

# PERFIL EMOCIONAL DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS QUE SOFRERAM QUEDAS

*EMOTIONAL PROFILE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY WOMEN WHO HAVE FALLEN*

**Liliane dos Santos<sup>1</sup>, Matheus Luiz de Campos Faria<sup>2</sup>, Rafaela do Prado da Silva<sup>3</sup>, Elaine Cristina Martinez Teodoro<sup>4</sup>, Vania Cristina dos Reis Miranda<sup>5\*</sup>**

<sup>1</sup>Discentes do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário FUNVIC – UniFUNVIC

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, Professora Doutora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário UniFUNVIC

\*Correspondência: [prof.vaniamiranda.pinda@unifunvic.edu.br](mailto:prof.vaniamiranda.pinda@unifunvic.edu.br)

RECEBIMENTO: 28/10/20 - ACEITE: 11/12/20

## Resumo

Este estudo tem como objetivo identificar o perfil emocional de idosas residentes em instituições de longa permanência para idosos, que caíram nos últimos seis meses. Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo de natureza quantitativa, o qual foi realizado com 31 idosos, sendo 15 deles do sexo feminino, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram avaliadas variáveis relacionadas aos fatores sociodemográficos, tais como Idade (IDD), Sexo (SX), Etnia (Et), Estado Civil (EST. C), Escolaridade (ESC), além do perfil emocional pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21). Foi observada média da idade de 80,9 anos, a maioria de cor branca, viúva e aposentada. Dentre elas 46,7% apresentaram quedas que ocorreram no ambiente do banheiro, quarto ou externo e foi observado que estas apresentaram nível leve de depressão. Sendo assim, é possível concluir que quase metade das idosas institucionalizadas estudadas sofreram quedas em um período de 6 meses e estas apresentam um quadro leve de depressão.

Palavras-chave: Pessoa idosa. ILPI. Acidentes por quedas. Depressão.

## Abstract

This study aims to identify the emotional profile of elderly women living in long-term care facilities for the elderly, who have fallen in the last 6 months. This is a descriptive cross-sectional observational study of a quantitative nature, in which 31 elderly people were carried out, 15 of whom were female, aged 60 years or over. Variables related to sociodemographic factors were evaluated, such as Age (IDD), Sex (SX), Ethnicity (Et), Marital Status (EST. C), Education (ESC), in addition to the emotional profile by the Anxiety, Depression and Stress Scale (EADS-21). An age average of 80.9 years was observed among the elderly, most of whom were white, widowed and retired. Among them 46.7% had falls that occurred in the bathroom, bedroom or outside, and it was observed that they had a mild level of depression. Thus, it is possible to conclude that almost half of the institutionalized elderly women suffered falls in a period of 6 months and they present a mild condition of depression.

Keywords: Aged. Homes for the aged. Accidental falls. Depression.

## Introdução

O crescimento do número de idosos no país tem sido observado nos últimos anos. Dados do IBGE mostram que a população de idosos com mais de 60 anos de idade é de aproximadamente 15 milhões de habitantes, o que corresponde a 8,6% da população brasileira.<sup>1</sup>

Mantidas as tendências atuais de declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade, a população brasileira como um todo deverá experimentar, até o ano 2025, um processo de envelhecimento comparável em intensidade ao experimentado por qualquer país desenvolvido no passado. Chegaremos ao ano 2025 com uma população de cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, população maior do que a de qualquer Estado brasileiro hoje. Essas pessoas serão as nascidas a partir de meados do século 20 e que se encontravam, nos anos 1980, no apogeu de suas vidas produtivas.<sup>2</sup>

Podemos observar o envelhecimento dentro da população idosa, onde 17% dos idosos de ambos os sexos possuíam 80 anos ou mais de idade, e em 2050 poderão corresponder a 28%. Na população feminina o percentual passará de 18 para 30,8%.<sup>3</sup> Logo, a população mais idosa será em sua maioria feminina.

