

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERINSTITUCIONAL EM
GERONTOLOGIA BIOMÉDICA (DINTER PUCRS-ETS/UFPB)

RENATA COELHO FREIRE BATISTA QUEIROZ

**EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS NA AUTOPERCEÇÃO
DE SAÚDE, AUTOESTIMA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE
LONGA PERMANÊNCIA**

Porto Alegre

2014

RENATA COELHO FREIRE BATISTA QUEIROZ

**EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS NA AUTOPERCEPÇÃO
DE SAÚDE, AUTOESTIMA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE
LONGA PERMANÊNCIA**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Universidade Federal da Paraíba – DINTER, como requisito para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke

Porto Alegre

2014

DADOS DE CATALOGAÇÃO

Q3e Queiroz, Renata Coelho Freire Batista

Eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência / Renata Coelho Freire Batista Queiroz. - Porto Alegre: PUCRS, 2014.

118 f.: il.; tab.

Orientador: Profa. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke.

Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1.ENVELHECIMENTO. 2. AUTOPERCEPÇÃO DE SAUDE.
3. AUTOESTIMA. 4. SINTOMAS DEPRESSIVOS. 5. QUALIDADE DE VIDA.
6. TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS. I. Schwanke, Carla Helena Augustin. II. Título.

CDD 618.97

CDU 613.98(043.2)

NLM WT 100

RENATA COELHO FREIRE BATISTA QUEIROZ

**EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS NA AUTOPERCEPÇÃO
DE SAÚDE, AUTOESTIMA, SINTOMAS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA
RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE
LONGA PERMANÊNCIA**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Universidade Federal da Paraíba – DINTER, como requisito para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica.

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Carla Helena Augustin Schwanke
Orientadora - Instituição IGG- PUCRS

Prof. Dr. Rodolfo H. Schneider
Examinador - Instituição IGG- PUCRS

Anamaria Gonçalves S. Feijó
Examinadora - FABIO - PUCRS

Djacyr Magna C. Paiva
Examinadora – ETS – UFPB

Prof. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon (Suplente)

*Dedico este estudo a meus pais,
que desde minha mais tenra
idade, ensinaram-me a respeitar
o próximo, aí incluídos os
animais.*

AGRADECIMENTOS

A Deus;

A minha família, que deram total apoio durante este doutorado, em especial nos momentos do afastamento em Porto Alegre;

À Professora Carla, minha orientadora, por todos os ensinamentos transmitidos ao longo destes anos;

A todos os profissionais da Vila Vicentina Júlia Freire e aos idosos que lá residem, pois voluntariamente receberam os animais de braços abertos naquela instituição;

A todos os professores e funcionários da PUC-RS, em especial aqueles lotados no Instituto de Geriatria e Gerontologia, que tanto contribuíram para que este momento se concretizasse;

Aos colegas da Escola Técnica de Saúde, que vivenciaram comigo esta aventura, dando apoio e alegria nos momentos difíceis;

À Direção da Escola Técnica de Saúde da UFPB;

À coordenação pedagógica e à coordenação operacional do DINTER.

À Rosário, Secretária Geral da ETS-UFPB, pelo apoio e disponibilidade;

A todos os animaizinhos que participaram deste estudo e que transmitiram muita alegria para os idosos em cada visita àquela Instituição.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional e as mudanças na dinâmica familiar estão levando um número maior de pessoas a residirem em Instituições de Longa Permanência (ILPI), refletindo na qualidade de vida dos idosos. Algumas terapias não medicamentosas e de baixo custo têm se mostrado eficazes em trazer benefícios terapêuticos aos idosos, entre elas, a Intervenção Assistida por Animais (IAA). **Objetivo:** Analisar a eficácia da IAA na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em idosos residentes em ILPI, na cidade de João Pessoa-Pb. **Métodos:** Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizado um ensaio clínico, no qual foram randomizados 42 idosos, sendo 21 participantes do Grupo intervenção (GI), para o qual foi ofertada a atividade com animais, e 21 idosos do Grupo Controle (GC), para os quais mantiveram-se as atividades regulares da instituição. O estudo foi realizado em três fases: uma avaliação inicial, 12 semanas de intervenção com animais para o GI e acompanhamento para o GC, e uma avaliação final. Os instrumentos aplicados foram o Mini Exame do Estado Mental, Avaliação de Autopercepção de Saúde, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala de Depressão Geriátrica Reduzida, Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde SF-6D, ficha informativa com dados sociodemográficos e de saúde, questionário para averiguação do histórico de vivência com animais e, para o GI, um questionário para avaliação da experiência com IAA. O nível de significância adotado neste estudo foi de 5% ($P < 0,05$). As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. **Resultados:** Constatou-se que os grupos eram homogêneos em todos os aspectos analisados, exceto na faixa etária, sendo esta diferença significativa ($p = 0,07$). Após a IAA, houve melhora significativa na autopercepção de saúde dos idosos no GI, mas não se manteve após o ajuste da idade ($p = 0,052$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi significativa, mesmo após o ajuste pela idade ($p = 0,09$). Quanto à autoestima, notou-se melhora significativa no GI ($p < 0,001$), enquanto que no GC apresentou piora ($p = 0,014$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi significativa, mesmo após o ajuste pela idade ($p < 0,001$). Foi percebida redução estatisticamente significativa nos valores da mediana da EDG para o GI ($p < 0,001$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi significativa, mesmo após o ajuste pela idade ($p < 0,001$). A variação do percentual de idosos que apresentavam sintomas depressivos não teve significância estatística em nenhum dos grupos. Observou-se melhora significativa no escore de qualidade de vida para o GI ($p < 0,001$), enquanto que no GC constatou-se piora ($p = 0,013$), sendo estatisticamente significativa, após o ajuste pela idade ($p < 0,001$). Na associação entre as escalas, foram observadas no GI correlações significativas entre as escalas EDG e SF-6D, autoestima e SF-6D e autopercepção de saúde e EDG. No GC

observou-se correlação significativa entre autoestima e EDG. Constatou-se melhora significativa no escore de QVRS no GI ($p < 0,001$), enquanto que no GC houve piora ($p < 0,013$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi significativa, mesmo após o ajuste pela idade ($p < 0,001$). **Conclusão:** os resultados indicam que a IAA promoveu melhora na autoestima, nos sintomas depressivos e na qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Envelhecimento. Autopercepção de Saúde. Autoestima. Sintomas depressivos. Qualidade de vida. Terapia Assistida por Animais.

ABSTRACT

Introduction: Population aging and changes in family dynamics have taken a greater number of people residing in long term care facilities, it has reflected in the quality of life of elderly. Some non-drug and low cost therapies have proved effective in bringing therapeutic benefits for the elderly such as Animal Assisted Intervention (AAI). **Purpose:** Evaluate the effectiveness of the AAI in self-rated health, self-esteem, depressive symptoms and health related quality of life in elderly nursing home residents. **Methods:** This study was approved by Ethics Committee of PUCRS and followed the rules of Resolution 466/ 12 of the National Board of Health. In this clinical study, forty-two elderly were randomly and distributed into two groups, consisting of 21 elderly each. To the Intervention Group (IG) it was suggested the use of animal assisted intervention. Control Group (CG) maintained the regular activities of the institution. The research was conducted in three stages: first it was done an initial assessment for both groups, twelve weeks using animal assisted intervention for IG, and GC was followed-up, and final assessment was applied for two groups. The following instruments were used, the Mini Mental State Examination, Self-rated Health Evaluation, Rosenberg Self-esteem Scale, Short Geriatric Depression Scale, Health Related Quality of Life Questionnaire SF – 6D, data sheet including socioeconomic and health data, a Questionnaire to verify how was the experience with animals in the past and IG also did a questionnaire about the experience with AAI. The level of significance adopted was 5% ($P < 0,05$). The absolute and relative frequencies and standard deviations were obtained. Continuous variables were described by mean and standard deviation or median and interquartile range. **Results:** It was found that the groups were homogeneous in all analyzed aspects, except age, which difference was significant ($p = 0.007$). After AAI there was a significant improvement in self-rated health for IG ($p=0,021$), but this improvement didn't sustained after adjusting age ($P=0,052$). Comparing IG with CG there was a significant difference ($P=0,010$), even after adjusting age ($p=0,009$). It was noted significant improvement in self-esteem to IG ($p < 0,001$), but it got worse in CG ($P=0,014$). When comparing the groups the difference it was statistically significant ($p < 0,001$), even after adjusting age ($p < 0,001$). It was noted statistically relevant reduction in the average values of GDS for IG ($P < 0,001$). When comparing the groups, the difference was significant ($p < 0,001$) even after adjusting age ($P < 0,001$). In both groups a percentage variation among the elderly who had depressed symptoms did not have statically significance. It was noted improvement in Health Related Quality of Life for IG ($p < 0,001$). Otherwise the Control group got worst in this score ($p=0,013$). There was a statically significant difference between two ($P < 0,001$), even after adjusting age ($p < 0,001$). In case of associations among scales it was observed significant association between GDS and SF- 6D, self-esteem and SF- 6D, and self-rated health and GDS. In the CG it was observed significant relation between self -esteem and GDS. **Conclusion:** The results point out that IAA has

improved the self-esteem, depressed symptoms and health related quality of life of the elderly resident of long-term care facilities.

