilidade de o indivíduo identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos, optando pela morte como resposta. Uma série de fatores está associada com o risco de suicídio, incluindo doenças físicas incapacitantes, enfermidades mentais, problemas de ordem familiar e socioeconômicos.

No caso das pessoas idosas, a maioria dos estudos mostram uma forte associação entre o risco de suicídio com isolamento, depressão, e outros distúrbios psiquiátricos, dentre outras doenças, que podem resultar em efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica do idoso (MINAYO; TEIXEIRA, MARTINS, 2016).

Verificou-se também a presença do sentimento de solidão nos relatos dos idosos, com destaque para a perda de companheiros. Estudos apontam que quando há perdas de pessoas próximas, acaba acarretando uma situação traumática. Nesse sentido, embora a morte na velhice possa ser considerada um evento dos mais normativos no ciclo de vida, a viuvez acarreta desdobramentos ao desenvolvimento e à saúde do idoso, uma vez que as implicações do óbito do cônjuge se somam às demandas decorrentes do processo de envelhecimento, tornando-a um fenômeno bastante complexo. Por tais motivos, a viuvez consiste em um dos estressores de mais difícil adaptação (STEDILE; MARTINI; SCHIMIDT, 2017).

Desse modo, a perda do cônjuge está relacionada à solidão, o que se deve principalmente à perda íntima particular. Essa perda pode gerar sentimento de abandono, sendo às vezes os próprios idosos os primeiros a privarem-se do convívio e da participação social. Nesse sentido, podem aparecer sintomas depressivos, devido o idoso está numa situação de perdas continuadas, o que gera sentimentos de desânimo e tristeza. Aliado a esses fatores, os sintomas depressivos têm pior prognóstico e maior incidência de suicídios, devido ao fato de estar ligado a uma fase de vida em que eles se encontram mais fragilizados, interferindo na sua capacidade funcional, de autocuidado e nas suas relações sociais (MARTINS, 2008; FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

Ainda nesta pesquisa foi utilizado um questionário durante as entrevistas do SRQ-20, ao qual avalia os sintomas de sofrimento mental. Dentre estes, dois idosos apresentaram escore ( $\geq 9$ ) e ( $\geq 12$ ), quatro idosos ( $\geq 13$ ) e um idoso com escore ( $\geq 16$ ). Vale salientar que com o resultado maior ou igual a sete indica presença de sofrimento mental. Dessa forma,

observou-se nesta pesquisa que todos os idosos participantes apresentaram sintomas de sofrimento mental, fator preocupante e que merece bastante cuidado, pois, o idoso acaba ficando mais vulnerável as diversas situações de vida e saúde.

A exposição a transtornos mentais é mais presente durante o processo de envelhecimento, no qual diversos motivos podem estar associados a esse quadro, como: comorbidades e incapacidades, fatores estressantes durante a vida e isolamento social (SILVA et al., 2018).

Minghelli et al. (2013) em seu estudo mostram que existem várias condições que podem interferir e contribuir para um maior desenvolvimento de sintomas depressivos tais como: o avançar da idade e o estado civil, ausência do cônjuge, um baixo nível econômico, as enfermidades crônicas e incapacitantes, idosos diabéticos, hipertensos, abandono e o isolamento social, além da falta de atividade física.

Paradela (2011), diz que a sintomatologia clássica dos sintomas depressivos afetam três esferas: Afeto: choro, tristeza, apatia; Cognição: desesperança, a culpa, sentimentos de inutilidade, ideias de morte. morte e Somáticos: falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal e diminuição da libido. Sentimentos estes que podem ser evidenciados nesta pesquisa.

Já, Silva (2010), o idoso acamado devido às limitações físicas desencadeia uma grande variedade de transtornos mentais. A constatação de alguns sintomas de sofrimento mental como: Sentimentos de ansiedade falta de vínculos e de suporte social, aumento ou falta de apetite, baixa autoestima, déficit de concentração, fadiga, perda de interesse, de prazer em suas AVD'S, eventos estressantes da vida como uma viuvez recente ou outras perdas importantes e dores crônicas, são alguns de identificação precoce, muitas das vezes pouco relevante, mas de suma importância. Esses sintomas podem auxiliar tanto no diagnóstico como no tratamento precoce destes, favorecendo subsídio para uma melhor qualidade de vida.