No ano 2000 contavam-se 81 homens idosos para cada 100 mulheres; provavelmente em 2050 haverá 76 homens para 100 mulheres, e no grupo acima de 80 anos estima-se que teremos duas idosas para cada idoso em 2050.<sup>4</sup> Esse aumento se deu devido a maior expectativa de vida, que ocorreu de modo insidioso e lento, e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e de vacinas.<sup>2</sup>

A institucionalização é uma das situações estressantes e desencadeadoras de depressão, que levam o ancião a passar por transformações de todos os tipos. Esse isolamento social o leva à perda de identidade, de liberdade, de autoestima, ao estado de solidão e muitas vezes de recusa da própria vida, o que justifica a alta prevalência de doenças mentais nos asilos.<sup>5</sup>

Grande parte de idosos institucionalizados são por motivos de miséria ou abandono familiar em razão de dificuldades físicas ou mentais. Boa parte das instituições de idosos servem mais como um lugar que oferece alimentação e abrigo tomando um perfil assistencialista, geralmente não tendo uma estrutura física adequada para esses idosos, trabalhando como uma mão de obra barata não habilitada, conduzem uma transformação de todas as qualidades de vida, como o isolamento social, o que pode ocasionar a perda da identidade, liberdade, autoestima à disposição da solidão.<sup>5</sup>

Segundo Vaz,<sup>6</sup> há um predomínio de depressão nos idosos cerca de três a cinco vezes maior comparada a dos que vivem em comunidades e, em sua maioria, a depressão não é bem identificada e subtratada. Subsistem comprovações de que a depressão vai prosseguir a ser frequentemente não detectada e não tratada em enfermos institucionalizados, principalmente, em instituições que recusam a dispor de uma equipe de técnicos com conhecimento e qualificações para discernir os pacientes em risco.<sup>6</sup>

Aproximadamente 30% dos idosos que residem no Brasil sofrem ao menos uma queda ao ano.<sup>7</sup> Geralmente as quedas acabam levando o idoso a desenvolver complicações diretas como as fraturas, que ocorrem com incidência de 64%; dentre elas a fratura de fêmur é a mais recorrente, com 62%, trauma de rádio com 12,5% e de clavícula com 6,25%.<sup>8</sup> Devido às fraturas os idosos apresentam uma diminuição da funcionalidade, redução da mobilidade e dor aos movimentos mínimos podendo levá-los a ficar acamado o que pode acarretar outros problemas como úlceras por pressão e problemas respiratórios.<sup>9</sup> E sabe-se também que fatores emocionais como a depressão podem ter relação causal com as quedas, apresentando um maior risco.<sup>10</sup>

Diante disso, o objetivo deste estudo foi identificar o perfil emocional de idosas institucionalizadas que sofreram quedas e identificar também as condições e fatores que as desencadearam, a fim traçar um perfil dessas idosas e prevenir futuras quedas.

## Método

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo de natureza quantitativa, o qual faz parte do projeto intitulado “Avaliação da saúde do idoso: uma comparação entre o institucionalizado e o atendido na atenção básica”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 3.596.759, cujas variáveis investigadas foram: síndrome da fragilidade, características sociodemográficas (idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação e renda), histórico de morbidade (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, depressão, ansiedade, sintomas musculoesqueléticos e obesidade), hábitos de vida (tabagismo, etilismo e prática de exercícios físicos), cognição, funcionalidade multidimensional, equilíbrio e quedas, uso de medicamentos e qualidade de vida.

Os participantes da pesquisa foram 31 idosos acima de 60 anos, de ambos os sexos,

moradores de duas Instituições de Longa Permanência para Idosos, no município de Pindamonhangaba-São Paulo, compondo uma amostra probabilística por conveniência. Foram utilizados como critérios de inclusão idosos com faixa etária de 60 a 100 anos, sem alteração cognitiva e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram idosos que apresentavam dificuldade de fala, audição, visão ou compreensão e cadeirantes, pois são condições que poderiam limitar a realização da pesquisa para o objetivo especificado.

Para este estudo foram selecionadas somente as idosas institucionalizadas com a mesma faixa etária estabelecida nos critérios de inclusão mencionados. Foram excluídas as idosas que, além dos critérios de exclusão mencionados, apresentassem comprometimento cognitivo de acordo com o resultado do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ou diagnóstico de Demência.

Foram obtidas as características sociodemográficas dos idosos a partir de entrevista com o paciente e cuidador, além de verificação por meio dos prontuários, após autorização prévia, do qual foram coletados também o histórico de morbidades e a medicação utilizada.