Keywords: Aging. Self-rated Health, Self-esteem, Depressive symptoms and Health Related Quality of Life. Animal Assisted Therapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 ENVELHECIMENTO	16
2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO	17
2.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NOS IDOSOS	19
2.4 A AUTOESTIMA NO ENVELHECIMENTO	20
2.5 DEPRESSÃO EM IDOSOS	21
2.6 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS	22
2.7 A CONEXÃO ENTRE HOMENS E ANIMAIS	24
2.8 INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS	27
3 HIPÓTESES.....	33
3.1 PRIMEIRA HIPÓTESE	33
3.2 SEGUNDA HIPÓTESE	33
3.3 TERCEIRA HIPÓTESE	33
3.4 QUARTA HIPÓTESE	34
4 OBJETIVOS.....	35
4.1 OBJETIVO GERAL	35
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5 MÉTODOS	36
5.1 DELINEAMENTO	36
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
5.2.1 Cálculo do Tamanho Amostral	36
5.2.2 Critérios de Inclusão	38
5.2.3 Critérios de Exclusão	38
5.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO	38

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	40
5.5 ROTINA DE COLETA	42
5.6 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	43
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	44
5.7.1 Fase Descritiva	44
5.7.2 Fase Analítica	45
5.8 ASPECTOS ÉTICOS	45
6 RESULTADOS	47
7 DISCUSSÃO	59
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	59
7.2 INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS	63
7.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE	64
7.4 AUTOESTIMA	65
7.5 SINTOMAS DEPRESSIVOS	66
7.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	67
7.7 CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS	68
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
9 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXOS	98
APÊNDICES	113

1 INTRODUÇÃO

Ainda que o imemorial desejo humano seja o de driblar a morte e prolongar a vida, não se quer envelhecer, nem morrer. O envelhecimento é um processo irreversível que se inscreve na temporalidade do indivíduo, do início ao fim da vida, processo este composto de perdas e ganhos.¹

Envelhecer satisfatoriamente dependerá do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o que possibilitará lidar, com diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento.²

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Do ponto de vista puramente demográfico, o envelhecimento da população no Brasil deve-se unicamente ao rápido e sustentado declínio da fecundidade.³ No entanto, nas últimas décadas, a queda da mortalidade da população idosa, em menor proporção, contribuiu também para o rápido envelhecimento populacional.⁴ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,⁵ no Censo de 2000, o Brasil apresentava 4,8% da população na faixa etária entre 60-69 anos e 3,7% da população com idade acima de 70 anos. Após dez anos, segundo o último Censo realizado em 2010, o Brasil apresentou 5,9% da população na faixa etária entre 60-69 anos e 4,8% com idade acima de 70 anos, o que corresponde a uma população de aproximadamente 20.590.599 de indivíduos idosos. Segundo o mesmo instituto, a previsão para o ano de 2050 é que 29,75% da população esteja na faixa etária acima dos 60 anos, o que corresponderá a 64.050.980 de pessoas.⁶

Portanto, muita atenção deve ser voltada a este segmento tão diferenciado da população. De fato, a população idosa requer cuidados específicos que se traduzem em gastos sociais, suscitando questões pertinentes ao impacto econômico desta população em duas áreas já problemáticas – a utilização dos serviços de saúde⁷ e a previdência social.⁸

Com a mudança do perfil demográfico da população, muda-se também o perfil do atendimento em saúde. Se antes os recursos estavam destinados ao tratamento de enfermidades agudas, que terminavam em óbito ou na cura do paciente, agora, com a população idosa em crescimento, observa-se um aumento de recursos destinados à doenças crônicas, que sobrecarregam o Sistema Único de Saúde por anos. O processo degenerativo próprio do

envelhecimento e suas complicações requerem grandes gastos em medicamentos, aparelhagem e recursos humanos especializados.⁹ Devido a esta transição populacional e conseqüente mudança no perfil de atendimento, os gastos governamentais ultrapassarão a receita em um futuro próximo. A previsão para 2025 é que aqueles com mais de 60 anos consumam metade da receita governamental e cerca de dois terços da receita em 2050.⁸

Depressão,¹⁰ alterações cardiovasculares,¹¹ diabetes,¹² dislipidemias,¹³ perdas de funções cognitivas¹⁴ e desordens que afetam o sistema nervoso central como demência¹⁵ são alguns dos problemas que afetam os idosos com frequência.

Para o idoso institucionalizado, a condição de saúde é ainda mais delicada. Doenças crônicas podem ser agravadas pela condição psicossocial vulnerável, decorrente das perdas naturais próprias de quem saiu de seu lar e pelo distanciamento da família, com conseqüente sensação de solidão e abandono.¹⁶ Além disto, poucos idosos institucionalizados têm plano de saúde privado e as instituições de longa permanência, em sua maioria, têm poucos recursos financeiros para investir em atendimento médico de qualidade e atividades de lazer.¹⁷ No Brasil, 65,2% das instituições de longa permanência são filantrópicas.¹⁸

Entre os idosos institucionalizados, a depressão é bastante frequente,^{19,20} afetando bastante a qualidade de vida do idoso.¹⁶ A manutenção da saúde mental é um dos pilares essenciais para a autonomia do idoso, condição *sine qua non* para uma velhice com sucesso.²¹

No processo de envelhecimento há também diminuição da autoestima.²² Estudos preliminares demonstram que as inúmeras limitações e as transformações inerentes à vida do adulto tardio provocam considerável declínio na autoestima global.²³

Algumas terapias não medicamentosas têm se mostrado eficazes em controlar problemas decorrentes do envelhecimento.^{24,25} Este dado é muito importante, uma vez que o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente um quarto da renda (23%) de metade da população idosa brasileira,²⁶ além da dificuldade do acesso aos serviços de saúde pelos residentes em instituições de longa permanência.²⁷

Dentre as terapias não medicamentosas, pode-se citar a prática de atividades físicas, que traz inúmeras vantagens ao envelhecimento saudável.²⁸ A prática regular de exercícios reduz o risco de inúmeras doenças no idoso, além de trazer importantes ganhos fisiológicos,²⁹⁻³¹ tendo efeitos positivos inclusive sobre a depressão.²⁴

A Intervenção Assistida por Animais (IAA) é outra terapia não medicamentosa capaz de trazer benefícios a diferentes grupos de indivíduos. Estudos utilizando-se a terapia com animais têm sido bem documentados há décadas e os resultados bastante satisfatórios para distintos grupos de pessoas.³² Ela mostrou-se eficaz diminuindo sintomas em indivíduos com desordens psiquiátricas,^{33,34} auxiliando o tratamento de dependentes químicos,³⁵ diminuindo a ansiedade e níveis de pressão cardiopulmonar em pacientes cardíacos,³⁶ melhorando a qualidade de vida em idosos residentes em instituições de longa permanência³⁷ e até melhorando a coordenação motora em crianças pré-escolares.³⁸ Infelizmente, a IAA ainda é subutilizada. O uso de animais como coterapeutas não é profundamente integrado às políticas e ações de promoção de saúde.³²

Muitas questões permanecem em aberto, como os mecanismos de ação da IAA e a duração do efeito das intervenções, especialmente no que diz respeito à aplicação desta técnica em idosos. Alguns autores também questionam os efeitos positivos da IAA em idosos, devido à questões metodológicas dos experimentos ou por encontrarem resultados conflitantes. Por isto, são necessárias novas pesquisas na área.

Existe ainda a falta de informação e o preconceito de profissionais de saúde e da população em geral acerca da utilização de animais em ambientes onde espera-se higiene, como é o caso de hospitais, escolas e instituições de longa permanência para idosos. Em João Pessoa, todas as instituições de longa permanência não permitem que os idosos possuam animais de estimação.

Desta forma, surgiu o interesse em realizar este estudo para averiguar a eficácia da utilização da terapia assistida com animais em idosos institucionalizados, uma vez que, como já citado, estudos prévios demonstram que muitos apresentam diminuição de autoestima, estão mais vulneráveis à depressão, solidão, baixa qualidade de vida e as instituições onde residem não

apresentam recursos financeiros disponíveis para melhorar a condição psicossocial destes indivíduos.

Acredita-se que este estudo, ao investigar a utilização de IAA como terapia alternativa, está dentro da tendência mundial, ao se investir em pesquisas que incentivem a utilização de terapias não medicamentosas e de custo relativamente baixo, especialmente àqueles voltados à população idosa, segmento que demanda investimentos em saúde mais altos. Os resultados poderão nortear inovações nas políticas públicas de atenção ao idoso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento está associado a uma cascata de mudanças morfológicas e fisiológicas que naturalmente predis põem os idosos ao declínio das funções vitais, morbidade, baixa qualidade de vida e inúmeras doenças crônicas progressivas. Tais doenças geralmente não admitem cura e, se não forem devidamente acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do paciente.³⁹ O conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde⁴⁰ mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças. O bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.⁴¹

O idoso, portanto, em razão de uma maior longevidade, tem maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis. Segundo estudo conduzido por Vitoreli et al.,⁴² a maioria da população idosa apresenta pelo menos de uma a três doenças crônicas, demonstrando que apesar de a expectativa do idoso brasileiro ter aumentado, o idoso nem sempre possui qualidade de vida. O estilo de vida daqueles que sofrem de doenças crônicas pode ser influenciado pelas limitações impostas pelo tratamento e pelas complicações inerentes a cada patologia, tais como dificuldade na mobilidade e perda de função cognitiva.

O envelhecimento possui múltiplos aspectos a serem considerados que envolvem questões políticas, sociais, culturais, econômicas e de saúde pública. O envelhecimento e suas consequências têm sido tema recorrente e de grande interesse mundial, nas suas mais distintas dimensões. Devido à transição na estrutura etária, novos desafios emergem relacionados à expansão da população idosa.⁴³

2.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO

É consenso entre muitos especialistas que a permanência dos idosos em suas bases familiares e comunitárias contribui para o seu bem-estar. Estudos frequentemente apontam melhor qualidade de vida para os idosos que residem no seio familiar.^{44,45}

As políticas de atenção à pessoa idosa preveem que a família deve propiciar ao idoso o atendimento integral às suas necessidades básicas, mas não disponibilizam recursos para viabilizar a manutenção do idoso no seio familiar.⁴⁶ O envelhecimento traz consigo as incapacidades⁴⁷ e com elas a necessidade de uma cadeia de cuidados que, muitas vezes, a família não dispõe. Devido aos novos arranjos familiares e a necessidade real de os membros da família se manterem no mercado de trabalho, nem sempre é possível manter o idoso no núcleo da família.⁴⁶ A figura do cuidador familiar, que deverá se responsabilizar, quase que de forma exclusiva, pelas necessidades do idoso, é, muitas vezes, inexistente.⁴⁸

São muitas as causas de institucionalização entre os idosos. Em estudo realizado por Lisboa e Chianca,⁴⁹ o fato de morar sozinho e não ter como realizar as atividades da vida diária foi o motivo mais citado para a institucionalização dos idosos. Em outro, realizado em Porto Alegre em 2009, os fatores mais citados foram: carência familiar, viuvez e solidão; vontade própria; não querer ser um problema para a família e existência de problemas físicos, ficando evidente assim a condição de fragilidade a que estão submetidos os idosos sem condições financeiras ou físicas de residirem sozinhos.⁵⁰

Outras vezes, o ambiente familiar torna-se hostil a ponto de não ser possível sustentarem-se as conexões familiares. Relações conflituosas causadas por posturas intransigentes e inflexíveis – o conflito de gerações que convivem em um mesmo lar – tornam a convivência impossível, levando o idoso ao exílio involuntário.⁴⁶

Dos conflitos não solucionados e da subjugação do mais fraco pelo mais forte, surge a violência contra o idoso, seja ela física, psicológica, financeira ou ainda, através da forma de negligência. Em estudo realizado em Fortaleza em 2011, os resultados encontrados demonstraram que em 70,4% das denúncias, o agressor residia com a vítima, sendo os principais agressores os próprios familiares (88,3%),

notadamente os filhos. A maior parte dos idosos sofria mais de um tipo de violência dentro de sua própria casa.⁵¹

Solução ou não, a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) surge, então, como uma possibilidade de moradia para o idoso no processo de envelhecimento. Segundo Camarano e Kanso,¹⁸ não há consenso no Brasil sobre o conceito de ILPI. Outrora chamados asilos, constituem a modalidade mais antiga de atendimento ao idoso fora do convívio familiar. Eram inicialmente dirigidos à população carente.

