PBPC ISSN 2674-9432
Qualis A3 CAPES 2021-2024 | DOI - Crossref | Latindex | Indexado no Google Acadêmico

SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE UNIDADE PÚBLICA E PRIVADA

Valdeíres Alves de Andrade[1], Natália Abou Hala Nunes[1], Tamiris Ferreira Pacheco[1], Vania Maria de Araújo Giaretta[1]

https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n9p35-54
Artigo recebido em 5 de Setembro e publicado em 1 de Novembro de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos residentes em duas instituições de longa permanência, uma pública e uma privada. **Método:** estudo transversal e comparativo com 64 idosos de duas instituições do Paraná, realizado de julho de 2025 a junho de 2026. Aplicaram-se o Mini Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica reduzida (GDS-15) e o instrumento de avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD). Foram realizadas comparações entre instituições, correlações de Spearman e modelos lineares generalizados, com significância de 5%. **Resultados:** participaram 44 residentes da instituição pública e 20 da privada. O escore médio geral de qualidade de vida foi 57,6±6,8 pontos e a mediana da GDS-15 foi 2 pontos; 10,9% apresentaram escores na faixa de sintomas depressivos leves. Não houve diferença significativa nos escores brutos entre as instituições. Após ajuste por idade, escolaridade, hipertensão arterial e alimentação, o escore GDS-15 foi maior na instituição privada (diferença média ajustada: 1,31 ponto; IC95%: 0,20 a 2,60; p=0,014). Na instituição pública, a GDS-15 correlacionou-se negativamente com Habilidades Sensoriais (rs=-0,42; p=0,005). **Conclusão:** a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida foi significativa apenas para Habilidades Sensoriais na instituição pública. A diferença ajustada na GDS-15 refere-se às instituições avaliadas e não pode ser atribuída à natureza administrativa, pois apenas uma instituição de cada tipo participou do estudo.

Palavras-chave: Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Depressão, Qualidade de Vida, Enfermagem Geriátrica.

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE AMONG OLDER ADULTS IN LONG-TERM CARE FACILITIES: A COMPARATIVE STUDY BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE INSTITUTIONS

ABSTRACT

Objective: to analyze the association between depressive symptoms and quality of life among older adults living in two long-term care facilities, one public and one private. **Method:** cross-sectional comparative study involving 64 older adults from two facilities in Paraná, Brazil. The Mini-Mental State Examination, the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults (WHOQOL-OLD) were applied. Between-facility comparisons, Spearman correlations, and generalized linear models were performed at a 5% significance level. **Results:** 44 participants lived in the public facility and 20 in the private facility. The mean overall quality-of-life score was 57.6±6.8, and the median GDS-15 score was 2; 10.9% scored within the mild depressive symptom range. Unadjusted scores did not differ significantly between facilities. After adjustment for age, education, hypertension, and diet, GDS-15 scores were higher in the private facility (adjusted mean difference: 1.31 points; 95% CI: 0.20–2.60; p=0.014). In the public facility, GDS-15 scores correlated negatively with Sensory Abilities (rs=-0.42; p=0.005). **Conclusion:** depressive symptoms were significantly associated with quality of life only for Sensory Abilities in the public facility. The adjusted GDS-15 difference concerns the facilities studied and cannot be attributed to their administrative nature, since only one facility of each type was included.

Keywords: Aged, Long-Term Care Facilities for Older Adults, Depression, Quality of Life, Geriatric Nursing.

Instituição afiliada – [1]Universidade de Taubaté (UNITAU), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Taubaté, SP, Brasil.

Autor correspondente*: Valdeíres Alves de Andrade*

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais marcantes do século XXI, com implicações profundas para os sistemas de saúde e de assistência social. No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passou de 8,7% em 2000 para 15,6% em 2023, com projeção de alcançar 37,8% da população em 2070[1]. Esse crescimento acelerado da longevidade amplia a necessidade de estruturas capazes de oferecer cuidado contínuo a idosos sem rede de apoio familiar ou com perda da autonomia funcional, papel que é assumido, no Brasil, pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Embora sejam essenciais à rede de cuidado à pessoa idosa, as ILPI podem representar uma ruptura significativa na vida do residente. A adaptação a rotinas rígidas, o afastamento da família, a perda de autonomia e o sentimento de solidão figuram entre os fatores que podem favorecer o surgimento ou o agravamento de sintomas depressivos e o comprometimento da qualidade de vida (QV) dessa população[2].

A depressão é um dos transtornos mentais mais prevalentes na velhice e, apesar de subdiagnosticada, associa-se a maior morbimortalidade, piora funcional e declínio da qualidade de vida (QV)[3,4]. Em ambientes institucionais, esses efeitos tendem a se intensificar, sobretudo na ausência de suporte emocional, de atividades de lazer e de convivência social significativa. Já a QV no envelhecimento constitui um processo multidimensional físico, psicológico, social e ambiental que deve ser compreendido a partir da percepção subjetiva do próprio idoso sobre seu bem-estar[5]. Instrumentos validados, como o instrumento de avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-OLD), possibilitam essa avaliação multidimensional a partir da experiência de vida, da autonomia e das relações sociais do idoso.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 502/2021, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, disciplina o funcionamento das ILPI no país, definindo-as como residências coletivas destinadas a pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem suporte familiar[6]. Estudos brasileiros descrevem que a institucionalização pode ocasionar

desvinculação familiar, redução da autonomia e agravamento da dependência funcional, fatores associados ao surgimento de sintomas depressivos[7–9]. Por outro lado, quando acompanhada de assistência multiprofissional estruturada, de rotina organizada e de oportunidades de convívio social, a institucionalização também pode representar um ambiente protetor, promotor de segurança e de participação social[10].