### **3.3 Categoria III: Estratégias de enfrentamento: A influência da religião e da espiritualidade nas atitudes e nos comportamentos dos idosos**

Foi possível identificar através desta pesquisa que os idosos, muitas das vezes, buscam estratégias de equilíbrio emocional, visto que sua dependência física causa grandes problemas internos, contribuintes para os problemas psicológicos ao qual apresentam. Uma estratégia identificada é a busca de práticas religiosas como fonte de esperança e força para a superação

de obstáculos. Tais observações podem ser identificadas nos relatos de: **(II)**; **(I4)**; **(I7)**; **(I8)** e **(I9)**.

*“[...] é assim mesmo minha filha, não tem o que fazer. Tem que ter paciência até quando Deus quiser tudo na vontade dele, antes eu me preocupava muito, agora, já estou mais acostumada porque me dão muito conselho e eu tenho meu rádio pra me divertir, assistir minhas missas, aí eu espaireço mais, não me sinto mal porque a pessoa não pode ser fazer mais nada, nem ser contra Deus, mas tenho muito desgosto.” **(II)**.*

*“[...] peço sempre a Deus para me dá forças e me fazer superar todas essas dificuldades, tenho muita fé em Deus, porque sem ele não somos nada.” **(I4)**.*

*“[...] peço muito a deus para me curar, eu rezo muito, peço pra me tirar dessa situação, já faz seis meses que estou nessa luta, vivo pensando se vou voltar a andar algum dia.” **(I7)**.*

*“[...] só Jesus Cristo para me ajudar esses dias todos, só choro,” **(I8)**.*

*“É ter paciência, tem que ter paciência, porque eu não faço mais nada, sou dependente das outras pessoas. Sou muito católico, escuto sempre a missa pelo rádio já que não posso ir até a igreja, e sinto muita falta da minha esposa, sempre ia à missa com ela” **(I9)**.*

Para Carvalho et al. (2010) independentemente da crença religiosa do idoso, a espiritualidade está relacionada à expectativa de melhor qualidade de vida. A pessoa encontra na religião um conforto diante das adversidades que surgem com o envelhecimento. Desta maneira, a espiritualidade desempenha um papel positivo na saúde física, social e mental. Há vários indicadores de que a busca de um sentido para a vida, a presença da fé, a prática de virtudes e a crença na transcendência atenuam, com o avançar da idade, assim como, podem atuar como recurso para melhoria de condições de saúde e prolongamento da vida.

De acordo com Santos et al. (2013) as estratégias de enfrentamento religiosos servem como um amortecedor dos eventos negativos, como meios protetores que as pessoas utilizam para lidar com eventos estressores, ajudando principalmente em situações de aceitação, da falta de controle, diante de uma determinada situação. Funciona também, como intercessor entre as angústias, o temor as tragédias e a realidade de quem envelhecem e principalmente, de quem convive com a incapacidade atual. Estratégia esta que regula a resposta emocional acarretada pelo processo de inabilidade funcional, fazendo a pessoa sentir-se acolhida e protegida.

A religião cumpre um papel facilitador para a integração social por meio de suas instituições religiosas, onde promove também a reflexão acerca das práticas cotidianas e a realidade social. Dessa forma, pode-se observar o papel fundamental que a religião cumpre diante do ser humano, pois utilizam suas redes que podem ser chamadas de instituições, que funcionam como teia de apoio, base e integração social, as igrejas são instituições de apoio social, mas esses idosos muitas vezes encontram-se impossibilitados de ir até esses locais. As políticas públicas devem estar atentas a essa necessidade, de forma a oportunizar maior mobilidade desses sujeitos, com o objetivo de fortalecer as redes sociais de apoio ao idoso, e assim, amenizar o sofrimento psíquico (FERREIRA et al, 2011).

Em todos os momentos da vida o ser humano volta-se à religiosidade como forma de alimento espiritual, de se preencher emocionalmente e a espiritualidade em crer que existe um ser transcendente na qual ele acredita e deposita sua fé. É no âmbito da igreja que são desenvolvidas as relações/interações sociais, onde as pessoas vivem de forma comum entre si (VIEIRA; ZANININ; AMORIN, 2013).