Grande parte das ILPIs possui um perfil assistencialista, oferecendo ao idoso pouco além de abrigo e alimentação.⁵² Embora existam no país ILPIs que consigam oferecer boa assistência para os idosos, através de mão de obra especializada, adequação de espaços físicos e atividade de lazer, esta não é a realidade da grande parte das ILPIs brasileiras.⁵⁰ Por isso, alguns autores consideram a própria institucionalização um fator determinante para a perda da qualidade de vida entre idosos.⁵²

Um dos problemas mais frequentes na ILPIs é a quantidade insuficiente de cuidadores para o número de idosos atendidos, especialmente nas entidades filantrópicas. Estudo realizado em Minas Gerais por Ribeiro et al.⁵³ constatou que os cuidadores das instituições filantrópicas auxiliavam 33,3% mais idosos que os das instituições privadas. Os cuidadores revelaram dificuldades na prática diária, como problemas de relacionamento com os idosos, cansaço, excesso de trabalho e falta de tempo. A dependência do idoso também é tida como um fator preditor de sobrecarga para o cuidador,⁵⁴ o que é um dado importante a ser considerado, uma vez que em estudo realizado por Araújo e Ceolim,⁴⁷ apenas 37% dos idosos institucionalizados eram independentes para as atividades da vida diária.

Ainda relacionado ao cuidador, a falta de capacitação formal também é outra fragilidade desse segmento. A maioria adquiriu suas habilidades no auxílio aos idosos da própria instituição, o que pode aumentar a chance de ocorrerem iatrogenias.⁵⁵

Observa-se, então, que o excesso de trabalho e a falta de capacitação do cuidador podem vir a influenciar no atendimento aos idosos e conseqüentemente influenciar na qualidade de vida desses,⁵⁶ embora existam poucos estudos sobre cuidadores no âmbito institucional.^{53,57}

Outros autores têm visões diferentes acerca da institucionalização. Para Vitorino et al.,⁵⁸ o fato de o idoso ser institucionalizado não influencia na qualidade de vida desse, mas sim as características sociodemográficas e de saúde do público atendido pelas ILPIs. Em outro estudo, foi reforçada a importância do convívio social, para a melhor percepção de qualidade de vida, não tendo sido encontrado pior qualidade de vida entre idosos institucionalizados satisfeitos com suas redes sociais.⁵⁹

Neste sentido, é importante frisar que nas ILPIs, novas conexões e amizades são feitas, e estas são importantes e tidas como fatores de elevação da qualidade de vida no âmbito institucional.⁶⁰ O carinho e o respeito construídos entre os idosos institucionalizados, muitas vezes, os levam a considerar alguns companheiros da instituição como sua própria família.⁶¹ Na ausência de um parente, seja por abandono seja por morte, o amigo passa a exercer funções antes desempenhadas por familiares, além de favorecer e viabilizar a estadia dos idosos na ILPI, tornando-a mais prazerosa. O amigo asilar é, pois, considerado como um componente da rede social do idoso de extrema importância.⁶²

Além das amizades, as atividades religiosas⁶³ e físicas²⁹ podem vir a melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, fazendo com que a vida ofertada em ILPI possa ser tão satisfatória quanto à dos idosos que residem em âmbito familiar.⁵⁹

Portanto, a institucionalização é vista e sentida de forma contraditória, ora apreciada com rejeição, pois frequentemente é associada ao abandono, confinamento e exclusão social, ora configurada como uma possibilidade, quando o cuidado, por diversas razões, não pode ser executado no domicílio.⁵⁷ Percebe-se a necessidade de políticas públicas que venham dar suporte e normatizar esta modalidade de atendimento ao idoso, cada vez mais necessária nos dias atuais.⁵³

2.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NOS IDOSOS

A autopercepção de saúde envolve aspectos emocionais, cognitivos, relacionados à capacidade funcional, à presença de morbidades, além de ser influenciada por fatores como escolaridade, idade, sexo, renda e arranjo familiar.^{64,65}

Idosos que apresentam baixa qualidade de vida e que possuem uma percepção ruim de saúde apresentam maiores níveis de dependência funcional.⁶⁶ A dependência funcional está intimamente relacionada à autopercepção de saúde, uma vez que é um fator limitante na vida cotidiana do idoso e está associada a morbidades e deficiências. Pode-se afirmar que o risco de desenvolver incapacidades funcionais é maior naqueles idosos que têm avaliações mais pessimistas de sua saúde,⁶⁷ ao mesmo tempo que, ter pelo menos uma incapacidade para as atividades básicas da vida diária, reduz à metade a disposição do idoso de considerar sua saúde boa ou muito boa.⁶⁸

Um envelhecimento bem-sucedido depende de uma autopercepção de saúde favorável.²¹ A autopercepção negativa da saúde está relacionada ao provável diagnóstico de demência, o que acarretará perda da autonomia do idoso.⁶⁹

A avaliação da autopercepção de saúde tem se mostrado um método confiável e válido para a mensuração do estado de saúde dos idosos, além de fácil aplicação metodológica.⁷⁰ No Brasil, poucos estudos contemplam a questão da autoavaliação de saúde.^{64,68,70}

2.4 A AUTOESTIMA NO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento constitui fenômeno singular na vida do ser humano. Um dos aspectos negativos relacionados a ele diz respeito à decadência física - com consequente perda da força laboral - ao aparecimento de doenças e a “perda da beleza”, com o aparecimento de rugas e alterações morfológicas no corpo. A somatória destes processos resulta em uma percepção negativa de si mesmo, influenciando a autoestima do idoso.²²

A autoestima é o olhar-juízo que o indivíduo lança sobre si mesmo, vital para o equilíbrio psicológico. Quando positivo, permite ao indivíduo agir com eficácia, sentir-se bem dentro da própria pele e enfrentar as dificuldades da existência. Quando negativa, porém, dá origem a numerosos sofrimentos. A autoestima sustenta-se em três pilares interdependentes: o amor a si mesmo, a visão de si mesmo e a autoconfiança.⁷¹ A autoestima surge como atualização contínua da interação pessoa-grupo, implicando sempre em algum conhecimento, apreço e aceitação sobre si próprio.⁷²

As mudanças e perdas inerentes ao envelhecimento influenciam a autoestima dos idosos. Idosos com queixa subjetiva de comprometimento de memória apresentam pior avaliação de autoestima, quando comparados aos que não apresentam.⁷³ A quantidade de doenças crônicas⁴² e a presença de depressão⁷⁴ também influenciam negativamente a autoestima de idosos.

Estudos demonstram que algumas ações podem melhorar a autoestima em idosos. Atividades físicas, por exemplo, além de prevenir a dependência física, são um estímulo para o bem-estar do idoso, o que irá refletir em melhor autoestima.^{75, 76}

Para o idoso institucionalizado, a recuperação da autoestima é algo mais complexo, uma vez que o contato familiar conflituoso, atividades de lazer limitadas ou ausentes e restrito atendimento médico e de enfermagem comprometem o bem-estar dos residentes.^{16,17} Em estudo realizado em quatro instituições de longa permanência na cidade de João Pessoa, publicado em 2010, foi demonstrado que o ambiente físico inadequado da instituição e a falta de acesso a atividades de lazer influenciam negativamente a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.⁷⁷ O bem-estar subjetivo, por sua vez, está diretamente associado à autoestima nos adultos tardios.⁷⁸

2.5 DEPRESSÃO EM IDOSOS

Sintomas depressivos são muito prevalentes em fases tardias da vida.⁷⁹ A depressão é uma doença bastante comum entre idosos, nas mais diversas condições de vida, estejam eles internos em hospitais,⁸⁰ residentes em instituição de longa permanência^{19,20} ou em contexto familiar.⁸¹ Para o idoso institucionalizado, em particular, há um aumento da vulnerabilidade à depressão, devido ao isolamento e abandono social.¹⁶ Em estudo realizado em 2009, Siqueira et al.²⁰ demonstraram que 51% dos idosos residentes em instituição de longa permanência apresentavam sinais de depressão. Em outro estudo com idosos institucionalizados, realizado por Rosetto et al.¹⁹ em 2012, esta proporção chegou a 75%.

Na velhice, muitas condições patológicas ocorrem de forma simultânea, o que dificulta, muitas vezes, o diagnóstico e tratamento da depressão.⁸² Alguns fatores são preditores de depressão, como presença de limitações funcionais (comprometimento da mobilidade, visão e audição), comprometimento das funções

cognitivas e ser tabagista habitual.⁸³ Outros estudos associam ainda ao sexo – maior indicativo de depressão entre mulheres idosas - e ao avançar da idade, com maior proporção de idosos deprimidos com 80 anos ou mais.⁸⁴

Segundo Modrego e Ferrandez,⁸⁵ idosos acometidos de depressão poderão evoluir para um quadro demencial em um período de até três anos. A relação entre depressão e declínio cognitivo está bem estabelecida na literatura científica.⁸⁶ Outra associação observada foi a relação causa/efeito entre depressão e falência cardíaca, demonstrando que a depressão está associada à piora do estado geral de saúde.⁸⁷ A depressão compromete intensamente a qualidade de vida do idoso, especialmente naqueles que têm doenças crônicas ou incapacitantes.⁸⁸

A depressão é um dos desarranjos psiquiátricos mais comuns entre idosos e está associada à diminuição da capacidade funcional⁸⁹ e, conseqüentemente, ao aumento da mortalidade,⁹⁰ especialmente quando está associada a sentimentos de solidão.⁹¹

Portanto, idosos depressivos tendem a apresentar maior comprometimento funcional e social. Segundo previsões da Organização Mundial de Saúde, em 2020, o transtorno depressivo maior possivelmente será a segunda maior causa de incapacidade no mundo.⁹²

2.6 QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Com o crescente envelhecimento populacional, evidencia-se a necessidade de garantir aos idosos não apenas longevidade, mas também boa qualidade de vida.⁹³ A Qualidade de Vida (QV) é um conceito complexo, que admite uma diversidade de significados, com variadas abordagens teóricas e inúmeros métodos para medi-los.⁹⁴

Para a Organização Mundial de Saúde,⁹⁵ a QV é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, segundo o contexto cultural e de sistemas de valores de onde se vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Minayo,⁹⁶ a QV é uma noção eminentemente humana, que tem se assemelhado no significado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. A relatividade da noção,

que em última instância remete ao plano individual, tem pelo menos três fóruns de referência: histórico, cultural e de estratificação social.