Ainda são escassos, contudo, os estudos nacionais que investigam comparativamente como as características administrativas das instituições pública ou privada se associam aos sintomas depressivos e à QV dos residentes. Essa lacuna reforça a necessidade de investigações que considerem não apenas o perfil clínico e sociodemográfico do idoso, mas também o contexto institucional como elemento ativo no cuidado e na promoção da saúde mental dessa população, com potencial de subsidiar a prática assistencial da enfermagem gerontológica.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos residentes em ILPI pública e privada, comparando esses desfechos entre os dois tipos de instituição, a partir da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo quantitativo, transversal e comparativo, conduzido em duas ILPI localizadas no estado do Paraná, Brasil: uma de natureza pública, situada no município de São José dos Pinhais, e outra de natureza privada, situada no município de Almirante Tamandaré, ambas selecionadas por conveniência.

A população do estudo foi constituída por 136 idosos residentes nas duas instituições (92 na pública e 44 na privada). Foram incluídos idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, institucionalizados há pelo menos 30 dias, que apresentassem escore igual ou superior ao ponto de corte do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ajustado à escolaridade (mínimo de 18 pontos para analfabetos e 21 para alfabetizados)[11–13], e que aceitassem participar voluntariamente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos idosos com diagnóstico prévio de demência ou com limitação cognitiva identificada pelo MEEM. Dos 136 residentes, 72 foram excluídos por não

atingirem o ponto de corte do MEEM correspondente à escolaridade, por comorbidades como sequelas de acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer e doença de Parkinson em estágio avançado, por quadros demenciais ou comprometimento da cognição e da fala, ou por recusa em participar.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado no programa WinPEPI versão 11.65, considerando nível de significância de 5%, poder estatístico de 80% e correlação mínima esperada de 0,35 entre os escores de qualidade de vida e de sintomas depressivos, resultando em amostra mínima de 62 idosos (42 da instituição pública e 20 da privada, respeitando-se a proporção de residentes de cada instituição: 68% na pública e 32% na privada). A amostra final foi composta por 64 idosos.

Foram utilizados três instrumentos padronizados e dois formulários elaborados pela pesquisadora. O MEEM foi empregado como critério de triagem cognitiva de inclusão/exclusão, avaliando orientação, memória, atenção, linguagem e habilidades visuoconstrutivas, com pontuação total de 30 pontos[11–13]. Os sintomas depressivos foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica, versão reduzida (GDS-15)[15], validada para a população brasileira[16], composta por 15 questões dicotômicas (sim/não) que mensuram humor depressivo, anedonia, apatia e desesperança, com ponto de corte 5/6: de 0 a 5 pontos, ausência de sintomas depressivos clinicamente relevantes; de 6 a 10, faixa de sintomas leves; e de 11 a 15, faixa de sintomas graves. A qualidade de vida foi avaliada pelo WHOQOL-OLD, versão brasileira validada[17], composto por 24 itens distribuídos em seis domínios: habilidades sensoriais, autonomia, atividades passadas/presentes/futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade, quanto maior o escore, melhor a percepção de QV. Complementarmente, aplicou-se uma ficha de caracterização sociodemográfica e clínica e um questionário de caracterização institucional, ambos elaborados pela pesquisadora com base na RDC ANVISA nº 502/2021, no Estatuto da Pessoa Idosa e nas Normas Regulamentadoras aplicáveis, respondido por profissional responsável técnico de cada instituição.

A coleta de dados foi realizada de julho de 2025 a junho de 2026, integralmente pela pesquisadora, de forma individual e em ambiente reservado, com duração aproximada de 20 minutos por participante, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e autorização formal das instituições participantes. Os dados foram

digitados em dupla independente no programa EpiInfo versão 7.2 e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 27.0. Variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, conforme a distribuição; variáveis categóricas, por frequências absolutas e relativas. As associações entre variáveis numéricas foram avaliadas pelos coeficientes de correlação de Pearson ou de Spearman, conforme a distribuição das variáveis. A comparação de médias foi realizada pelo teste t de Student ou por Análise de Variância (ANOVA) com pós-teste de Tukey, e a comparação de proporções, pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Para controle de fatores confundidores, foram utilizados modelos lineares generalizados (GLM). Para variáveis com distribuição normal, aplicou-se o modelo linear; para variáveis com distribuição assimétrica, o modelo de Tweedie com transformação logarítmica; e para variáveis categóricas dicotômicas, o modelo logístico binário. Foram incluídas nos modelos as variáveis com $p<0,20$ na análise bivariada. Adotou-se nível de significância de 5% ($p<0,05$).

O estudo observou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde[18], respeitando os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. A coleta de dados somente foi iniciada após aprovação do CEP (parecer nº 7.656.216; CAAE 89395725.2.0000.5501) e autorização das instituições, sendo garantidos aos participantes a confidencialidade das informações, a participação voluntária e o direito de recusa a qualquer momento. Os participantes foram identificados por códigos numéricos, preservando o anonimato nos resultados apresentados.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 64 idosos residentes em duas ILPI, sendo 44 (68,7%) provenientes da instituição pública e 20 (31,3%) da instituição privada.