A atitude religiosa pode ser medida pelo envolvimento dos indivíduos em práticas religiosas, no momento em que as pessoas adotam a fé com o transcendente como referência importante nas relações interpessoais. Sendo assim, a fé pode auxiliar como curso terapêutico, porque o indivíduo que é motivado pela fé tende a exercitar mais o autocuidado, cuida do seu interior e isso pode resultar em motivação para uma melhora do seu estado de saúde material e espiritual (VIEIRA; ZANININ; AMORIN, 2013).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse estudo, pode-se averiguar que os idosos acamados experenciam dificuldades de ordem biopsicossocial as quais repercutem diretamente na sua saúde mental. As dificuldades biológicas são relacionadas a perda da independência para realização das atividades de vida

diária, tais como, incapacidade de comer, vestir-se, banhar-se, cuidar do lar, sair sozinho dentre outras que geram sensações de inutilidade e baixa autoestima.

Nas esferas psicológicas, pode-se verificar que todos apresentaram sintomas de sofrimento mental, pois evidenciaram altos escores mensurados pela escala SRQ-20. Além disso, evidenciou-se sinais de ansiedade, relatos de solidão, pensamentos depressivos e de sentimento de inutilidade e incapacidade.

Do ponto de vista social, pode-se perceber que a incapacidade pode repercutir nas redes sociais, implicando em isolamento social. Essa rede causal acaba por precipitar ainda mais episódios de pensamentos negativos e depressivos que implicam na saúde do idoso globalmente. Além de repercussões na família, podendo gerar sobrecarga de cuidados pelos cuidadores familiares.

Percebeu-se também que os idosos acamados da pesquisa enfrentam muitas dificuldades e mudanças no estilo de vida, devido à condição de dependência e falta de autonomia, fatores estes negativos e estressantes, que conduzem à baixa qualidade de vida, tanto para quem vivencia essa condição como para quem está no seu entorno. Além disso, a perda de apoio, o isolamento social e outros fatores socioeconômicos e culturais podem contribuir para uma grave crise de bem-estar psicológico.

Em virtude dos fatos mencionados e pelo crescente número de idosos com problemas de saúde mental relacionada à sua incapacidade, políticas de saúde públicas, redes de apoio, capacitação para profissionais de saúde, são necessários para reforçar os cuidados a esse público que é tão fragilizado e carente de cuidados.

Sendo assim, apesar do pleno alcance dos objetivos elencados nesta investigação continua indiscutível a necessidade de execução de outros estudos que traduzam com mais ênfase e precisão a problemática de como é a saúde mental do idoso acamado em domicílio, proporcionando, assim, importantes subsídios para elaboração e implementação de programas educativos para sensibilizar os familiares/cuidadores e profissionais de saúde que compõem a esfera multidisciplinar, necessitando-se de capacitação para lidar com as especificidades de transtornos psíquicos que podem acometer as pessoas idosas, sobretudo na Atenção Primária em Saúde (APS) juntamente com o núcleo familiar, a fim de preservar a autonomia e qualidade de vida da pessoa idosa.

Apesar dos resultados, limitações foram encontradas, visto que foi realizada em uma população adstrita e bastante resistente, tendo em vista a idade e a condição física e psicológica que estes se encontravam.

## 5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em < <http://www.redalyc.org/html/3215/321540660010/> > Acesso em 19 jul.2018.

ARAÚJO, J.S. et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em:< [http://scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100015&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 22 jun. 2018.

AREOSA, S. V. C. et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1645-00862014000200012](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012) > Acesso em 01 jul 2018.

BAPTISTA B.O. et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) v.33. n.1, p.147-56, 2012. Disponível em:< [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100020](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100020) >. Acesso em: 23 jul. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 229 p. 2011. Acesso em: 24 abr. 2018.

BASSANI, D. C. H. et al. Depressão Em Idosos Na Atenção Primária Em Saúde: Aspectos De Uma Comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Blucher Medical Proceedings**, v. 1, n. 5, p. 21-21, 2014. Disponível em:< <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/medicalproceedings/2cbmh/012.pdf> >. Acesso em: 24 jun. 2018.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: **Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>. Acesso em: 21 jun. 2018.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2018.