Na velhice, a qualidade de vida é um processo adaptativo multidimensional. Ela está relacionada a questões biológicas e funcionais, mas também ao contato social, bem-estar emocional, adequação às circunstâncias materiais e ao ambiente em que se vive.⁹⁷

Browne et al.⁹⁸ chamam atenção para a dinâmica deste construto. Os significados de qualidade de vida sofrem modificações ao longo da vida. Indivíduos mais jovens poderão dar maior ênfase a determinados aspectos da vida enquanto os mais velhos valorizarão outros.

Em estudo realizado, em 2003, no interior de São Paulo, foram estudados os significados de qualidade de vida entre idosos. Foram identificados três perfis, classificados segundo a definição de qualidade de vida dada pelos idosos. O primeiro mencionou situações referentes a relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional e boa saúde; o segundo grupo mencionou hábitos saudáveis, lazer e bens materiais; e o terceiro grupo mencionou espiritualidade, trabalho, retidão e caridade, conhecimento e ambientes favoráveis.⁹⁹ Assim, percebe-se que o conceito de qualidade de vida abrange dimensões distintas, cujos limites não são claros e vão além de uma visão biológica e funcional.¹⁰⁰

O termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação geral, no entanto, parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde.¹⁰¹ Segundo Minayo,⁹⁶ a QVRS relaciona-se à capacidade do indivíduo de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

Não há um consenso sobre o conceito, mas Patrick et al.¹⁰² definiram adequadamente a QVRS como “a capacidade de um indivíduo de desempenhar as atividades da vida diária, considerando sua idade e papel social”. O desvio desta normalidade resultaria em menor qualidade de vida.

A qualidade de vida precisa ser mensurada, por ser um importante indicador de satisfação pessoal e de saúde das populações, objetivando diagnosticar e propor ações para promover um envelhecimento saudável.¹⁰⁰

Fatores como idade avançada, sexo, baixo nível de escolaridade, não ter companheiro⁸¹ e perda de autonomia¹⁰³ estão relacionados a baixos níveis de QV.

Por sua vez, melhor percepção de saúde, atividades regulares de lazer⁵⁸ e prática regular de atividades físicas¹⁰⁴ associaram-se positivamente à melhor QV entre idosos.

Diversos estudos utilizando a população idosa e avaliação de aspectos que influenciam na qualidade de vida dessa população foram publicados nos últimos anos.¹⁰⁵ Muitos resultados acerca da QV de idosos no Brasil corroboram achados de estudos internacionais e têm sido válidos para a compreensão deste processo tão peculiar, que é o envelhecimento. Entre esses, a descoberta de uma estreita relação inversa entre qualidade de vida e intensidade de sintomas depressivos,¹⁰⁶ o que por sua vez afetará o nível de independência do idoso.¹⁰⁷

A qualidade de vida de idosos no âmbito institucional tem sido tema recorrente de diversos estudos. Alguns trabalhos demonstram boa qualidade de vida entre idosos institucionalizados,⁶³ mas outros associam a institucionalização ao isolamento social e pior qualidade de vida.⁵²

Um ambiente estimulador¹⁰⁸ e o sentido de vida¹⁰⁹ atuam como recurso protetor da qualidade de vida, assim como a manutenção do estado cognitivo.¹¹⁰ Portanto, na velhice, a percepção de qualidade de vida não está relacionada apenas à ausência de doenças e incapacidades, mas também aos recursos disponíveis no ambiente, ao menor prejuízo das funções cognitivas e ao bom estado psicológico do idoso.¹⁰⁸

O novo perfil da população brasileira exige profissionais especializados na área gerontológica e geriátrica que atuem na implementação de ações que atendam às necessidades dos idosos, melhorando assim o nível de qualidade de vida deles.¹¹¹

2.7 A CONEXÃO ENTRE HOMENS E ANIMAIS

A Associação Veterinária Médica Americana define a conexão entre homens e animais (em inglês, *animal bond*) como “uma mútua e dinâmica relação entre pessoas e outros animais que é influenciada por comportamentos que são essenciais para a saúde e bem-estar de ambos. Isso inclui, mas não se limita, as interações emocionais, psicológicas e físicas entre pessoas, outros animais e o ambiente”.¹¹²

Nas últimas décadas, vários pesquisadores têm procurado compreender os fundamentos da conexão dos seres humanos com os animais e as razões pelas quais esta relação pode ser verdadeiramente benéfica.^{113,114}

Fine e Beck¹¹⁵ escreveram um importante capítulo sobre as principais teorias que explicariam esta conexão. Uma das principais teorias citadas por eles foi a “Teoria do Apego” (*Attachment*), elaborada por Bowlby¹¹⁶ em 1969, onde é evidenciada a necessidade biológica do ser humano de cuidar e ser cuidado. Isto explicaria porque jovens e velhos se dedicam voluntariamente ao cuidado de um ser dependente.

Barba¹¹⁷ em 1995 sugeriu que os humanos se apegam aos animais porque os papéis desempenhados por aqueles, quando nas relações com seus animais, são paralelos aos papéis nas relações humanas, especialmente a relação paternal. Assim como as crianças, os animais também precisam ser cuidados e protegidos.

Para Triebenbacher,¹¹⁸ os animais podem desempenhar vários papéis na vida dos seres humanos, incluindo o de amigo mais íntimo ou um membro da família, e por isso eles são especialmente importantes nas transições da vida, como morte, separação ou velhice.

Bryant¹¹⁹ aponta que a maioria dos seres humanos procura suporte social para atravessar situações difíceis. O suporte social é a base para a saúde mental, e, neste sentido, os animais de estimação proveriam adequadamente este suporte.

Beck e Katcher¹²⁰ sinalizaram que, ao compartilhar a vida com animais de estimação, usualmente as pessoas sentem-se mais seguras, incluindo sentimentos de constância e equilíbrio no cotidiano da vida, uma vez que animais não têm mudanças de humor.

MacNicholas¹¹⁴ pontuou que algumas pessoas tornam-se mais próximas de animais porque esses estão sempre disponíveis para suprir suas carências afetivas. Diferente dos seres humanos, os animais são indiferentes a bens materiais, *status*, bem-estar e habilidades sociais.

Observa-se que a maioria das teorias estão embasadas direta ou indiretamente no suporte social que os homens obtêm nesta relação. Estudo publicado em 2011 demonstrou que a simples lembrança do animal de estimação pode ser eficaz para aliviar sentimentos negativos resultantes de uma situação de exclusão social, criada experimentalmente. O desempenho dos animais nesta tarefa foi semelhante e indistinguível do suporte dado pelo amigo mais próximo.¹²¹

A comunidade científica passou a dar mais atenção a esta conexão e seus benefícios, após estudo conduzido em 1980 por Friedman et al.¹²² nos Estados Unidos. Nesse estudo foi demonstrado que proprietários de animais realizavam menos consultas médicas no período de um ano do que aqueles que não possuíam animais. Muitos outros trabalhos se seguiram a esse. Em largo estudo de base populacional envolvendo 1.246 indivíduos residentes na Austrália e 9.723 indivíduos residentes na Alemanha, foi demonstrado que os proprietários de animais realizavam 15% menos consultas médicas, implicando em economia de recursos destinados à saúde pública.¹²³ Em outro, Qureshi et al.¹²⁴ demonstraram menor risco de infarto do miocárdio e de todas as doenças cardiovasculares, incluindo derrame, entre indivíduos que possuíam animais (gatos).

Ter animal de estimação é um bom preditor do bem-estar na população em geral, não sendo observado este benefício apenas entre indivíduos que apresentam alguma condição ou estressor específico,¹²¹ embora muitos estudos tenham demonstrado benefícios também em populações com características diferenciadas, como idosos diabéticos e hipertensos,¹²⁵ crianças portadoras de diversas doenças crônicas¹²⁶ e pacientes portadores de Parkinson.¹²⁷

No âmbito psicológico, ter um animal de estimação pode diminuir efetivamente sentimentos de solidão, especialmente em pessoas que vivem sozinhas¹²⁸ ou que se sentem excluídas socialmente, como portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.¹²⁹

Em outro estudo, foi evidenciado que crianças em fase de desenvolvimento cognitivo que conviviam com animais, demonstraram ser menos estressadas e com melhor autoestima.¹³⁰ Acerca deste tema, Edenburg e Lith¹³¹ escreveram importante trabalho sobre a importância dos animais na vida das crianças e como eles favorecem o crescimento emocional e cognitivo delas. Uma vez que as crianças vivenciam o estresse causado pelas mudanças no desenvolvimento, os animais de companhia servem como um objeto transicional e fonte de afeição incondicional, sem julgamentos.

Animais de estimação são facilitadores sociais. Animais promovem a socialização e estimulam a comunicação humana, encorajando estranhos a saírem de casa e conversarem, e assim construir novas amizades.¹³² Outro ponto positivo é que há mudança no foco da conversação: fala-se sobre o animal e outros assuntos neutros, e menos sobre as insatisfações da vida.¹³³ Além disso, animais, em

especial cães, são motivacionais quando se trata de prática de atividades físicas.¹³⁴ Em estudo realizado no Canadá com 428 indivíduos, constatou-se que aqueles que possuíam cães fizeram mais caminhadas recreativas pela vizinhança no inverno e no verão, contribuindo assim para que esses indivíduos se mantivessem ativos, mesmo nas estações mais frias do ano.¹³⁵

Por fim, um fato importante a ser pontuado é o processo de senilidade dos animais. Sendo o mascote, muitas vezes, considerado como membro da família,^{128,136} o declínio das funções vitais e a morte de um animal de estimação podem trazer sofrimento semelhante à morte de um ente querido.¹³⁷ Este tipo de luto não é socialmente reconhecido, pois acredita-se que o sofrimento sentido pela morte de um animal não seja tão intenso quanto a perda de uma pessoa querida, o que poderá dificultar o acesso ao suporte emocional que o idoso precisaria nesse momento.¹³⁸

Passados os estágios do luto, percebe-se que as alegrias trazidas por esses seres em vida provavelmente superam a dor da perda, uma vez que as pessoas continuam incluindo a figura do animal de estimação em suas vidas.¹³⁶

2.8 INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS

Intervenções Assistidas por Animais (IAA) incluem a Terapia Assistida por Animais (TAA) e as Atividades Assistidas por Animais (AAA). Existe certa miscelânea no meio científico quanto à terminologia desta prática. Trabalhos utilizando metodologias semelhantes podem ser encontrados utilizando o termo terapia¹³⁹ ou atividade.¹⁴⁰

Segundo La Jolie,¹⁴¹ existem pelo menos vinte termos que podem ser usados para descrever a IAA, entre eles, psicoterapia com animais, terapia facilitada por animais, psicoterapia facilitada por animais, terapia a quatro patas, aconselhamento facilitado por animais, coterapia com animais, entre outras. A *Delta Society*,¹⁴² entidade de referência em IAA, localizada nos Estados Unidos, tem procurado, através de seus protocolos, uniformizar esta terminologia. A *Delta Society*¹⁴² distingue a TAA da AAA.