Foram obtidos dados da Pressão Arterial (PA) através de um esfigmomanômetro e estetoscópio da P.A MED® calibrado e LITTMANN CLASSIC III®, no qual o voluntário ficou sentado por cinco minutos, em repouso antes da aferição da PA. Foi orientado a apoiar o braço em um suporte no nível do coração e permanecer relaxado durante a aferição. O paciente permaneceu sentado, com ambos os pés apoiados no solo e com a coluna ereta, apoiada no encosto da cadeira. A braçadeira foi colocada ao redor do braço esquerdo do paciente, preferencialmente, ficando a mesma cerca de dois cm acima da fossa cubital. A artéria braquial foi palpada logo abaixo da fossa cubital e posicionado o diafragma do estetoscópio sobre a estrutura vascular.

Para a avaliação do perfil emocional foi utilizada a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS). Este instrumento contém 21 itens, dos quais sete itens medem o fenômeno da ansiedade, sete itens avaliam o fenômeno da depressão e sete avaliam o fenômeno do estresse. Os sujeitos avaliam a extensão com que perceberam as ocorrências dos fenômenos em análise, cujos sintomas foram experimentados na última semana, numa escala de quatro pontos, a seguir: 0. Não se aplicou nada a mim; 1. Aplicou-se a mim algumas vezes; 2. Aplicou-se a mim muitas vezes; e 3. Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Os resultados de cada escala são determinados pela soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por

subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.<sup>11</sup>

Os níveis de estresse, ansiedade e depressão foram avaliados de acordo com a pontuação geral da amostra investigada, de 0 a 21 pontos para cada subescala, e posteriormente foi verificado o nível de cada estado emocional de acordo com os pontos de corte estabelecidos conforme observado no quadro 1.

<b>Estado emocional</b>	<b>Nível</b>	<b>Pontos de corte</b>
<b>Depressão</b>	Normal	0 - 4
	Leve	5 - 6
	Moderado	7 - 10
	Grave	11 - 13
	Muito grave	mais de 14
<b>Ansiedade</b>	Normal	0 - 3
	Leve	4 - 5
	Moderado	6 - 7
	Grave	8 - 9
	Muito grave	mais de 10
<b>Estresse</b>	Normal	0 - 7
	Leve	8 - 9
	Moderado	10 - 12
	Grave	13 - 16
	Muito grave	mais de 17

Quadro 1- Nível de cada estado emocional e pontos de corte

Os escores médios de depressão, ansiedade e estresse foram calculados e foram agrupados, considerando a severidade de depressão, ansiedade e estresse, utilizando pontos de corte propostos pelo autor da escala original.

Para a avaliação das quedas foi aplicado um inventário de quedas, também utilizado para avaliar as condições em que os idosos caíram, além de informações de complicações das quedas.

A coleta de dados aconteceu nas duas ILPIs selecionadas, em um período de 30 dias e contou com seis pesquisadores treinados e calibrados. Os pesquisadores foram agrupados em duplas para a avaliação, iniciada pela entrevista, com duração média de 30 minutos. Em seguida foram realizados os testes físicos e a antropometria (média de 20 minutos) e, por último, consultado o prontuário médico para levantamento de informações adicionais e entrevista com os cuidadores das instituições.

A análise dos dados foi realizada por meio de medidas de tendência central e dispersão, e

apresentados em tabelas e gráficos, utilizando o programa Microsoft Office Excel, versão 10.

## Resultados

Dos 31 idosos residentes das Instituições de Longa Permanência do município de Pindamonhangaba-SP, 15 eram do sexo feminino, e todas as idosas convidadas aceitaram participar da pesquisa, não havendo nenhuma voluntária excluída ou desistente.

A média da idade das idosas foi de 80,9 anos (DP 9,1), estando a idosa mais jovem com idade de 64 anos e a mais velha com 98 anos.

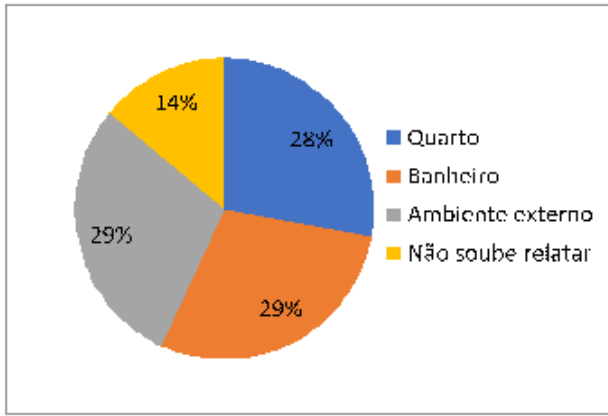
As características sociodemográficas das idosas consideradas para o estudo foram etnia, estado civil, aposentaria e escolaridade (Tabela 1)