CARVAHO, C.J.A. Experiência do idoso com fratura de fêmur. Botucatu (SP): UEP/Universidade Estadual Paulista; p.160, 2013. Disponível em:< <https://alsafi.ead.unesp.br/bitstream/handle/11449/106065/000734574.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >.Acesso em: 04 jul. 2018.

CARVALHO, E. M. R. et al. O olhar e o sentir do idoso no pós-queda. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 7-16, 2010. Disponível em: < <http://scielo.br/pdf/rbgg/v13n1/a02v13n1.pdf> > Acesso em 09 jul. 2018.

CECILIO, H. P. M. et al. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. **Acta Paul Enferm.**, Maringá- Pr, v. 28, n. 2, p.113-119, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-2802-0113.pdf> . Acesso em: 28 mai. 2018.

CESAR, J. A. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 1835-45, 2008. Disponível em < [https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800012&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800012&script=sci_arttext&tlng=es) > Acesso em 14 jul de 2008.

CHAIMOWICZ, Flavio. et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte, UFMG, 2.ed,p.167, 2013. Disponível em: < <https://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf> > Acesso em: 14 jul. 2018.

MALTA, D. C; BERNAL, R. T. I. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. Supl 1, p. 241-255, 2014. Disponível em < [http://scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s1-00241.pdf](http://scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00241.pdf) >. Acesso em 20 jul.2018.

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: Freitas, E.V. & Py, L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 1335-49. (3a ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2011. Acesso em jul. 2018.

DIAS, E. F. O Estatuto do Idoso e a judicialização do direito à saúde. **Revista Jus Navigandi, Teresina**, ano, v. 16, 2015. Disponível em: < <https://jus.com.br/artigos/20304/o-estatuto-do-idoso-e-a-judicializacao-do-direito-a-saude> >

QUEIROZ, J. W. M.; PEREIRA, P. C. A. A.; FIGUEIREDO, E.G. Fraturas osteoporóticas da coluna vertebral. **Arq Bras Neurocir**, Cajazeiras- Pb, v. 3, n. 33, p.258-265, jun. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2014/v33n3/a4936.pdf> . Acesso em: 05 jul. 2018.

FERNANDES, M. G. M.; NASCIMENTO, N. F. S.; COSTA, K. N. F. M. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1\\_html\\_site/a02](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a02)>. Acesso em: 22 jun. 2018.

FERREIRA, A. G. N; et al. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 744-50, dez. 2011. Disponível em:<[http://scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000400015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000400015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 04 jul. 2018.



FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda. 1741 p,2011. Acesso em: 2 mai. 2018.

GAIOLI, C.C.L.O, FUREGATO, A.R.F, SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto – Enferm**, v. 21,p.150-57, 2012. **Disponível em:**< [http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100017](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100017). >. Acesso em: 14 jul. 2018.

GONÇALVES, L. T.H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013. **Disponível em:**<<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/11.pdf>> Acesso em: 7 jul. 2018.

KIOSSES, D. N.; SZANTO, K; ALEXOPOULOS, G.S. Suicide in older adults: the role of emotions and cognition. **Current psychiatry reports**, v. 16, n. 11, p. 495, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25226883>.> Acesso em : 20 jul. 2018.

KIRCHNER, P. P. Qualidade de vida na terceira idade. Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Unesc, Criciúma. p.74, 2010. **Disponível em:**<[http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86921999000100001](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921999000100001) >. Acesso em: 19 jun. 2018.

MALTA, D. C; BERNAL, R. T. I. Comparação dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas na população com e sem planos de saúde nas capitais brasileiras, 2011. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. Supl 1, p. 241-255, 2014.**Disponível em** < [http://scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt\\_1415-790X-rbepid-17-s1-00241.pdf](http://scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00241.pdf) >. Acesso em 20 jul.2018.

MARTINS, R. A depressão no idoso. Millenium - **Revista do ISPV**, v.34, 2008. **Disponível em** : <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/> >Acesso em : 04 jul. 2018.

MINAYO, M. C. S; TEIXEIRA, S. M. O; MARTINS, J. C. O. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Estudos de Psicologia**, 2016. **Disponível em:** < <http://redalyc.org/html/261/26146411005/> >. Acesso em 08 jul.2018.