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes, segundo o tipo de instituição. Os idosos da instituição privada apresentaram idade média significativamente mais elevada do que os da instituição pública (81,2±9,9 vs. 71,1±14,2 anos; p=0,006), bem como maior proporção de idosos com mais de 8 anos de estudo (45,0% vs. 11,4%; p=0,002). Quanto ao motivo da

institucionalização, a proporção de institucionalização por falta de cuidadores foi maior na instituição privada (40,0% vs. 20,5%), enquanto motivos financeiros predominaram na instituição pública (43,2% vs. 5,0%; p=0,009). A prevalência de hipertensão arterial sistêmica também foi significativamente maior entre os idosos da instituição privada (70,0% vs. 34,1%; p=0,016), assim como a proporção de idosos que avaliaram a alimentação oferecida como satisfatória (80,0% vs. 45,5%; p=0,006).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos participantes, na amostra total e por tipo de instituição. Paraná, Brasil (n=64).

Variáveis	Total (n=64)	Privada (n=20)	Pública (n=44)	p
Idade (anos) – média ± DP	**74,3 ± 13,8**	**81,2 ± 9,9**	**71,1 ± 14,2**	**0,006**
Sexo – n(%)				0,577
Feminino	40 (62,5)	11 (55,0)	29 (65,9)	
Masculino	24 (37,5)	9 (45,0)	15 (34,1)	
Escolaridade – n(%)				**0,002**
0 a 3 anos	32 (50,0)	10 (50,0)	22 (50,0)	
4 a 8 anos	18 (28,1)	1 (5,0)	17 (38,6)*	
Mais de 8 anos	14 (21,9)	9 (45,0)*	5 (11,4)	
Estado civil – n(%)				0,090
Solteiro	14 (21,9)	4 (20,0)	10 (22,7)	
Casado/União estável	3 (4,7)	1 (5,0)	2 (4,5)	
Viúvo	25 (39,1)	12 (60,0)	13 (29,5)	
Separado/Divorciado	22 (34,4)	3 (15,0)	19 (43,2)	
Tempo de institucionalização – n(%)				0,833
< 1 ano	8 (12,5)	2 (10,0)	6 (13,6)	
De 1 a 3 anos	21 (32,8)	6 (30,0)	15 (34,1)	
Mais de 3 anos	35 (54,7)	12 (60,0)	23 (52,3)	
Motivo da institucionalização – n(%)				**0,009**
Falta de cuidadores	17 (26,6)	8 (40,0)*	9 (20,5)	
Motivos financeiros	20 (31,3)	1 (5,0)	19 (43,2)*	
Condições de saúde	27 (42,2)	11 (55,0)	16 (36,4)	
Uso de medicação antidepressiva – n(%)	25 (39,1)	5 (25,0)	20 (45,5)	0,201
Acompanhamento psicológico/psiquiátrico – n(%)	19 (29,7)	6 (30,0)	13 (29,5)	1,000
Hipertensão arterial sistêmica – n(%)	**29 (45,3)**	**14 (70,0)**	**15 (34,1)**	**0,016**
Diabetes mellitus – n(%)	20 (31,3)	9 (45,0)	11 (25,0)	0,191
Já teve tentativa de suicídio – n(%)	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (4,5)	1,000
Participa de atividades recreativas/terapêuticas – n(%)	62 (96,9)	20 (100,0)	42 (95,5)	1,000
Pratica atividade física – n(%)	53 (82,8)	17 (85,0)	36 (81,8)	1,000
Avaliação da alimentação na instituição – n(%)				**0,006**
Insatisfatória	1 (1,6)	1 (5,0)	0 (0,0)	
Parcialmente satisfatória	27 (42,2)	3 (15,0)	24 (54,5)*	

Variáveis	Total (n=64)	Privada (n=20)	Pública (n=44)	p
Satisfatória	36 (56,3)	16 (80,0)*	20 (45,5)	
Consegue dormir bem durante a noite – n(%)	61 (95,3)	20 (100,0)	41 (93,2)	0,546
Possui amizades dentro da instituição – n(%)	62 (96,9)	20 (100,0)	42 (95,5)	1,000

**Associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados, a 5% de significância.*

Na avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL-OLD, observou-se escore geral médio de 57,6±6,8 pontos. Entre os domínios avaliados, os maiores escores foram identificados em Atividades Passadas, Presentes e Futuras (69,2±9,5) e Participação Social (69,1±10,0), indicando percepção mais positiva nessas dimensões. Em contrapartida, o domínio Morte e Morrer apresentou o menor escore (43,9±18,0), evidenciando maior preocupação dos idosos com aspectos relacionados à finitude da vida. Ao comparar os resultados entre as instituições pública e privada, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos domínios do WHOQOL-OLD (p>0,05), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Escores do WHOQOL-OLD segundo domínios, na amostra total e por tipo de instituição. Paraná, Brasil (n=64).

Domínios	Total (n=64) Média ± DP	Privada (n=20) Média ± DP	Pública (n=44) Média ± DP	p*	p ajustado †
Habilidades sensoriais	50,1 ± 19,2	53,1 ± 25,8	48,7 ± 15,5	0,485	0,977
Autonomia	58,1 ± 11,5	56,9 ± 8,3	58,7 ± 12,7	0,568	0,862
Atividades passadas, presentes e futuras	69,2 ± 9,5	70,0 ± 11,4	68,9 ± 8,6	0,668	0,366
Participação social	69,1 ± 10,0	71,3 ± 10,4	68,2 ± 9,8	0,259	0,211
Morte e morrer	43,9 ± 18,0	50,0 ± 22,8	41,2 ± 14,8	0,125	0,062
Intimidade	55,3 ± 16,4	55,3 ± 18,3	55,3 ± 15,7	0,990	0,553
Escore geral	57,6 ± 6,8	59,4 ± 7,5	56,8 ± 6,4	0,157	0,133

**Teste t de Student para amostras independentes. †Ajustado por idade, escolaridade, hipertensão arterial e avaliação da alimentação (modelo linear). DP: desvio padrão.*

Essa ausência de diferença entre as instituições quanto à qualidade de vida manteve-se mesmo após ajuste por variáveis confundidoras (idade, escolaridade, hipertensão arterial e avaliação da alimentação), não sendo identificado efeito significativo da natureza administrativa da instituição sobre nenhum dos domínios do WHOQOL-OLD.