A TAA é definida como uma intervenção feita com animais com critérios específicos, sendo parte de um processo de tratamento. Esta intervenção deve ser

realizada sob a supervisão de um profissional da área de saúde, que trabalhará dentro de seu enfoque profissional e que terá objetivos específicos para cada indivíduo. As respostas à intervenção são devidamente mensuradas e analisadas.¹⁴²

As atividades assistidas por animais (AAA) são atividades realizadas com animais que oferecem oportunidades motivacionais, educacionais, recreativas e/ ou terapêuticas, a fim de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Podem ser realizadas por profissionais ou voluntários treinados. Não têm objetivos específicos, não há necessidade de registro de anotações detalhadas e as visitas são realizadas de forma espontânea.¹⁴²

A utilização de animais para o restabelecimento do bem-estar humano não é recente. Segundo Serpell,¹⁴³ há evidências da associação entre animais e a saúde humana desde os tempos primitivos. Os animais eram evocados em práticas religiosas, pois acreditavam-se em seus poderes curativos, podendo até serem venerados como deuses, como ocorreu com os felinos no Egito antigo. No período clássico, a literatura greco-romana está repleta de animais. Asclépio, filho de Apolo, que é conhecido como deus da medicina e médico divino, utilizava cães e serpentes em uma espécie de terapia assistida por animais.

Na Idade Média, com a ascensão do Cristianismo, surgem várias figuras religiosas associadas a animais, entre eles, São Francisco de Assis. Na sua biografia, escrita por Tomás de Celano,¹⁴⁴ há várias histórias da relação que este religioso tinha com os animais, vindo inclusive a chamá-los de irmãos. Francisco se retirava para locais afastados onde pudesse ter contato com a natureza – as plantas e os animais, e assim, através deste contato, adquirir sentimentos de tranquilidade e paz. Este efeito tranquilizador no contato humano com espécies diferentes posteriormente foi postulado na Teoria da Biofilia, por Wilson¹⁴⁵ em 1984.

Posteriormente, John Locke, um dos principais pensadores do Iluminismo, evidenciou em seus trabalhos a capacidade inata dos animais em induzir em crianças sentimentos de ternura e de responsabilidade para com outros. Durante os séculos XVIII e XIX, alguns trabalhos sugeriam que se usassem animais para melhorar o bem-estar dos internos em instituições psiquiátricas.¹⁴³

Mas, foi após os trabalhos de Bossad¹⁴⁶ e Levinson¹⁴⁷ que a utilização da IAA foi validada pela comunidade científica. Em especial, o trabalho do psicólogo norte-americano Boris Levinson¹⁴⁷ chamou atenção de vários pesquisadores para o assunto, após a publicação na revista científica *Mental Hygiene* dos resultados

positivos da utilização de seu cachorro *Jingles* na socialização de um adolescente com problemas de interação social. Da década de 60 até os dias atuais, muitas pesquisas têm sido publicadas, aplicando-se a IAA aos mais variados grupos de indivíduos, com problemas distintos.³²

No Brasil, a psiquiatra junguiana Nilse da Silveira foi a precursora da utilização de animais para fins terapêuticos em pacientes com esquizofrenia. Ela desenvolveu o conceito de afeto catalisado, no qual preconizava que o animal reunia qualidades suficientes para torná-lo ponto de referência estável com o mundo externo, auxiliando os portadores de doenças mentais a retomar o contato com a realidade.¹⁴⁸

A introdução dos animais na vida dos internos da Instituição Psiquiátrica Pedro II, onde Silveira exercia a psiquiatria em meados dos anos 50, começou quando foi encontrada uma cadelinha abandonada no hospital. Silveira tomou-a nas mãos e, percebendo que um dos internos a observava, perguntou-lhe se gostaria de tomar conta do animal. Diante da resposta afirmativa, a psiquiatra deu o nome à cachorrinha de Caralâmpia (personagem inspirado na própria psiquiatra em obra de Graciliano Ramos). A responsabilidade em cuidar desse animal trouxe resultados terapêuticos excelentes para o paciente. Silveira¹⁴⁹ relata em seu livro: “Gatos, a Arte de Cuidar”, a dificuldade da aceitação deste tipo de terapia no Brasil:

Observei que os resultados terapêuticos das relações afetivas entre o animal e o doente eram excelentes. Mas era difícil que essa ideia tivesse campo para desenvolver-se. No Brasil a aproximação entre doente e animal, infelizmente, ainda não era cultivada. A preocupação dos terapeutas, ao contrário, afastava o animal do doente, sob alegações inconscientes. Compensadoramente, amigos distantes foram solidários: o Pr. Boris Levinson, psicanalista americano, comentou por carta esses fatos ocorridos no Brasil, como a expulsão, envenenamento ou morte contra os animais. Eis um trecho da carta: 'Sem dúvida, para muitos desses doentes, os animais eram a sua única linha de vida para a saúde mental'.

Além da teoria do afeto catalisado,¹⁴⁸ existem outras teorias que procuram explicações fisiológicas para o mecanismo de ação terapêutica da IAA, muitas destas focadas no efeito ansiolítico e tranquilizador da interação de humanos com espécies diferentes.¹⁵⁰

Os possíveis mecanismos que levariam a esta condição de relaxamento foram estudados por alguns pesquisadores. Lynch et al.¹⁵¹ associaram os efeitos

da interação tátil entre homens e animais com a atividade cardiovascular, resultando em diminuição do ritmo e de arritmias, ao se acariciar animais de estimação. O efeito compensador na pressão arterial advindo do suporte social foi postulado por Allen,¹⁵² demonstrando que a presença dos animais pode vir a diminuir a pressão arterial, mesmo após atividades estressantes. Por último, a clássica condição de relaxamento fisiológico, onde os indivíduos associam tão fortemente o animal a uma atmosfera de tranquilidade e lazer que a simples presença dele poderia promover o relaxamento.¹⁵³

Krueger e Serpell,¹⁵⁴ em revisão acerca do assunto, afirmam que os animais possuem qualidades inatas que podem facilitar a utilização em terapias. A simples presença do animal, o comportamento espontâneo e a disponibilidade para interações podem providenciar oportunidades e benefícios terapêuticos, sem os quais seria impossível ou muito difícil de serem obtidos na ausência deles.

No entanto, alguns autores discordam do benefício terapêutico da conexão entre animais e homens. Rijken et al.,¹⁵⁵ ao estudar idosos portadores de doenças crônicas e grande comprometimento físico, não encontraram a relação entre animais de estimação e melhor estado de saúde, apenas encontrando correlação com a prática de atividade física. Para os autores, as características sociodemográficas da população e a severidade do comprometimento físico tiveram maior influência no estado geral de saúde, na saúde mental e percepção de solidão dos idosos estudados.

As intervenções com animais geralmente são aplicadas em três categorias: problemas de saúde médicos, dificuldades mentais ou problemas de comportamento. Ela pode ser utilizada em terapias envolvendo atividades físicas, a fim de melhorar a força muscular e coordenação motora,¹⁵⁶ ou pode ser utilizada em terapias onde se procuram melhoras no âmbito psicológico.^{157,158} A IAA também tem sido utilizada na diminuição da percepção de dor aguda¹⁵⁹ ou crônica.¹⁶⁰

A IAA geralmente é utilizada como adjuvante na terapêutica, juntamente com outras intervenções, tornando-as mais eficazes.^{152,161}

Variações na IAA dizem respeito ao tipo de animal utilizado, a que grupo de indivíduos ela é aplicada, ao local da intervenção, a presença ou não de um grupo controle e a duração e o número de sessões da intervenção.

O animal mais utilizado é o cachorro,³² mas podem ser utilizados outros animais, como pássaros,³⁷ gatos,¹⁶² cavalos,¹⁶³ golfinhos,¹⁶⁴ animais de fazenda,³⁴ ou até mesmo animais de pelúcia¹⁶⁵ ou robô.^{166,167}

Os animais são utilizados na terapia com crianças em idade pré-escolar³⁸ e escolar¹⁶⁸, em adultos³⁵ e idosos¹⁶⁹. As crianças respondem melhor a esta terapia do que os outros grupos¹⁷⁰, embora Colombo et al.³⁷ relatem que poucos estudos têm sido conduzidos com idosos, e um número ainda menor pôde ser replicado.

Escolas¹⁷¹, hospitais³⁶ – incluindo Unidades de Terapia Intensiva –,¹⁷² instituições de longa permanência¹⁷³ ou grupos de apoio³⁵ podem servir de locação para a aplicação da IAA.

O número e a frequência de sessões com os animais são variáveis, mas foi demonstrado que, entre um grupo que fazia uma sessão de IAA por semana, a fim de diminuir sentimentos de solidão, e outro, que fazia três sessões por semana, não houve diferença significativa entre eles, demonstrando a efetividade da IAA em apenas uma sessão por semana.¹³⁹ Outro estudo demonstrou que foi possível verificar os efeitos positivos desta intervenção com sessões de apenas dez minutos¹⁷⁴ ou até de cinco minutos com um cão terapeuta.¹⁶⁹

A IAA mostrou-se capaz de proporcionar ganhos fisiológicos significativos, como alterações positivas na pressão arterial.^{36,161,162} Coakley e Mahoney¹⁷⁵ demonstraram que a IAA diminuiu a dor em pacientes hospitalizados e Charnetski et al.¹⁶⁵ encontraram alterações imunológicas em pacientes após sessão de IAA, demonstrando que ela pode melhorar o sistema natural de defesa contra infecções.

No âmbito psicológico, a IAA mostrou-se eficaz na socialização de pacientes autistas,¹⁶³ na melhora de sintomas negativos em pacientes com desordens psiquiátricas,³⁴ na diminuição do estresse,¹⁷⁶ no controle da ansiedade em pacientes cardíacos³⁶ e na recuperação de pacientes em tratamento de dependência química.³⁵

O idoso, em particular, pode ser beneficiado pela IAA.^{37,139,161} Além das patologias associadas ao envelhecimento, os idosos geralmente apresentam desarranjos psicológicos devido à aposentadoria e conseqüente perda da posição social, luto pela morte do companheiro, hospitalizações e mudança de

lar, muitas vezes vindo a residir em instituições de longa permanência¹⁶. Estes desarranjos psiquiátricos causam impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida.^{85,86}

Em idosos institucionalizados, foi demonstrado em outros países que a IAA diminuiu sintomas de depressão,^{37,161,177} melhorou a percepção de qualidade de vida³⁷ e diminuiu sentimentos de solidão.^{139,178} A institucionalização é uma realidade para cerca de 83.000 idosos no Brasil¹⁷⁹ e este número vem crescendo nas últimas décadas, devido às alterações nas estrutura familiar¹⁸⁰. Percebe-se, portanto, a importância desta temática para as políticas públicas de saúde de atenção ao idoso.¹⁸¹

3 HIPÓTESES

3.1 PRIMEIRA HIPÓTESE

A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora da autopercepção de saúde de idosos institucionalizados.