MINGHELLI, B. et al. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. psiquiatr. clín.**; v.40, n.2, p.71-76, 2013. **Disponível em:** < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v40n2/v40n2a04.pdf> >Acesso: 05 jul 2018.

MONTESO, P. et al. Depression in the elderly: study in a rural city in southern Catalonia. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 19, n. 5, p. 426-429, 2012.

NEVES, H. C. **Síndrome Isquêmica Crônica**. 2014. Disponível em: <http://www.angiologista.org/leitura-de-artigo.php?id=78> . Acesso em: 01 jul. 2018.

PARADELA, Emylucy. Depressão em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**,v.10,n.2,2011. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=112](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=112). Acesso em 14 de ago de 2017.

PEREIRA S. R. M.; MENDONÇA L. M.C de. Osteoporose e Osteolaácia. In: **FREITAS, EV. Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap 73, p.839-59, 2011.Acesso em: 4 jun. 2018.

PIGOZZI A.L. M; GONÇALVES, M. **Depressão relacionada à demência senil**.v.22, n. 4, 2017. **Disponível em:** <https://www.polbr.med.br/ano17/prat0417.php>. >. **Acesso:** 2 jul. 2018.

QUEIROZ, J. W. M.; PEREIRA, P. C. A. A.; FIGUEIREDO, SANTOS, K.O.B et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Rev Baiana Saude Publica**, v. 34, n. 3, p. 544-60, 2010. **Disponível em:** < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=592253&indexSearch=ID>. >>. **Acesso em :** 1 abr. 2018.

SANTOS, W. J. et al. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2319-2328, 2013. **Disponível em:**< [http://scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800016&script=sci\\_abstract](http://scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800016&script=sci_abstract) >. **Acesso em** 1 jun. 2018.

SCHLINDWEIN-ZANINI R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev Neurocienc.** 18(2):220- 226, 2010. **Disponível em:**< <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf> >. **Acesso em:** 6 jul. 2018.

SILVA, G.B et al. Caracterizando a depressão no idoso: Uma revisão bibliográfica. **Enciclopédia biosfera, centro científico conhecer - Goiânia**, vol.6, n.9, p.1, 2010. **Disponível em:**< <http://conhecer.org.br/enciclop/2010/caracterizando.pdf> >. **Acesso em:** 3 jul.2018.

SILVA, P.A.S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 639-646, 2018. **Disponível em:**< <http://scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0639.pdf> >. **Acesso em** 8 jul 2018.

SILVA, T.A.A et al. Sarcopenia and aging: aspects and therapeutic options. **Rev Bras Reumatol**.v.46.n.6,p391-7,2006.**Disponível em:**<[http://scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042006000600006](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000600006)>. **Acesso em:** 3 jun.2018.

SOUZA, O. A. R. et al. Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1147-53, 2013. **Disponível em:**< [http://scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt\\_0080-6234-reeusp-47-05-1143.pdf](http://scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1143.pdf) >. **Acesso em:** 5 jul. 2018.

STEDILE, T.; MARTINI, M. I. G.; SCHMIDT, B. Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 327-343, 2017. **Disponível em** < [http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2445](http://seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2445) > **Acesso em :** 01 jul 2018.

TEIXEIRA. L.M.F.; Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: a um estudo avaliativo exploratório e implementação- piloto de um programa de intervenção. Dissertação

(mestrado integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia, 2010. **Disponível em:** < [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf) > Acesso em: 3 julho. 2018.

THOMOPOULOU, I.; THOMOPOULOU, D.; KOUTSOUKI, D. The differences at quality of life and loneliness between elderly people. **Biology of exercise**, v. 6, n. 2, 2010. **Disponível em:** <http://biologyofexercise.com/images/issues/622.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2018.

ULIANA, Breciana et al. A imobilidade do idoso na percepção dos acadêmicos de enfermagem. In: UNIFRA, 11., 2012, Santa Maria-rs. **JORNADA DE ENFERMAGEM**. Santa Maria-rs: Eventos, 2012. p. 01 - 02. **Disponível em:** < <http://www.unifra.br/eventos/jornadadeenfermagem/Trabalhos/4139.pdf> > Acesso em: 11 jul.