Em relação aos sintomas depressivos, avaliados pela GDS-15, verificou-se mediana de 2 pontos (P25=1; P75=3), indicando baixa frequência de sintomas depressivos na população estudada. A classificação da escala mostrou que 57 idosos

(89,1%) foram categorizados como normais, ao passo que 7 (10,9%) apresentaram escores na faixa de sintomas depressivos leves; nenhum participante apresentou escore compatível com depressão severa. Na comparação entre as instituições, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao escore total da GDS-15 (p=0,228), tampouco nas respostas individuais dos 15 itens da escala (p>0,05 para todos), conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das respostas à Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), na amostra total e por tipo de instituição. Paraná, Brasil (n=64).

Respostas "sim" aos itens da GDS-15	Total n(%)	Privada n(%)	Pública n(%)	p*	p ajustado †
1. Está satisfeito(a) com sua vida	55 (85,9)	17 (85,0)	38 (86,4)	1,000	0,223
2. Interrompeu muitas de suas atividades	34 (53,1)	13 (65,0)	21 (47,7)	0,311	0,261
3. Acha sua vida vazia	37 (57,8)	11 (55,0)	26 (59,1)	0,973	0,518
4. Aborrece-se com frequência	11 (17,2)	3 (15,0)	8 (18,2)	1,000	0,431
5. Sente-se bem com a vida	60 (93,8)	18 (90,0)	42 (95,5)	0,583	0,997
6. Teme que algo ruim lhe aconteça	10 (15,6)	3 (15,0)	7 (15,9)	1,000	0,514
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo	58 (90,6)	18 (90,0)	40 (90,9)	1,000	0,406
8. Sente-se desamparado(a) com frequência	13 (20,3)	2 (10,0)	11 (25,0)	0,201	0,874
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas	36 (56,3)	14 (70,0)	22 (50,0)	0,221	0,732
10. Acha que tem mais problemas de memória que outros	6 (9,4)	2 (10,0)	4 (9,1)	1,000	0,103
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)	63 (98,4)	20 (100,0)	43 (97,7)	1,000	0,999
12. Sente-se inútil	7 (10,9)	2 (10,0)	5 (11,4)	1,000	0,066
13. Sente-se cheio(a) de energia	58 (90,6)	17 (85,0)	41 (93,2)	0,366	0,114
14. Sente-se sem esperança	5 (7,9)	3 (15,8)	2 (4,5)	0,156	0,058
15. Acha que os outros têm mais sorte que você	5 (7,8)	1 (5,0)	4 (9,1)	1,000	0,151
Escore total – mediana (P25–P75)	2 (1–3)	3 (2–4)	2 (1–3)	0,228	0,014
Classificação: sem sintomas clinicamente relevantes – n(%)	57 (89,1)	18 (90,0)	39 (88,6)	1,000	0,340
Classificação: faixa de sintomas leves – n(%)	7 (10,9)	2 (10,0)	5 (11,4)	—	—
Classificação: faixa de sintomas graves – n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	—	—

**Teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher, conforme adequação. †Ajustado por idade, escolaridade, hipertensão arterial e avaliação da alimentação: modelo logístico binário para os itens e a classificação da GDS-15; modelo de Tweedie com transformação logarítmica para o escore total. P25–P75: percentis 25 e 75. As frequências dos itens correspondem às respostas "sim", não à presença de sintomas. Os itens 1, 5, 7, 11 e 13 foram invertidos no banco para o cálculo do escore. No item 14, houve uma resposta ausente na instituição privada (n=19; total n=63), excluída apenas da análise dessa questão.*

Entretanto, quando o escore total da GDS-15 foi ajustado por variáveis confundidoras (idade, escolaridade, hipertensão arterial e avaliação da alimentação), a diferença entre as instituições tornou-se estatisticamente significativa (p=0,014), com os idosos da instituição privada apresentando escore de sintomas depressivos significativamente maior do que os da instituição pública, com diferença média ajustada de 1,31 ponto (IC95%: 0,20 a 2,60). A qualidade de vida geral não apresentou o mesmo comportamento, permanecendo sem diferença significativa entre as instituições mesmo após o ajuste.

A Tabela 4 apresenta as correlações de Spearman entre o escore total da GDS-15 e os domínios do WHOQOL-OLD, segundo o tipo de instituição. Na instituição pública (n=44), o domínio Habilidades Sensoriais apresentou correlação negativa, de magnitude moderada e estatisticamente significativa, com os sintomas depressivos (rs=-0,42; p=0,005), indicando que maiores escores de sintomas depressivos estiveram relacionados a piores percepções nesse domínio. Os demais domínios apresentaram correlações fracas e sem significância estatística: Autonomia (rs=-0,16; p=0,311), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (rs=-0,19; p=0,230), Morte e Morrer (rs=-0,15; p=0,334) e Intimidade (rs=0,16; p=0,309). Observou-se, ainda, tendência de correlação negativa com os domínios Participação Social (rs=-0,27; p=0,078) e qualidade de vida geral (rs=-0,29; p=0,061), sem atingir significância estatística.