H0= A intervenção assistida por animais não é eficaz na melhora da autopercepção de saúde de idosos institucionalizados.

H1= A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora da autopercepção de saúde de idosos institucionalizados.

3.2 SEGUNDA HIPÓTESE

A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora da autoestima em idosos institucionalizados.

H0= A intervenção assistida por animais não é eficaz na melhora da autoestima em idosos institucionalizados.

H1= A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora da autoestima em idosos institucionalizados.

3.3 TERCEIRA HIPÓTESE

A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora de sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

H0= A intervenção assistida por animais não é eficaz na melhora de sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

H1= A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora de sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

3.4 QUARTA HIPÓTESE

A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em idosos institucionalizados.

H0= A intervenção assistida por animais não é eficaz na melhora da QVRS em idosos institucionalizados.

H1= A intervenção assistida por animais é eficaz na melhora da QVRS em idosos institucionalizados.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em idosos institucionalizados:

- descrever a história de vida em relação a convívio com animais;
- descrever a autopercepção de saúde;
- descrever a autoestima;
- descrever a frequência de sintomas depressivos;
- descrever a qualidade de vida relacionada à saúde;
- analisar a eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde;
- analisar a eficácia da intervenção assistida por animais na autoestima;
- analisar a eficácia da intervenção assistida por animais nos sintomas depressivos;
- analisar a eficácia da intervenção assistida por animais na qualidade de vida relacionada à saúde;
- analisar a correlação da variação pós-pré intervenção entre as escalas utilizadas no estudo (Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Autoestima de Rosenberg, Questionário SF-6D e Autopercepção de saúde).

5 MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um ensaio clínico envolvendo intervenção assistida por animais.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por idosos que residem na Vila Vicentina Júlia Freire, uma instituição de longa permanência para idosos no Bairro da Torre, município de João Pessoa.

A Vila Vicentina Júlia Freire é uma instituição filantrópica que faz parte da Sociedade Católica da São Vicente de Paula, criada em 1943, e fica situada na Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 327, no bairro da Torre na cidade de João Pessoa. A instituição é a segunda maior da Paraíba e abriga atualmente 63 idosos. A instituição conta com a parceria de órgãos governamentais, não governamentais e sociedade civil. Segundo a direção da instituição filantrópica, os idosos atendidos pela instituição são oriundos da classe C, e uma pequena minoria possui aposentadoria no valor de um salário mínimo.

5.2.1 Cálculo do Tamanho Amostral

Quando uma pesquisa propõe uma intervenção, é importante considerar o quanto esta nova abordagem é melhor do que aquelas comumente usadas. Esta melhoria é medida em uma escala denominada tamanho do efeito. O uso do tamanho do efeito agrega informações ao conceito de significância estatística.

O cálculo do tamanho do efeito é um importante complemento ao teste de significância da hipótese nula, uma vez que é permitida a medição de uma potencial significância real de um efeito de uma intervenção, através da descrição do tamanho dos efeitos observados, que é independente de um possível efeito enganoso em função do tamanho amostral. O tamanho do efeito também pode ser útil na

comparação de efeitos em um único estudo, entre variáveis que foram medidas em escalas diferentes ou em metanálises.

O cálculo do tamanho amostral, portanto, foi feito utilizando-se o programa estatístico G*Power versão 3.1.7, baseado no tamanho do efeito, chegando-se ao valor mínimo de 40 indivíduos, sendo 20 idosos no grupo controle e 20 idosos no grupo intervenção (Quadro1).

Quadro 1 – Cálculo do Tamanho Amostral através do Programa G*Power 3.1.7

F Tests – ANOVA: Repeated measures, between factors

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:

Effect size f	= 0.40
α err prob	= 0.05
Power (1- β err prob)	= 0.8
Number of groups	= 2
Repetitions	= 2
Corr among rep measures	= 0.5

Output

Noncentrality parameter λ	= 8.533333
Critical F	= 4.098172
Numerator df	= 1.000000
Denominator df	= 38.000000
Total sample size	= 40
Actual power	= 0.812374

5.2.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo idosos que residiam há pelo menos 06 meses no Lar Vicentina Júlia Freire ou que tenham sido transferidos de outra instituição de longa permanência onde residiam há pelo menos 6 meses.

5.2.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os idosos:

- a) que apresentaram declínio cognitivo moderado a grave, definido a partir do desempenho no mini exame do estado mental;
- b) que apresentaram fobia a animais;

Após a seleção dos idosos aptos para o estudo, segundo os critérios de inclusão e exclusão, foi realizado um sorteio com seus nomes a fim de compor aleatoriamente dois grupos: (1) grupo intervenção, para os quais foi oferecida intervenção assistida por animais; (2) grupo controle, que seguiram recebendo os cuidados habituais da rotina da ILPI.

5.3 VARIÁVEIS EM ESTUDO

As seguintes variáveis foram investigadas:

- faixa etária
- sexo
- escolaridade
- estado civil
- prática de atividades físicas
- tempo de residência na instituição de longa permanência
- morbidades
- histórico de convívio com animais
- autopercepção de saúde
- autoestima

- sintomas depressivos
- qualidade de vida relacionada à saúde
- autopercepção da experiência com IAA

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para avaliação cognitiva: foi ministrado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), na versão apresentada por Bertolucci et al.¹⁸¹ (ANEXO A), que avaliou o estado cognitivo do respondente. O MEEM foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. É um teste que examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para avaliação cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência.¹⁸² Ele fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar aspectos cognitivos específicos como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. O ponto de corte utilizado foi 18/19 para não alfabetizado e 24/25 para alfabetizado.¹⁸³

Para avaliação de sintomas depressivos: foi aplicada a versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica reduzida (EDG-15) (ANEXO B), utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos.¹⁸⁴ Trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não), cujo objetivo é verificar a presença de sintomas depressivos. A Escala de Depressão Geriátrica não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. Utilizaremos neste estudo a versão com 15 itens. As respostas pontuam de acordo com um gabarito. O ponto de corte para presença de sintomas depressivos foi aquele sugerido por Paradela et al.¹⁸⁵ Uma pontuação entre 0 e 5 considera-se normal, 6 a 10 sugere depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

Para avaliação da autoestima: foi aplicado o questionário proposto por Rosenberg¹⁸⁶ em 1965/1979, na versão traduzida e validada para o português por Dini, Quaresma e Ferreira,¹⁸⁷ em 2004 (ANEXO C). Este questionário é constituído por 10 afirmações que avaliam a autoestima global do indivíduo. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert, de quatro pontos, variando de concordo plenamente a discordo plenamente. Cada alternativa tem um valor entre 0 a 3. Quanto menor o escore, melhor autoestima, podendo variar de 0 a 30. Não há ponto de corte, podendo-se utilizá-la para comparar grupos e/ ou avaliar a melhora ou piora da autoestima. Este instrumento tem sido exaustivamente traduzido e utilizado por vários pesquisadores em diversos países.¹⁸⁸ Embora tenha sido idealizado inicialmente para adolescentes, ele já foi utilizado satisfatoriamente com indivíduos de todas as faixas etárias, de crianças, adolescentes e adultos¹⁸⁹ a idosos.¹⁹⁰

Para a avaliação da autopercepção de saúde: foi utilizada a questão proposta por Veras¹⁹¹ (ANEXO D): “Em geral, o Sr.(a) diria que a sua saúde é: (a) excelente (b) muito boa (c) boa (d) média (e) ruim”?

Para coleta de dados da qualidade de vida associada à saúde (QVRS): O instrumento SF-6D versão 2¹⁹² (ANEXO E) avalia a QVRS por meio de aspectos da saúde física e mental, englobando as dimensões capacidade funcional, limitação global, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade. Cada uma das dimensões tem entre 4 a 6 níveis, permitindo gerar 18.000 estados de saúde diferentes. A cada nível das dimensões é atribuído um peso, gerando valores para todos os estados de saúde definidos pelo SF-6D. O índice SF-6D pode ser compreendido como um valor contínuo em uma escala de 0 a 1. Ele representa a força de preferência de um indivíduo por um determinado estado de saúde, onde 0 é o pior estado de saúde e 1 significa o melhor estado de saúde. Enquanto medida genérica de qualidade de vida, o questionário SF-6D possibilita aplicações diversas: rastreio e monitoramento de problemas psicossociais no cuidado individual, estudos populacionais sobre percepção de estados de saúde, auditoria médica, medidas de resultados em serviços de saúde, ensaios clínicos e análises econômicas. O questionário SF-6D (versão 2) foi validado e traduzido para o português por Campolina et al.¹⁹² A sintaxe para obtenção dos escores do instrumento SF-6D¹⁹³ foi fornecida pela equipe SF-6D Brasil do Instituto de Avaliação em Tecnologia em Saúde (IATS - INCT/CNPq).

Para coleta de dados sociodemográficos: foram coletadas informações relativas à idade, sexo, escolaridade, estado civil, entre outros (APÊNDICE A).

Para coleta de dados do histórico de convívio com animais e autopercepção da experiência com IAA: foram utilizados dois questionários produzidos pelas pesquisadoras. No primeiro (APÊNDICE B), foi avaliada a história de vida pregressa do idoso com animais. No segundo (APÊNDICE C), que foi aplicado apenas para o grupo intervenção ao final das sessões, foi avaliada a percepção do idoso quanto à experiência com IAA.

5.5 ROTINA DE COLETA

Os dados foram coletados nos meses de janeiro de 2014 a abril de 2014. Inicialmente a doutoranda aplicou o Mini Exame do Estado Mental,¹⁸¹ a fim de fazer a seleção dos possíveis sujeitos da pesquisa. Este teste visou uniformizar a amostra quanto a possíveis quadros demenciais.

Após a aplicação do MEEM¹⁸¹ e observação do ponto de corte sugerido por Lourenço e Veras¹⁸³, foi pedido ao idoso para ouvir atentamente a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assiná-lo, caso aceitasse participar da pesquisa.

Após esta seleção inicial, foi aplicado um questionário onde procurou-se coletar dados demográficos dos residentes e sua história passada com animais - se possuíam ou não animais antes da institucionalização, em que período de suas vidas, grau de proximidade com estes animais e se eles desejariam ter um animal na instituição que residem.

Em seguida, foi aplicada a EDG-15,¹⁸⁴ o questionário de autoestima de Rosenberg,¹⁸⁶ a questão de autopercepção de saúde¹⁹¹ e a escala SF-6D versão 2.¹⁹²

Após a aplicação destes instrumentos, os idosos selecionados foram distribuídos aleatoriamente, por sorteio, em dois grupos, o grupo controle e o grupo intervenção.