Tabela 1- Características sociodemográficas das idosas integrantes da pesquisa (n=15)

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Etnia</b>	Branca	1	66,6
	Negra	4	26,7
	Parda	1	6,7
<b>Estado civil</b>	Viúva	9	60
	Solteira	5	33,3
	Casada	1	6,7
	Divorciada	-	-
<b>Escolaridade</b>	Analfabetas	-	-
	Analfabetas funcionais	2	13,3
	1ª a 4ª Série incompleta	2	13,3
	1ª a 4ª Série completa	2	13,3
	5ª a 8ª Série incompleta	-	-
	5ª a 8ª Série completa	3	20
	Colegial incompleto	1	6,7
	Colegial completo	3	20
	Ensino superior incompleto	-	-
	Ensino superior completo	2	13,3
<b>Aposentadoria</b>	Aposentadas	9	60
	Não aposentadas	6	40

Foi obtida a média de quedas das idosas no período de seis meses, com menos de uma queda (0,47). A porcentagem de idosas que caíram foi de 46,7%, (n = 7). Foi questionado em seguida quais apresentavam medo de cair; das que já haviam caído, quatro apresentavam medo, três não apresentavam, porém uma das idosas que não apresentou quedas relatou medo de cair.

A figura 1 apresenta a porcentagem de quedas quanto ao local de ocorrência.



Das sete idosas que apresentaram quedas, quatro tiveram consequências, uma não apresentou consequência e duas não souberam relatar. As mesmas foram dissemelhantes entre si, duas que sofreram queda no banheiro, uma relatou que apresentou tontura outra que cortou a testa; aquelas que apresentaram queda no quarto relataram que houve fratura de costela e nariz e a outra realizou cirurgia, mas nem paciente nem cuidador soube relatar o tipo de cirurgia; das que não souberam relatar, uma citou perda do movimento do lado direito (Tabela 2).

Figura 1- Representação gráfica do percentual de quedas de idosas de acordo com o local de ocorrência

Tabela 2- Dados descritivos sobre Quedas, consequências e medo de cair (n=8)

Idosa	Queda	Medo de cair	Consequência	Qual	Parou atív. por medo
1	Sim	Não	Sim	Cortou a testa	Sim
2	Sim	Não	Sim	Tontura	Não
3	Sim	Não	Sim	Fratura na costela e nariz	Não
4	Sim	Não	Sim	Realizou cirurgia	Não
5	Não	Sim	-	-	-
6	Sim	Não	Não	-	Não
7	Sim	Não	Não soube relatar	Perdeu mov.do lado direito	Não
8	Sim	Não	Não soube relatar	-	Não

Ao analisar o perfil emocional das idosas foi observado que todas apresentaram níveis normais para ansiedade, depressão e estresse (Figura 2).

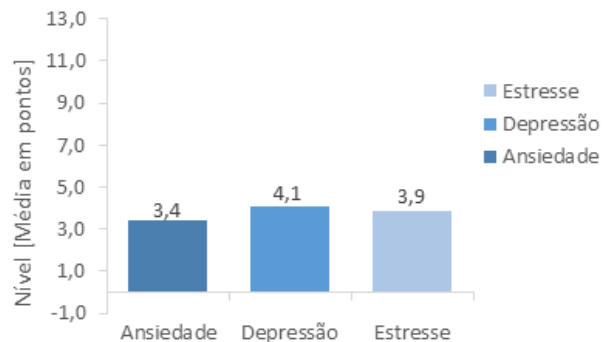


Figura 2- Médias dos níveis de ansiedade, depressão e estresse das idosas investigadas (n=15)

Porém, ao observar as médias dos níveis de ansiedade, depressão e estresse das idosas que caíram houve uma mudança dos scores, principalmente para depressão, apresentando nível leve para esta condição (Figura 3).