Na instituição privada (n=20), nenhuma correlação foi estatisticamente significativa (p>0,05). As correlações foram predominantemente negativas e de magnitude fraca a moderada, sendo a maior delas observada no domínio Participação Social (rs=-0,34; p=0,143). O domínio Habilidades Sensoriais apresentou correlação praticamente nula (rs=-0,07; p=0,762), e Morte e Morrer foi o único com correlação positiva, também fraca e não significativa (rs=0,11; p=0,657). De modo geral, a direção negativa da maioria dos coeficientes, nas duas instituições, indica que maiores escores de sintomas depressivos tenderam a acompanhar pior percepção da qualidade de vida; contudo, a significância estatística ficou restrita ao domínio Habilidades Sensoriais na instituição pública, e o reduzido tamanho amostral da instituição privada pode ter limitado o poder estatístico para detectar associações nesse grupo.

Tabela 4 – Correlação entre o escore total de sintomas depressivos (GDS-15) e os domínios do

WHOQOL-OLD, segundo o tipo de instituição. Paraná, Brasil (n=64).

Domínios WHOQOL-OLD	Instituição privada (n=20) rs (p)	Instituição pública (n=44) rs (p)
Habilidades sensoriais	-0,07 (0,762)	-0,42 (0,005)
Autonomia	-0,23 (0,334)	-0,16 (0,311)
Atividades passadas, presentes e futuras	-0,27 (0,242)	-0,19 (0,230)
Participação social	-0,34 (0,143)	-0,27 (0,078)
Morte e morrer	0,11 (0,657)	-0,15 (0,334)
Intimidade	-0,22 (0,346)	0,16 (0,309)
Escore geral	-0,17 (0,463)	-0,29 (0,061)

rs: coeficiente de correlação de Spearman.

Quanto às variáveis clínicas, idosos em uso de medicação antidepressiva apresentaram escores significativamente mais elevados na GDS-15 em comparação aos que não faziam uso dessa medicação (p=0,004). De modo semelhante, idosos em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico apresentaram maiores escores de sintomas depressivos (p=0,006), achados que podem refletir maior carga prévia de sofrimento psíquico entre esses participantes. Não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a qualidade de vida geral e o uso de antidepressivos, o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, a presença de comorbidades, a prática de atividade física, a qualidade do sono, a existência de amizades na instituição ou a avaliação da alimentação.

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram que a maior parte dos idosos institucionalizados não apresentou sintomas depressivos clinicamente relevantes, com 10,9% da amostra na faixa de sintomas depressivos leves e ausência de escores na faixa de sintomas depressivos graves. Esses achados diferem de estudos nacionais realizados em ILPI, que descrevem prevalências de sintomas depressivos entre 30,3% e 62,1% entre idosos institucionalizados[20,31], valores bem superiores ao encontrado neste estudo. A diferença observada pode estar relacionada às características específicas das instituições participantes, ao perfil funcional preservado da amostra decorrente do próprio critério de inclusão baseado no MEEM e às estratégias de cuidado desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais locais.

O perfil sociodemográfico dos participantes revelou diferenças relevantes entre as duas instituições. Os idosos da instituição privada eram, em média, mais velhos e

possuíam maior escolaridade do que os da instituição pública, o que pode refletir diferenças no perfil populacional atendido por cada modalidade assistencial. Quanto ao motivo da institucionalização, a falta de cuidadores predominou na instituição privada, enquanto motivos financeiros predominaram na pública, retratando distintas trajetórias sociais e familiares que antecedem o ingresso na ILPI[7–9]. Chama atenção, ainda, a maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre os residentes da instituição privada, coerente com o perfil etário mais avançado desse grupo, bem como a maior proporção de idosos que avaliaram a alimentação institucional como satisfatória, o que pode estar relacionado a diferenças estruturais e de recursos entre as instituições pública e privada[6]. Tais diferenças sociodemográficas e clínicas devem ser consideradas na interpretação dos desfechos de saúde mental, uma vez que idade mais avançada e maior carga de comorbidades podem, por si só, influenciar os escores de sintomas depressivos observados, o que reforça a pertinência do ajuste por variáveis confundidoras realizado neste estudo.

Embora a institucionalização seja frequentemente associada ao isolamento social, à perda de autonomia e à maior vulnerabilidade emocional[2,8], os idosos avaliados apresentaram baixos escores na GDS-15. A assistência multiprofissional, as atividades de convivência e a organização do ambiente são possíveis aspectos a investigar, à luz da literatura[10,21]. Entretanto, a ausência de comparação com idosos não institucionalizados e o delineamento transversal impedem inferir efeito protetor da institucionalização nesta amostra. Esse achado, embora pouco descrito em ILPI brasileiras cuja literatura predominante aponta prevalências de sintomas depressivos entre 30% e 65%[32–34], é compatível com estudos populacionais brasileiros que também identificaram baixa prevalência de sintomas depressivos em idosos, como o Estudo SABE, no qual 74,8% dos participantes não apresentaram sintomas depressivos em avaliações realizadas em 2000 e 2006[35], e estudo realizado em São Caetano do Sul (SP), no qual 73,2% dos idosos foram classificados sem sintomas depressivos clinicamente relevantes na GDS-15[36].