VAZ, S.F.A.; GASPAR, N.M.S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 4, p. 49-58, 2011. **Disponível em:** < [http://scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087402832011000200005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S087402832011000200005&script=sci_arttext&tlng=en). >. Acesso em 09 jul 2018.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. **Disponível em:** < [http://scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300020&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300020&script=sci_abstract&tlng=pt). >. Acesso em: 11 jun. 2018.

VIANA, Rebeca Ainoã de Souza et al. Perfil socioepidemiológico de clientes com limitação de mobilidade e seus cuidadores. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 23, p.439-45, out. 2013. **Disponível em:** < <http://facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a04.pdf> >. Acesso em: 10 jul. 2018.

VIEIRA, T. M; ZANINI, D. S; AMORIM, A. P. Religiosidade e bem-estar psicológico de acadêmicos de psicologia. **Interação Psicol**, Curitiba, vol. 17, n. 2, p.141-151, 2013. **Disponível em:** < <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/26678>. >. Acesso em: 10 jul. 2018.

**APÊNDICES**



## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“SAÚDE MENTAL DO IDOSO ACAMADO EM DOMICÍLIO”**. Neste estudo pretendemos: Averiguar as dificuldades vivenciadas pelos idosos acamados em domicílio e suas repercussões na saúde mental.

O motivo que nos leva a estudar essa temática é subsidiar a prática dos profissionais de saúde no que tange ao cuidado da família de pessoa em transtorno mental, sensibilizando-os para a importância do cuidado.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos **METODOLOGIA; RISCOS E BENEFÍCIOS, RESSARCIMENTO**.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador. Dessa forma é importante que você saiba que:

- a) Este estudo teve início em Maio de 2017 e tem previsão de término em Agosto de 2018;
- b) Sua participação é muito importante, pois é por meio de sua contribuição que podemos conhecer como é sua experiência em ser familiar/cuidador de uma pessoa idosa com depressão por estar restrito ao leito;
- c) Para que possamos captar os todos os detalhes de sua experiência, será utilizado o gravador de voz, durante a entrevista, mas caso você em algum momento se sinta desconfortável, poderá interromper a gravação a qualquer tempo;
- d) As entrevistas serão transcritas e se for do seu interesse poderá ter acesso a essa gravação e/ou ao material transcrito;
- e) O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.
- f) Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.
- g) O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.
- h) Esta pesquisa tem como **BENEFÍCIOS**: essa pesquisa pode subsidiar novos trabalhos com a temática, como também pode ajudar na elaboração de um plano de cuidado para o programa Melhor em casa, buscando, assim, uma melhor qualidade de vida para esses idosos.
- i) Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB e a outra será fornecida a você.
- j) Caso haja danos decorrentes dos **RISCOS** previstos os idosos, podem se emocionar interromper a entrevista por um cansaço, uma angústia, estresse, tristeza, entre outros, Nesse caso, a pesquisadora tomará a responsabilidade pelos mesmos, podendo assim os participantes interromper ou se ausentar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.
- k) Este estudo não acarretará despesa alguma para você.

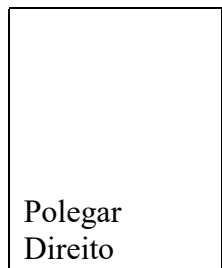
Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**SAÚDE MENTAL DO IDOSO ACAMADO EM DOMICILIO**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2017.

**Entrevistado:** \_\_\_\_\_

**Testemunha:** \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Alyne Mendonça Saraiva Nagashima

Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Sabrina Pereira de Sousa

Pesquisadora autora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

O CEP– Comitê de Ética em Pesquisa CFP/UFCG

**Endereço:** Rua Sergio Moreira de Figueiredo, s/n, bairro: Casas Populares, Cajazeiras - PB; CEP: 58.900-000.

Telefone: (83) 3532-2075

e-mail: [cep@cfp.ufcg.edu.br](mailto:cep@cfp.ufcg.edu.br)

A Pesquisadora Responsável

Universidade Federal de Campina Grande-campus Cuité

Av. Olho Dagua da Bica s/n- Cuité PB.