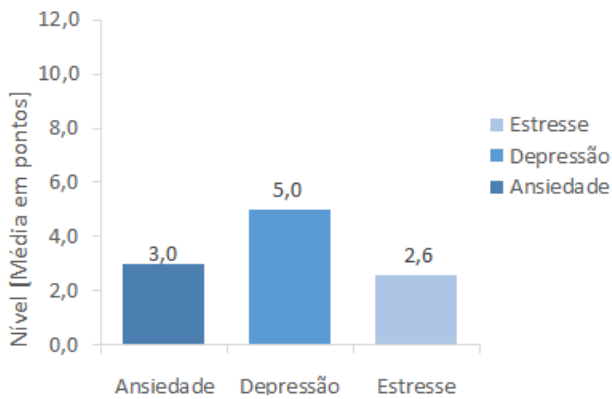


Figura 3- Médias dos níveis de ansiedade, depressão e estresse das idosas institucionalizadas que sofreram quedas (n = 7)

## Discussão

Analisar as características de idosas institucionalizadas que sofrem quedas é importante para conhecer o que elas apresentam em comum e fazer um levantamento de possíveis fatores que podem estar relacionados ao desenvolvimento de alterações no perfil emocional dessas idosas.

Uma das primeiras características avaliadas foi a idade e a etnia das mesmas. Neste estudo, as idosas institucionalizadas eram, em sua maioria, brancas (66,7%) e com média de idade de 80,9 anos, similar aos dados encontrados por Lisboa et al.<sup>13</sup>

A população idosa é predominantemente feminina e elas são maioria também nas ILPIs.<sup>14</sup> No entanto, neste estudo o percentual de mulheres institucionalizadas nas duas ILPIs investigadas foi de 48,39%.

No estudo de Zanin et al.,<sup>15</sup> a média de idade das idosas institucionalizadas foi bem próxima ao encontrado no presente estudo, com 81,38 anos, sendo que a maior parte da amostra apresentava idade entre 80 e 89 anos.

De acordo com Alves,<sup>16</sup> em um estudo cujo objetivo era identificar o perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos do município de São Paulo-SP, o número de mulheres idosas é maior que o de homens em todos os grupos etários e essa diferença torna-se ainda maior com o aumento da idade (75 anos e mais), em consequência das maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e a maior longevidade das mulheres.

A baixa escolaridade também é uma

característica bastante comum entre a população de idosas institucionalizadas, como observado por Lisboa et al.<sup>13</sup> e Zanin et al.<sup>15</sup> Porém, no presente estudo esse quadro foi bem variável, sendo que não havia mulheres analfabetas. Em relação ao estado civil, observou-se que as idosas eram em sua maioria viúvas (60%), assim como no estudo de Zanin et al.<sup>15</sup> Esta maior incidência de viuvez em mulheres pode ser atribuída às normas sociais e culturais predominantes na sociedade brasileira, em que muitas permanecem viúvas, uma vez que os homens se casam com mulheres mais jovens e elas, por dificuldade de encontrar um parceiro e ou por preconceitos familiares/sociais, mantêm a viuvez.<sup>17</sup>

Quanto ao perfil socioeconômico, a maioria das idosas deste estudo eram aposentadas (60%). Segundo Bentes et al.,<sup>18</sup> as ILPIs no Brasil, denotam uma existência precária das condições para um envelhecimento bem-sucedido. Os idosos, ao domiciliarem-se nestas instituições, são sujeitos a restrição do seu ambiente físico e social, sendo as instituições de estruturas antigas e muitas vezes não adequadas para esse idoso com características de residências destinadas a domicílio coletivo.

Das 15 idosas que aceitaram participar do presente estudo, sete (46,7%) apresentaram quedas. De acordo com Ferretti et al.<sup>19</sup> as ocorrências de quedas são comuns, no entanto, o quadro se agrava com o avançar da idade e os problemas de saúde, causando lesões menores ou, até mesmo, fraturas mais graves. Segundo Carvalhães et al.,<sup>20</sup> as quedas ocorrem em maior frequência em idosos institucionalizados, pois eles se encontram mais fragilizados e com a capacidade funcional diminuída. Vu et al.<sup>21</sup> complementam que os idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos apresentam três vezes mais chances de cair do que os que residem na comunidade. As causas podem ser provenientes de vários fatores como as alterações fisiológicas provocadas ao avançar da idade, formação de processos patológicos, além dos efeitos colaterais gerados pelos medicamentos e fatores psicológicos.