Após o final do experimento todos os idosos participantes da pesquisa foram novamente reavaliados pelos instrumentos anteriormente aplicados. O grupo intervenção foi questionado também acerca da experiência com IAA.

5.6 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Antes da intervenção, foram realizadas 03 visitas dos animais à Instituição, a fim de facilitar a interação entre os animais e os idosos que fariam a IAA. Os idosos randomizados para o grupo intervenção participaram de sessões de IAA com um cão ou gato terapeuta, duas vezes por semana, com duração de 30 minutos, durante 12 semanas, totalizando 24 sessões. Os animais eram levados até onde o idoso estava, onde o cão ou gato terapeuta permanecia com ele por 30 minutos. Não havia interação do cuidador do cão ou gato com os idosos, ele apenas permanecia nas proximidades, observando. Os idosos tinham permissão para interagir com o animal de sua preferência, da maneira como quisesse, acariciando, conversando, caminhando com ele ou apenas ficando ao seu lado, na companhia do animal.

Um diário de campo foi adotado, a fim de anotar observações importantes acerca de cada dia da intervenção. As perguntas e comentários feitos pelos idosos, assim como as observações e informações fornecidas pela equipe de trabalho da instituição de longa permanência eram registradas neste diário.

O estudo contou com 04 cães e 05 gatos da Associação de Proteção Animal Amigo Bicho, com atestado médico veterinário de boas condições de saúde (ANEXO I). Os animais foram cedidos, sem ônus para a pesquisadora, pela Associação de Proteção Animal Amigo Bicho (ANEXO J). Os mesmos foram adestrados para desenvolver a obediência avançada e suportarem estímulos agressivos. Utilizando-se animais treinados e com a saúde atestada por médico veterinário, visou-se diminuir os riscos de mordeduras e transmissão de zoonoses, seguindo assim as orientações da Delta Society,¹⁴² entidade norte americana especializada em IAA.

As etapas de intervenção do estudo encontram-se descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Etapas de intervenção do estudo

Grupos	Antes da intervenção	Intervenção durante 12 semanas	Após 12 semanas
Intervenção	<ul style="list-style-type: none"> - Triagem dos pacientes - Randomização - Assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido - Aplicação dos instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de sessões de IAA durante 12 semanas 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos instrumentos anteriormente aplicados - Aplicação do questionário referente à experiência com IAA
Controle	<ul style="list-style-type: none"> - Triagem dos pacientes - Randomização - Assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido - Aplicação dos instrumentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimento com os cuidados e as rotinas habituais da ILPI 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação dos instrumentos anteriormente aplicados

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi digitado em planilha eletrônica Microsoft Excel e analisado pelo Software estatístico SPSS – versão 17.0 for Windows. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e analítica.

5.7.1 Fase Descritiva

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

5.7.2 Fase Analítica

Os dados foram analisados quanto a normalidade através do teste de Shapiro-Wilks.

Para comparar médias entre os grupos, o teste t-Student foi aplicado. Em caso de assimetria, o teste de Mann-Whitney foi utilizado. Para a comparação de proporções, o teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados. Em caso de significância estatística, o teste dos resíduos ajustados foi utilizado.

Nas comparações intragrupos foram aplicados os testes t-Student pareado (variáveis contínuas com distribuição simétrica), teste de Wilcoxon (variáveis contínuas com distribuição assimétrica ou categóricas ordinais) ou teste de McNemar (categóricas nominais).

As associações entre as escalas foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman.

Para ajustar o efeito da idade, a Análise de Covariância (ANCOVA) e a análise de Regressão de Poisson foram aplicadas para as variáveis quantitativas/ordinais e qualitativas nominais, respectivamente.

O nível de significância adotado foi de 5% ($P < 0,05$).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa atendeu as diretrizes do CONSORT 2010¹⁹⁵ e da Resolução 466/2012¹⁹⁶ do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

Os participantes receberam todas as explicações necessárias sobre o projeto de pesquisa e tiveram a total liberdade para participar ou não da mesma. Para assegurar esta liberdade, não foram incluídos na pesquisa os idosos que apresentaram declínio cognitivo, sugestivo de demência. Também foi assegurado o direito de desistência na participação do estudo, em qualquer etapa do seu desenvolvimento, sem que isto acarretasse nenhum prejuízo ou constrangimento. A identidade dos participantes foi mantida no anonimato e estes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual informou o teor científico e as características da pesquisa no momento da coleta de dados (APÊNDICE D).

Os riscos do estudo foram mínimos, uma vez que todas as precauções quanto à interação com os animais foram tomadas conforme o manual para IAA da Delta Society,¹⁴² entidade norte americana especializada em IAA, a fim de se evitar zoonoses e mordeduras.

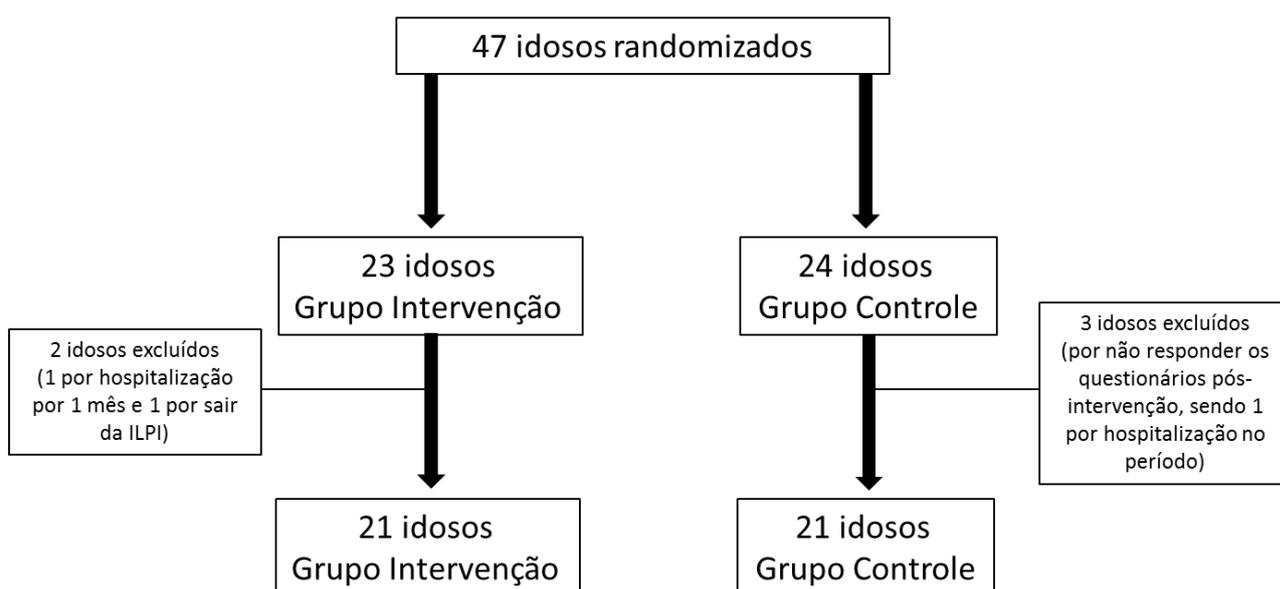
A autorização do dirigente da instituição de longa permanência para idosos Vila Vicentina Julia Freire, para a execução do projeto de pesquisa na referida instituição, encontra-se no ANEXO F.

O estudo somente foi realizado após apreciação e aprovação da Comissão Científica do IGG (ANEXO G) e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, parecer número 504.406, aprovado em 23 de dezembro de 2013 (ANEXO H).

6 RESULTADOS

A composição dos grupos intervenção e controle do presente estudo encontra-se descrita na Figura 1.

Figura 1. Descrição da composição dos grupos intervenção e controle do estudo “Eficácia da introdução de terapia assistida por animais em idosos residentes em ILPI em João Pessoa – PB, 2014”.



Na tabela 1, são descritas as distribuições de variáveis demográficas, sócio-culturais e a prática de atividade física regular nos grupos intervenção e controle. Não se observou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, com exceção da faixa etária.

A maioria dos idosos do grupo intervenção encontrava-se na faixa etária de 80 anos ou mais. Já nos idosos do grupo controle, a faixa etária mais frequente foi de 60-69 anos.

Quanto ao sexo, a maioria dos idosos eram homens, em ambos os grupos.

No grupo intervenção, os viúvos e solteiros predominaram, em igual proporção (42,9%). No grupo controle, os solteiros predominaram (47,6%).

Em relação à escolaridade da amostra, nos dois grupos houve o predomínio do ensino fundamental incompleto.

A maioria dos idosos de ambos os grupos residia na zona urbana antes de se estabelecerem na ILPI. Quanto ao tempo de residência na ILPI, não houve diferença entre os grupos.

A hipertensão foi a morbidade mais frequente em ambos os grupos. Apenas 3 idosos da amostra total (7,1%) não apresentavam comorbidades.

No tocante à prática de atividade física, percebe-se que apenas 33,3% dos idosos de cada grupo faziam alguma atividade. Entre os que faziam alguma atividade física, a caminhada foi a mais frequente nos dois grupos (85,7%). A ginástica foi citada por apenas um integrante do grupo intervenção (14,3%) e a dança por um integrante do grupo controle (14,3%).

Tabela 1. Distribuição de características sociodemográficas, de saúde e prática de atividade física regular de 42 idosos residentes em ILPI em João Pessoa – PB, 2014.

Variáveis	Grupo Intervenção (n= 21) n (%)	Grupo Controle (n= 21) n (%)	P
Faixa etária (anos)			0,007
60 – 69	3 (14,3)	9 (42,9)*	
70 – 79	4 (19,0)	8 (38,1)	
80 ou mais	14 (66,7)*	4 (19,0)	
Sexo			1,000
Masculino	12 (57,1)	11 (52,4)	
Feminino	9 (42,9)	10 (47,6)	
Estado Civil			0,562
Solteiro	9 (42,9)	10 (47,6)	
Divorciado	3 (14,2)	5 (23,8)	
Viúvo	9 (42,9)	6 (28,6)	
Escolaridade			0,525
Ensino fundamental incompleto	13 (61,9)	14 (66,7)	
Ensino fundamental completo	4 (19,0)	1 (4,8)	
Ensino médio completo	2 (9,5)	3 (14,3)	
Ensino superior	2 (9,5)	3 (14,3)	
Residência antes da ILPI			0,598
Zona urbana	18 (85,7)	19 (90,5)	
Zona rural	2 (9,5)	2 (9,5)	
Outra instituição	1 (4,8)	0 (0,0)	
Tempo na instituição			0,925
Menos de 1 ano	4 (19,0)	6 (28,6)	
Entre 1 a 3 anos	4 (19,0)	4 (19,0)	
Entre 4 a 6 anos	5 (23,8)	5 (23,8)	
Entre 7 a 9 anos	3 (14,3)	3 (14,3)	
Há 10 anos ou mais	5 (23,8)	3 (14,3)	
Morbidades mais frequentes			
Hipertensão	14 (66,7)	11 (52,4)	0,530
Depressão	7 (33,3)	8 (38,1)	1,000
Número de comorbidades/idoso			0,660
0	1 (4,8)	2 (9,5)	
1	1 (4,8)	3 (14,3)	
2	5 (23,8)	4 (19,0)	
3 ou mais	14 (66,7)	12 (57,1)	
Atividade Física			1,000
Não	14 (66,7)	14 (66,7)	
Sim	7 (33,3)	7 (33,3)	

*Associação estatisticamente significativa através do teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

P= Teste qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher

O histórico de vivência com animais é apresentado na tabela 2. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos intervenção e controle.