Quanto à qualidade de vida, observou-se escore global intermediário, com melhores resultados nos domínios relacionados a atividades de vida e à participação social, achado consoante com a literatura que associa o engajamento social a percepções mais positivas de bem-estar na velhice[22,23]. Padrão semelhante foi descrito

em estudos com idosos brasileiros, que também apontaram Participação Social e Atividades Passadas, Presentes e Futuras entre os domínios mais bem avaliados do WHOQOL-OLD[37,38], inclusive em estudo comparativo entre idosos institucionalizados e residentes na comunidade, embora nesse caso os melhores escores tenham sido observados entre os da comunidade[39], o que sugere que o contexto institucional pode modular, mas não necessariamente comprometer, a percepção positiva de participação social. Por outro lado, o domínio Morte e Morrer apresentou o menor escore entre todos os avaliados. Esse achado é compatível com estudos conduzidos com idosos da comunidade, nos quais essa faceta também figura entre as de menor pontuação[24], sugerindo que reflexões sobre a finitude permanecem uma dimensão sensível da qualidade de vida na velhice, independentemente do contexto de moradia. Chama atenção, contudo, que estudos anteriores conduzidos especificamente em ILPI descreviam esse domínio como um dos mais bem avaliados[25], atribuído a maior aceitação da própria finitude nesse contexto — padrão não confirmado pelos achados do presente estudo, o que pode estar relacionado às características específicas da amostra e das instituições participantes.

Não foi detectada diferença estatisticamente significativa nos escores de qualidade de vida entre as duas ILPI avaliadas, inclusive após ajuste. Esse resultado não demonstra equivalência entre as instituições nem permite estabelecer quais aspectos do cuidado têm maior influência sobre a qualidade de vida. A organização do cuidado, a qualificação da equipe, o estímulo à autonomia, a oferta de atividades recreativas e os vínculos sociais constituem aspectos relevantes para investigação[26,27]. Quanto aos sintomas depressivos, a comparação bruta não indicou diferença significativa, mas o modelo ajustado por idade, escolaridade, hipertensão arterial e alimentação apresentou maior escore de GDS-15 na instituição privada (p=0,014). Como foi avaliada apenas uma instituição de cada natureza administrativa, não é possível separar a associação com a instituição específica daquela com seu caráter público ou privado.

Cabe destacar que a instituição pública estudada recebe apoio de cursos técnicos, faculdades e universidades, cujos alunos e professores de diversas áreas da saúde participam ativamente da rotina institucional, contribuindo para a oferta de atividades físicas, cognitivas, sensoriais e sociais e para avaliações sistemáticas dos

residentes. A instituição conta, ainda, com o apoio da comunidade e de empresas locais, por meio de doações de alimentos, materiais de higiene e cobertores, e com o projeto "Tampinha Solidária", no qual tampinhas plásticas arrecadadas pela comunidade são trocadas por fraldas geriátricas, contribuindo para a manutenção dos cuidados oferecidos.

Mais da metade dos participantes residia na ILPI havia mais de três anos, e os residentes da instituição privada eram, em média, cerca de dez anos mais velhos. Essas características descritivas e as comparações entre instituições não permitem concluir, isoladamente, sobre associações da idade ou do tempo de institucionalização com a GDS-15 ou a qualidade de vida. Estudos prévios descrevem associações de sintomas depressivos, capacidade funcional e solidão com a qualidade de vida de idosos institucionalizados[40–42]; esses achados não demonstram mecanismos explicativos na presente amostra.

A correlação negativa entre os sintomas depressivos e Habilidades Sensoriais na instituição pública reforça a importância de considerar, no cuidado ao idoso institucionalizado, não apenas os aspectos clínicos, mas também a funcionalidade sensorial e a capacidade de participação nas atividades institucionais. A associação atingiu significância apenas na instituição pública. Esse resultado não demonstra diferença entre as correlações das duas instituições, nem comprova menor disponibilidade de recursos de reabilitação sensorial ou de suporte individualizado na instituição pública. Na instituição privada, nenhuma correlação atingiu significância, possivelmente em razão do reduzido tamanho amostral desse grupo (n=20). A redução da participação social pode favorecer sentimentos de isolamento, desmotivação e tristeza, enquanto limitações sensoriais podem comprometer a comunicação, a autonomia e o vínculo com o ambiente[28]. Ainda que a prevalência de sintomas depressivos tenha sido baixa na amostra estudada, esses achados indicam que a promoção de atividades sociais, recreativas, cognitivas e sensoriais deve ser fortalecida nas ILPI como estratégia de cuidado integral e preventivo.

Do ponto de vista da enfermagem, os resultados reforçam a importância da avaliação sistemática da saúde mental e da qualidade de vida durante a consulta de enfermagem, permitindo a identificação precoce de alterações emocionais e a

implementação de intervenções preventivas individualizadas[43]. O enfermeiro, como agente terapêutico central no processo de enfermagem, deve articular conhecimentos sobre as necessidades biopsicossociais do idoso institucionalizado com habilidades de avaliação clínica, planejamento e acompanhamento contínuo[29,30]. A utilização de instrumentos validados, como a GDS-15 e o WHOQOL-OLD, constitui estratégia relevante para subsidiar o planejamento assistencial e fortalecer o cuidado centrado na pessoa idosa nas instituições de longa permanência[44].

Como limitações do estudo, destacam-se o delineamento transversal, que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis institucionais e os desfechos avaliados; o número relativamente reduzido de participantes; e a inclusão de apenas duas instituições, selecionadas por conveniência, o que limita a generalização dos resultados para outras ILPI brasileiras. Ademais, o critério de inclusão baseado no MEEM, embora necessário para garantir a confiabilidade das respostas autorreferidas, pode ter selecionado uma subpopulação com melhor funcionalidade cognitiva, subestimando a prevalência real de sintomas depressivos entre os residentes das instituições estudadas. Ainda assim, o estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre a saúde mental e a qualidade de vida da população idosa institucionalizada, fornecendo subsídios para investigações multicêntricas futuras. Como todos os participantes eram institucionalizados e não houve avaliação longitudinal, não foi possível estimar o efeito da institucionalização. A participação de apenas uma ILPI de cada natureza administrativa impede distinguir características próprias das instituições de diferenças relacionadas à gestão pública ou privada.