Estudos mostram que as quedas têm se tornado cada vez mais frequentes ocupando o primeiro lugar entre as causas de internações.<sup>22</sup> Lojudice et al.<sup>23</sup> mostram que de 105 idosos entrevistados, 42 (40%) relataram quedas e destes, 30 (71,4%) eram do sexo feminino. Este estudo verificou o maior percentual de quedas no banheiro (33,3%), seguido de quarto e área externa (16,7%), e no presente estudo este percentual foi de 29% de quedas ocorridas no banheiro seguido de 28% no quarto e 29% na área externa.

Deve-se examinar também, além dos fatores físicos que levam à queda, o medo de cair. Este termo é normalmente descrito como um sentimento

de inquietação ante a noção de um perigo real, aparente ou imaginário de quedas.<sup>24</sup> Ainda há quem relacione o medo de cair com a dificuldade de se manter em equilíbrio, ou a inaptidão para evitar que ocorram novas quedas, podendo ser classificado como uma patologia quando há interferência na qualidade de vida, no conforto emocional ou nas atividades diárias do indivíduo.<sup>25</sup>

Um estudo com idosos com mais de 76 anos mostrou que 20 a 60% já relataram medo de cair, sendo sua frequência maior em mulheres, ainda mais quando sedentárias.<sup>26</sup> Apesar disso, no presente estudo, das sete idosas que apresentaram quedas, somente uma apresentou medo de cair (14,3%).

Segundo os dados obtidos nesse estudo, as idosas que apresentaram consequências após uma queda, relataram tontura, corte na testa, fratura de nariz e costela, cirurgia e perda de movimento do lado direito. Comparando com uma pesquisa de Alves,<sup>27</sup> cuja finalidade era identificar as principais consequências causadas pelas quedas nos idosos, foi obtido que 60% deles apresentaram ferimentos graves, 40% com fraturas. As fraturas parecem atribuir a idosa maior vulnerabilidade a novos episódios, independentemente de sua frequência. Devido a esses ferimentos, os idosos comumente sofrem com a limitação de suas atividades, ocasionando um declínio funcional nas atividades de vida diária e isolamento social com diminuição de atividades sociais, sensação de insegurança e fragilidade, gerando assim um medo das consequências ligadas à queda. Sendo assim, a partir dos danos físicos, inicia uma reação em cadeia que ocasiona danos psicológicos, sociais e econômicos.<sup>28</sup>

Quanto ao perfil emocional das idosas, o presente estudo aponta que há um nível de depressão leve entre as idosas que sofreram quedas. Os idosos institucionalizados apresentam depressão em cerca de 48 a 60%,<sup>29,30</sup> muitas vezes resultado de uma vida mais solitária, por serem viúvos ou estarem institucionalizados.<sup>31</sup>

Güths et al.<sup>32</sup> observaram que dentre os idosos institucionalizados avaliados, a predominância era de mulheres, faixa etária entre 70 e 89 anos, viúvos e caucasianos, a grande maioria deles apresentava depressão. Para a pessoa idosa, as mudanças como a perda do seu companheiro, a perda da autonomia, a doença e a institucionalização podem ser gatilhos para uma desordem psíquica.<sup>33</sup> É assim que a depressão pode surgir agravando o quadro de saúde deste idoso.<sup>31</sup>

A ansiedade e a depressão na população idosa são as principais preocupações para o sistema de saúde, pois estão vinculadas ao aumento da mortalidade, à maior procura dos serviços de saúde e à menor Qualidade de Vida (QV).<sup>34</sup> Sendo a doença psiquiátrica mais comum

entre os idosos, a depressão é pouco diagnosticada e tratada. Os idosos deprimidos mostram um comportamento de insatisfação com o que lhes é oferecido, em alguns casos se isolam dos demais e podem até apresentar tendências suicidas.<sup>35</sup>

Além disso, alguns idosos podem apresentar sintomas frequentes de ansiedade como insônia, tensão, irritabilidade, taquicardia, cefaleia, mialgia, entre outros.<sup>36</sup> Segundo Skinner e Vaughan<sup>37</sup> a ansiedade nesses pacientes é relacionada a limitações que enfrentam na velhice, pois acabam tendo percepções negativas sobre suas habilidades, o que acaba comprometendo sua saúde mental. Assim também o estresse, outro fator psicológico que afeta a saúde dos idosos, pois estão expostos a vários tipos de estresse como a alteração na hierarquia familiar, estado fisiológico e deterioração da saúde física. Fatores socioeconômico como aposentadoria, perda de amigos e redução das atividades sociais também geram impactos importante que costumam causar estresse adicional.<sup>38</sup>

Quando associada ao quadro de queda, a depressão pode gerar impacto negativo em relação a mobilidade desses idosos, além de ansiedade, depressão e o medo de cair novamente, o que pode aumentar o risco de uma nova queda.<sup>39</sup> Apesar disso, o presente estudo aponta que neste grupo de idosas institucionalizadas, os níveis de ansiedade, assim como o estresse foram normais, e as mesmas não relataram medo de cair após terem sofrido uma queda.