Tel: (83) 33721900

Email: [alynnems@ufcg.edu.br](mailto:alynnems@ufcg.edu.br).

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Título:**

### **Dados de caracterização dos sujeitos da pesquisa**

**Data da coleta:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

➤ **DADOS SOBRE O USUÁRIO:**

- Idade: \_\_\_\_anos                      Sexo: ( ) F ( ) M
- Há quanto tempo está sendo acompanhado pela Estratégia de Saúde da Família em casa?
- Com quem mora?
- Há quanto tempo?

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AO IDOSO**

- 1 - Quais foram os motivos que o deixaram acamado (a)?
- 2 - O que mudou na sua vida depois que você ficou acamado (a)?
- 3 - Como você se sente por estar nessa situação?
- 4 - Quais dificuldades do seu dia-a-dia?
- 5 - Como (a) senhor (a) faz para superar as dificuldades?
- 6 - O (a) senhor (a) tem ajuda para realização de suas atividades de vida diária?
- 7- Como é sua relação com as pessoas que moram com você, depois que ficou acamado?
- 8 - O que o (a) senhor (a) sente mais falta de fazer?

## **ANEXOS**



**ANEXO A – TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE. APLICAR O  
TESTE SRQ 20**

**TESTE: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE. APLICAR O TESTE SRQ 20**

**Teste: SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

**Instruções**

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

<b>PERGUNTAS</b>	<b>RESPOSTAS</b>
1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
2- Tem falta de apetite?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
3- Dorme Mal?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
4- Assusta-se com facilidade?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
5- Tem tremores nas Mãos?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
7- Tem má digestão?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
8- Tem dificuldades de pensar om clareza?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
10- Tem chorado mais do que de costume?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?).	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>

15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
17- Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
19- Você se cansa com facilidade?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/>
<b>21-Total de respostas</b>	
<p><b>22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve: 1[ ]Sim 2[ ]Não</b></p> <p><b>RESULTADO:</b> Se o resultado for <math>\geq 7</math> (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental. Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados</p>	

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Saúde Mental do idoso acamado em domicílio

**Pesquisador:** Alynne Mendonça Saraiva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 81519317.8.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.500.803

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa cujo principal objetivo é Averiguar as dificuldades vivenciadas pelos idosos acamados em domicílio e suas repercussões na saúde mental. A pesquisa será realizada junto aos idosos acamados que estão sendo acompanhados pelo programa "Melhor em Casa" no município de Cuité-PB. Para isso será utilizado o questionário validado SRQ-20 para detecção de sintomas de transtornos psíquicos, como também será utilizada a entrevista semi-estruturada. Será feita a tabulação de dados e a análise de conteúdo do material. Espera-se que esta pesquisa possa dar visibilidade as repercussões da imobilidade na saúde mental do idoso.

#### Objetivo da Pesquisa:

Averiguar as dificuldades vivenciadas pelos idosos acamados em domicílio e suas repercussões na saúde mental.

Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos idosos acamados em domicílio;

Averiguar sintomas de sofrimento psíquico nos idosos acamados

Descrever as mudanças ocorridas na vida dos idosos após estarem com imobilidade física.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.500.803

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Na análise dos riscos e benefícios, os mesmos estão coerentes com a resolução 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância e apresenta bem estruturada

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos apresentados em anexo estão em conformidade com o protocolo deste CEP.

**Recomendações:**

Recomenda-se alterar a data de coleta de dados, uma vez que tal data deve ser posterior a aprovação deste CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Certos de contarmos com a colaboração da pesquisadora no sentido de seguir a recomendação contida neste relato, somos de parecer APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1023717.pdf	23/12/2017 21:53:36		Aceito
Outros	termo_compromisso.docx	23/12/2017 21:53:09	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	23/12/2017 21:52:40	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.docx	23/12/2017 21:52:23	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Outros	divulgacao.docx	06/11/2017 19:13:39	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Outros	anuencia_sms.docx	06/11/2017 19:12:58	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocep.docx	06/11/2017 19:12:00	Alynne Mendonça Saraiva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.500.803

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 19 de Fevereiro de 2018

---

**Assinado por:**

**DANIEL FERREIRA GONÇALVES DE OLIVEIRA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br