5 CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico e clínico diferiu significativamente entre as instituições, com idosos da instituição privada mais velhos, com maior escolaridade, maior prevalência de hipertensão arterial e maior proporção de institucionalização por falta de cuidadores em comparação à instituição pública, enquanto na instituição pública prevaleceram motivos financeiros. Os idosos residentes nas ILPI avaliadas apresentaram, em sua maioria, ausência de sintomas depressivos clinicamente significativos e escore global médio de qualidade de vida de 57,6 ± 6,8 pontos, sem diferenças estatisticamente significativas entre a instituição pública e a privada quanto

aos escores brutos desses desfechos. Contudo, quando ajustado por variáveis confundidoras, o escore de sintomas depressivos foi significativamente maior entre os idosos da instituição privada, indicando uma associação ajustada com a instituição avaliada, sem permitir atribuí-la à natureza administrativa. Os maiores escores de qualidade de vida foram observados nos domínios relacionados às atividades de vida e à participação social, enquanto o domínio Morte e Morrer apresentou os menores valores, indicando a necessidade de maior atenção às questões emocionais relacionadas ao processo de envelhecimento e à finitude. Constatou-se, ainda, que maiores escores de sintomas depressivos se associaram a pior percepção no domínio Habilidades Sensoriais entre os idosos da instituição pública, sem associação estatisticamente significativa com Participação Social, evidenciando a importância de estratégias institucionais voltadas à manutenção da funcionalidade, da convivência social e da participação ativa dos idosos nas atividades das instituições. As comparações apresentadas não permitem concluir sobre o efeito isolado da idade ou do tempo de institucionalização.

O estudo não permite comparar a importância da qualidade da assistência e da natureza administrativa para a saúde mental dos residentes. No cuidado às pessoas idosas institucionalizadas, recomenda-se manter ações voltadas à promoção da autonomia, ao fortalecimento dos vínculos sociais, à realização de atividades recreativas e ao acompanhamento psicológico quando necessário. Cabe enfatizar que as ILPI, públicas ou privadas, devem cumprir as normas estabelecidas pelas políticas de saúde da pessoa idosa e pela legislação vigente[6], assegurando cuidado qualificado, ético e consciente a essa população. Recomenda-se que estudos futuros incluam maior número de instituições, distintas regiões do país e delineamentos longitudinais, possibilitando compreensão mais aprofundada dos fatores institucionais que influenciam a saúde mental e a qualidade de vida de idosos ao longo do tempo.

6 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E DA SAÚDE

Este estudo fornece subsídios para o planejamento da consulta de enfermagem e da Sistematização da Assistência de Enfermagem em ILPI, ao evidenciar domínios prioritários, funcionalidade sensorial, participação social e enfrentamento de questões relacionadas à finitude a serem sistematicamente avaliados e trabalhados pela equipe

multiprofissional. Os resultados podem, ainda, subsidiar gestores de ILPI públicas e privadas na implementação de indicadores de qualidade assistencial centrados na saúde mental e na qualidade de vida dos residentes, bem como orientar políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável e à humanização do cuidado à pessoa idosa institucionalizada.

7 REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeções e estimativas de população: você sabe o que são? [Página da Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [acesso em 23 jul 2026]. Disponível em: https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/22435-projecoes-e-estimativas-de-populacao-voce-sabe-o-que-sao.html

2. Melo LA, Andrade L, Silva HRO, Zazzetta MS, Santos-Orlandi AA, Orlandi FS. Fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados. Rev Baiana Enferm. 2018;32.

3. Guimarães LA, Brito TA, Pithon KR, Jesus CS, Souto CS, Souza SJN, et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. Ciênc Saúde Colet. 2019;24(9):3275-82.

4. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1387-93.

5. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1929-36.

6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos. Brasília: ANVISA; 2021.

7. Straube AC, Araújo DP, Santos GP, Domingues MO, Ferrante FG. Consequências emocionais e afetivas em idosos institucionalizados na contemporaneidade. Anais EVINCI-UniBrasil. 2021;7(1):483.

8. Souza FJM, Sousa CMS, Sousa AAS, Gurgel LC, Marques CLS, Alves JB, et al. Percepção dos idosos institucionalizados acerca da qualidade de vida. REAS. 2020;12(7):e3310.

9. Campos BS, Silva CM, Araújo DO, Raad LML. O impacto da institucionalização na saúde e bem-estar psicológico das pessoas idosas. Cuad Educ Desar. 2023;15(8):7717-28.

10. Souza LA, Prodócimo NF, Silva AN, Souza IS, Carvalho PFA, Pereira AF, et al. Perdas cognitivas e depressão em idosos institucionalizados: uma relação possível? Id On Line Rev Psic. 2024;18(70):83-95. doi:10.14295/idonline.v18iN70.3952.

11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado

Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7.

12. Kochhann R, Varela JS, Lisboa CSM, Chaves MLF. O Mini Exame do Estado Mental: revisão dos pontos de corte ajustados para escolaridade em uma grande amostra do sul do Brasil. Dement Neuropsychol. 2010;4(1):35-41.

13. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saude Publica. 2006;40(4):712-9.

14. Farias IPS, Montenegro LAS, Wanderley RL, Pontes JCX, Pereira AC, Almeida LFD, et al. Physical and psychological states interfere with health-related quality of life of institutionalized elderly: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2020;20:386.

15. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49.

16. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2B):421-6.

17. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. Rev Saude Publica. 2006;40(5):785-91.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 24 maio 2016.

19. Madeira E, Machado JR, Alfradique P, Macedo EC, Carvalho CM, Koike RY. Qualidade de vida em idosos integrantes de um centro de convivência. Rev Pesq Cuid Fundam. 2022;14:e11865.