Assim como no presente estudo, Wood et al.<sup>40</sup> observaram que quase 60% dos idosos avaliados não apresentaram alterações de depressão, ansiedade ou estresse, o que pode ser justificado pela taxa de falha aumentada quando o questionário é aplicado em indivíduos mais velhos.

Assim, algumas limitações deste estudo estão na dificuldade de acesso a algumas informações como diagnóstico clínico de depressão e ausência de alguns dados no prontuário de pacientes que estão residindo na instituição há muito tempo, além de várias idosas com déficit cognitivo e limitações que poderiam comprometer a realização da pesquisa para o objetivo especificado. Faz-se necessário também investigar outros fatores como tempo de institucionalização, ausência ou falta de contato social e dificuldade de comunicação com os cuidadores.

As informações investigadas são importantes para a elaboração de medidas de prevenção de agravantes à saúde da mulher idosa, dando apoio às instituições no planejamento e elaboração de um ambiente que seja capaz de gerar conforto e acolhimento para receber esse tipo de público, além de apresentar os profissionais capacitados para oferecer os cuidados necessários.

## Conclusão

O presente estudo permitiu identificar o perfil sociodemográfico, a prevalência de quedas e o perfil emocional de idosas institucionalizadas no município de Pindamonhangaba-SP.

Foi possível observar que quase metade das idosas sofreu uma queda no período de seis meses, e estas apresentaram nível de depressão leve, porém este quadro não comprometeu a realização de suas atividades após as quedas, assim como não aumentou o medo de cair.

Este estudo colabora para o conhecimento do perfil de idosas residentes em ILPI.

## Referências

- Nascimento FA, Vareschi AP, Alfieri FM. Prevalência de quedas, fatores associados e mobilidade funcional em idosos institucionalizados. *ACM arq. catarin. med.* 2008;37(2):7-12.
- Ramos LR, Veras R, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev Saúde Pública.* 1987;21(3):211-24.
- Carvalho JAM, Rodriguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(3):597-605. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000300013
- Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(2):184-200. DOI: 10.1590/S0034-89101997000200014.
- Mendonça JA, Marques Neto JF. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Rev. Ciên. Méd.* 2003;12(4):299-306.
- Vaz SFA, Gaspar NMS. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev. Enf. Ref.* [online]. 2011;serIII(4):49-58. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0874-02832011000200005&lng=pt&nrm=i](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832011000200005&lng=pt&nrm=i)
- Pereira SEM, Buksman S, Perracini M, Py L, Barreto KML, Leite VMM. Quedas em idosos. Projeto diretrizes. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo 2001.
- Fabrizio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(1):93-9.
- Anjos LS, Pereira AC, Oliveira LG, Rabelo FD, Neves AL, Porto CC. Fraturas de fêmur proximal em idosos. *Rev. Bras. Méd.* 1999;56(10):1013-24.
- Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS. Depression, falls, and risk of fracture in older woman. *Arch Intl Med.* 1999;159(5):484-90. DOI: 10.1001/archinte.159.5.484.
- Ribeiro TJJ, Honrado A, Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 item de Lovibond e Lovibond. *Psicol. Saúde Doenças.* 2004;5(2):229-39.
- Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *J Crit Care Nurs.* 2010;2(4):153-6.
- Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(3):482-8. DOI: 10.1590/S0034-71672012000300013
- Barbosa MH, Silva LC, Andrade EV, Luiz RB, Bolina AF, Mattia AL, et al. avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. *REME Rev Min Enferm.* 2012;16(1):63-8.
- Zanin C, Candido JB, Jorge MSG, Wibeling LM, Doring M, Portella MR. Sarcopenia e dor crônica em idosos institucionalizados. *BrJP [Internet].* 2018;1(4):288-292. DOI: 10.5935/2595-0118.20180055. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2595-31922018000400288&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2595-31922018000400288&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
- Alves LC. Perfil demográfico, socioeconômico e de condições de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2004 set 20-24; Caxambu (MG), Brasil. Caxambu: ABEP; 2004. p.17.
- Silva ME, Cristianismo RS, Dutra LR, Dutra IR. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2013;3(1):569-76. DOI: 10.19175/recom.v0i0.336
- Bentes ACO, Pedrosa JS, Maciel CAB. O idoso nas instituições de longa permanência. *Aletheia [Internet].* 2012; (38-39):196-205. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942012000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200016)
- Ferretti F, Lunardi D, Bruschi L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioter. Mov.[Internet].* 2013;26(4):753-62. DOI: 10.1590/S0103-51502013000400005. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502013000400005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000400005)



20. Carvalhaes N, Rossi E, Paschoal S, Perracini N, Perracini M, Rodrigues RAP. Quedas. In: Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia 1; 24 a 27 de junho de 1998; São Paulo. Consensos de gerontologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1998. p. 5-18.
21. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the nursing home: are they preventable? *J AmMedDir Assoc.* 2004;5(6):401-6. DOI: 10.1097/01.JAM.0000144553.45330.AD
22. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev. Ass. Méd. Bras.* 2004;50(1):97-103. DOI:10.1590/S0104-42302004000100044
23. Lojudice DC, Laprega MR, Partezani RRA, Rodrigues ALJ. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2010;13(3):403-12. DOI: 10.1590/S1809-98232010000300007. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232010000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232010000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)
24. Andresen EM, Wolinsky FD, Miller JP, Wilson MM, Malmstrom TK, Miller DK. Cross-sectional and longitudinal risk factors for falls, fear of falling, and falls efficacy in a cohort of middle-aged african americans. *The Gerontologist.* 2006;46(2):249-57. DOI: 10.1093/geront/46.2.249
25. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahrc FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl II):S20-3. DOI: 10.1590/S1516-44462000000600006
26. Legters K. Fear of falling. *Phys Ther.* 2002;82(3):264-72. DOI: 10.1093/ptj/82.3.264
27. Alves AHC, Patrício ACFA, Fernandes KA, Duarte MCS, Santos JS, Oliveira MS. Ocorrência de quedas entre idosos institucionalizados: prevalência, causas e consequências. *Rev. Pesqui.* (Online). 2016;8(2):4376-86. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4376-4386. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4438>
28. Maia BC, Viana PS, Arantes PMM, Alencar MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(2):381-93. DOI: 10.1590/S1809-98232011000200017
29. antiago LM, Mattos IE. Sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):216-24. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004965
30. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate.* 2015;39(105):536-50. DOI: 10.1590/0103-110420151050002020
31. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalized and non-institutionalized individuals. *Rev Enf Ref.* [Internet]. 2015; serIV(4): 41-9. DOI: 10.12707/RIV14030. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100005&lng=pt)
32. Güths JFS, Jacob MHVM, Santos AMPV dos, Arossi GA, Béria JU. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2017;20(2):175-85. DOI: 10.1590/1981-22562017020.160058. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000200175&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000200175&script=sci_arttext&tlng=pt)
33. Reis LA, Torres GV, Araújo CC, Reis LA, Novaes LKN. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. *Psicol Estud.* 2009;14(2):295-301. DOI: 10.1590/S1413-73722009000200010.
34. Zisberg A. Anxiety and depression in older patients: the role of culture and acculturation. *Int J Equity Health.* 2017;16(1):177. DOI: 10.1186/s12939-017-0666-z.
35. Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. São Paulo: COOPMED; 2008. Stuart-Hamilton I. Psicologia do envelhecimento: uma introdução. Porto Alegre: Artmed; 2004.
36. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
37. Skinner BF, Vaughan ME. Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida. 6ª ed. São Paulo: Summus; 1985.
38. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy.* 2001 Jan;55(1):51-69. DOI: 10.1016/s0168-8510(00)00111-1. PMID: 11137188.
39. Brasil. Ministério Da Saúde. Protocolo Prevenção De Quedas: protocolo elaborado pela equipe técnica do Proqualis; 2013.
40. Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. The utility of the short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in elderly patients with persistent pain: does age make a difference? *Pain Med.* 2010;11(12):1780-90. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2010.01005.x.