20. Esteves GGL, Silva KD, Granja BP, Oliveira TS. Idosos institucionalizados: uma avaliação dos sintomas depressivos e capacidade funcional. Psicol Argum. 2021;39(105):589-602.

21. Silveira TA, Silva Júnior EG, Eulálio MC. Esperança e qualidade de vida em pessoas idosas. Rev Psicol Saúde. 2022;14(1):201-14. doi:10.20435/pssa.v14i1.1338.

22. Passos AA, Medeiros RVM, Rocha WS. Qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizadas: os desafios e percepções na ótica da psicologia. Braz J Dev. 2022;8(12):77993-8008. doi:10.34117/bjdv8n12-082.

23. Azevedo L, Riscado P, Maia C. A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa: revisão integrativa da literatura. Higeia. 2022;7(1):17-27.

24. Sousa MP, Kamimura QP, Oliveira AL, Cornetta VK, Postigo S, Cerveny CMO. Envelhecimento e qualidade de vida. Cad Pedagógico. 2024;21(6):e4855.

25. Simeão SFAP, Martins GAL, Gatti MAN, Conti MHS, Vitta A, Marta SN. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(11):3923-34.

26. Barbosa MSA, Aragão BFF, Silva FP, Nascimento KC, Lima RCB, Silva KNF, et al.

Instrumentos para avaliação de sintomas de depressão em idosos trabalhadores. REAS. 2023;23(12):e14339.

27. Tessmann PV, Frozza R, Kipper LM, Furtado JC, Hartwig JA. Perfil dos idosos institucionalizados: uma revisão de literatura com estudos nacionais e internacionais. Aracê. 2024;6(4):14110-31. doi:10.56238/arev6n4-179.

28. Santos B. O idoso e a institucionalização: o fenómeno da solidão e abandono. In: Santos B, organizador. "Velhos são os trapos" – Repensar os lares de idosos: do assistencialismo ao cuidado com dignidade. Ponta Grossa: Atena Editora; 2025. p. 128-39. doi:10.22533/at.ed.9161125180310.

29. Silva VRM, Gomes VA, Oliveira DV, Nascimento Júnior JRA, Franco MF, Accioly M, et al. Fatores psicológicos e cognitivos preditores da percepção de suporte social em idosos. Rev Desafios. 2024;11(1).

30. Polit DF, Beck CT. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. In: Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 669.

31. Arantes APF, Pires FM, Oliveira Neto AJ, Cyriaco MC, Moraga LMVM, Silva RCD, Oliveira DAAP. Sintomas depressivos em idosos residentes em instituição de longa permanência de Rio Verde – GO: prevalência e fatores associados. Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2024;17(1):8025-33.

32. Ayoub MF, Manfredo LC, Schmidt A. Residents in institutions for older adults: characteristics and their relationship with the institution. Paidéia (Ribeirão Preto). 2024;34:e3409.

33. Schmidt A, Penna RA. Instituições residenciais brasileiras para idosos e condições psicológicas e cognitivas de residentes. Psicol Ciênc Prof. 2021;41(spe4):e191768.

34. Queirós LRM, Figueiredo BQ, Oliveira RC. Análise do alto índice de depressão em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa de literatura. Res Soc Dev. 2022;11(10):e318111032943.

35. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). Rev Bras Epidemiol. 2018;21(Supl 2):e180014.

36. Macedo GL, Sammour MCC, Gemignani EYMY, Maia ÉF, João MVM, Maia LCP, et al. Análise da depressão em idosos de São Caetano do Sul e os fatores associados avaliados pela GDS-15. Recima21. 2023;4(5):e453198.

37. Paula GR, Souza BN, Santos LF, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMAC. Qualidade de vida para avaliação de grupos de promoção da saúde. Rev Bras Enferm. 2016;69(2):331-40.

38. Reis JS, Castro CHR, Petrecca CPA, Dias EN, Meira FG, Santos HRC, et al. Entre participação social e vulnerabilidade sensorial: análise multidimensional da qualidade de vida de idosos atendidos em um centro geriátrico de Salvador-BA. Periódicos Bras Pesqui Cient. 2026;5(4):1291-311.

39. Rodrigues AO, Dal-Pont GC, Assolini JP, Kanan LA, Centa A, Ogoshi RCS, et al. Qualidade de vida em pessoas idosas: uma comparação entre residentes na comunidade e institucionalizados. Rev Gest Secr. 2026;17(1):e5511.

40. Scherrer Júnior G, Passos KG, Oliveira LM, Okuno MFP, Alonso AC, Belasco AGS. Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0237345.

41. Cano F, Alves E, Guedes de Pinho L, Fonseca C. Functional capacity of institutionalized older people and their quality of life, depressive symptoms and feelings of loneliness: a cross-sectional study. Nurs Rep. 2024;14(4):3150-64.

42. Silva C, Ferreira R, Morgado B, Alves E, Fonseca C. Depression, loneliness and quality of life in institutionalised and non-institutionalised older adults in Portugal: a cross-sectional study. Nurs Rep. 2024;14(3):2340-54.

43. Leal LO, Cardoso SS, Medeiros MOSF, Jesus LA. Relação entre a institucionalização e a saúde mental da pessoa idosa: uma revisão integrativa. Rev Enferm Contemp. 2021;10(1):169-79.

44. Silveira GC, Cruz AL, Ferreira LG, Eulálio RBNM, Bezerra NKS, Silva PS, et al. Caderneta de saúde como instrumento de avaliação multidimensional da pessoa idosa institucionalizada. Rev Enferm UFPE On Line. 2025;19:e264566.