A maioria dos idosos de ambos os grupos afirmaram ter tido animais de estimação. Entre os que possuíram, eles eram muito próximos aos seus animais, declarando inclusive terem o hábito de conversar com eles. Cerca de 61,9% dos idosos do grupo intervenção e 38,1% do grupo controle afirmaram ter animais de estimação pouco antes de residirem na ILPI. A maioria dos idosos em ambos os grupos gostariam de possuir animais atualmente, mesmo residindo em ILPI.

Tabela 2. Histórico de vivência com animais de 42 idosos residentes em ILPI em João Pessoa – PB, 2014.

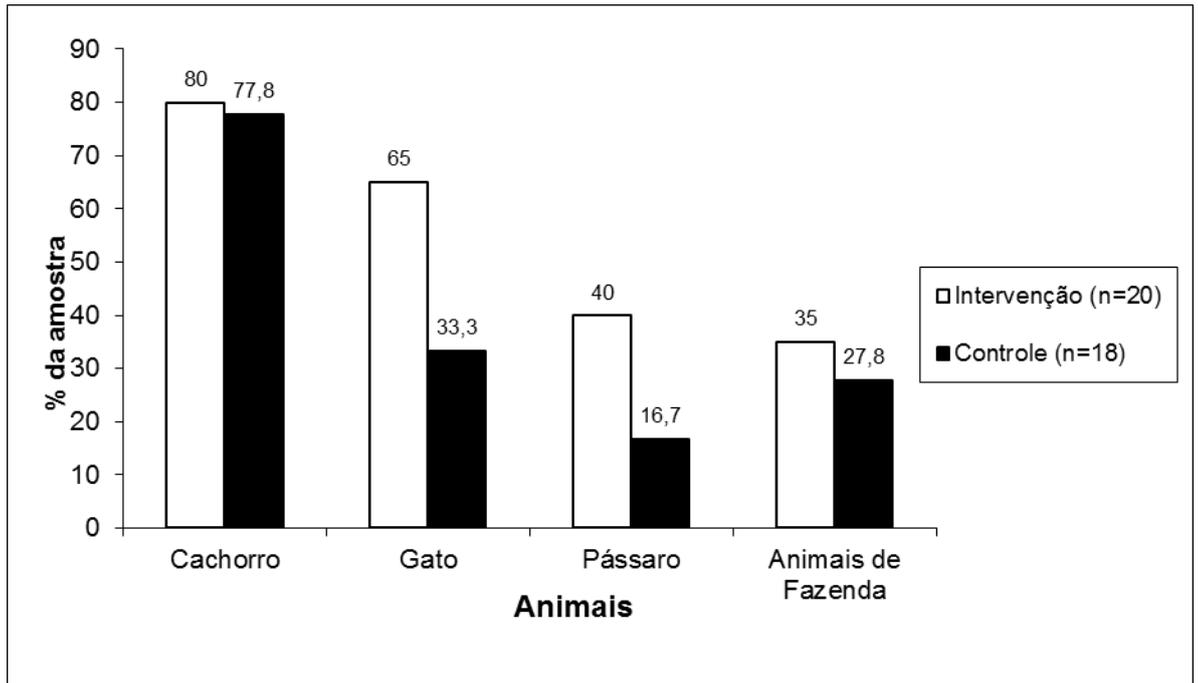
Variáveis	Grupo Intervenção (n= 21) n (%)	Grupo Controle (n= 21) n (%)	P
Teve animais de estimação			0,606 [#]
Não	1 (4,8)	3 (14,3)	
Sim	20 (95,2)	18 (85,7)	
Proximidade com o animal			0,156 ^{##}
Muito	18 (90,0)	13 (72,2)	
Pouco	2 (10,0)	2 (11,1)	
Regular	0 (0,0)	3 (16,7)	
Período da vida que teve animais*			
Infância e Adolescência	9 (45,0)	12 (66,7)	0,310 ^{##}
Fase adulta	15 (75,0)	11 (61,1)	0,569 ^{##}
Velhice	13 (61,9)	8 (44,4)	0,217 ^{##}
Como se sentia			0,486 ^{##}
Bem	19 (100)	17 (94,4)	
Indiferente	0 (0,0)	1 (5,6)	
Conversava com o animal			0,309 ^{##}
Frequentemente	15 (75,0)	12 (66,7)	
Algumas vezes	5 (25,0)	4 (22,2)	
Não	0 (0,0)	2 (11,1)	
Possui animal antes de residir na ILPI			0,217 ^{##}
Não	8 (38,1)	13 (61,9)	
Sim	13 (61,9)	8 (38,1)	
O que aconteceu com o animal			0,449 ^{##}
Não sabe, ficou no local	5 (38,5)	3 (37,5)	
Morreu	6 (46,2)	2 (25,0)	
Deixou com parente com um conhecido	2 (15,4)	3 (37,5)	
Gostaria de possuir animal agora			0,328 ^{##}
Não	3 (14,3)	2 (9,5)	
Sim	18 (85,7)	17 (85,0)	
Indiferente	0 (0,0)	2 (9,5)	

*Questão de múltipla resposta. [#]P= Teste Exato de Fisher; ^{##}P= Teste qui-quadrado de Pearson.

Entre os idosos que tiveram animal de estimação, 14 idosos (36,84%) tiveram apenas uma espécie e 24 idosos (63,16%), mais de uma espécie. O animal de

estimação que predominou em ambos os grupos foi o cachorro, seguido do gato. A figura 2 representa estes dados, trazendo as respectivas frequências de cada espécie de animal por grupo de idosos.

Figura 2. Distribuição de animais de estimação que os idosos possuíam antes de residir na ILPI. Questão de múltipla escolha.



Os resultados iniciais obtidos através dos questionários pré-intervenção encontram-se descritos na tabela 3. Como pôde-se observar, não houve diferença entre os grupos intervenção e controle quanto à autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida.

A maioria dos idosos do grupo intervenção e controle avaliaram a sua saúde como média.

Em relação à autoestima, os grupos intervenção e controle não diferiram entre si, alcançando médias semelhantes na Escala de Autoestima de Rosenberg ($p= 0,947$).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) foi descrita pelas medianas, pois os dados eram assimétricos, com valores extremos. Os dois grupos tiveram resultados semelhantes na EDG, não diferindo entre si ($p=0,878$). Podemos

observar também o percentual de idosos com sintomas depressivos. Observamos que 33,3% dos idosos do grupo intervenção e 38,1% do grupo controle apresentaram sintomas depressivos ($p= 1,000$).

Na tabela 3 encontra-se também a média e o desvio padrão do escore final único obtido através da sintaxe para o questionário de Qualidade de Vida Aplicada a Saúde SF-6D entre os dois grupos. Não houve associação estatisticamente significativa na comparação entre eles ($p= 0,747$).

Tabela 3. Descrição das variáveis autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes em ILPI antes da intervenção assistida por animais (N= 42).

Variáveis	Grupo intervenção (n=21)	Grupo controle (n=21)	P
Autopercepção de saúde [n(%)]			0,742***
Excelente/Muito Boa	2 (9,5)	1 (4,8)	
Boa	4 (19,0)	6 (28,6)	
Média	11 (52,4)	11 (52,4)	
Ruim	4 (19,0)	3 (14,3)	
Autoestima (média±dp)	9,67±4,67	9,76±4,55	0,947**
EDG [mediana (percentis 25 – 75)]	4 (3–7,5)	4 (3–8,5)	0,878***
EDG >5 [n(%)]	7 (33,3)	8 (38,1)	1,000*
SF-6D (média±dp)	0,76±0,06	0,76±0,05	0,747**

*P= Teste qui-quadrado de Pearson; ** P=Teste t-student; ***Teste de Mann-Whitney.

Os idosos que participaram da intervenção com animais ficaram muito satisfeitos (57,14%) ou satisfeitos (42,86%) e indicariam (100%) esta atividade para outras pessoas. As demais percepções da experiência com IAA encontram-se descritas detalhadamente na Tabela 4.

Tabela 4. Avaliação da Experiência com a Intervenção com Animais pelos Idosos n=21 n(%)

Variável	N(%)
Grau de Satisfação	
Muito satisfeito	12 (57,14)
Satisfeito	9 (42,86)
Neutro	0
Insatisfeito	0
Muito Insatisfeito	0
Gostaria de continuar recebendo as visitas dos animais	
Sim	21 (100)
Neutro	
Não	
Como se sentia	
Muito bem	15 (71,43)
Bem	5 (23,81)
Indiferente	1 (4,76)
Mal	0
Muito mal	0
Esperava ansioso pela visita do animal	
Sim	15 (71,43)
Indiferente	6 (28,57)
Não	0
Gostaria de ter algum animal na ILPI	
Sim	20 (95,24)
Indiferente	0
Não	1 (4,76)
Qual(is) animal(is)	
Gato	8 (40)
Cachorro	8 (40)
Gato e cachorro	4 (20)
Indicaria a IAA para outros	
Sim	21 (100)
Não	0

A tabela 5 traz a descrição das variações da autopercepção de saúde nos dois grupos de estudo após a intervenção com animais. Houve melhora significativa na autopercepção de saúde dos idosos do grupo intervenção ($p=0,021$), mas, após o ajuste pela idade, esta diferença tornou-se limítrofe ($p=0,052$). O grupo controle não apresentou alteração após o período de intervenção. A diferença na autopercepção de saúde pós-pré intervenção variou significativamente entre os grupos ($p=0,010$), mesmo após o ajuste pela idade ($p=0,009$).

Tabela 5 - Autopercepção de saúde dos idosos do grupo intervenção e controle, antes e após a intervenção com terapia assistida por animais.

Autopercepção de saúde	Excelente/ Muito Boa n (%)	Boa n (%)	Média n (%)	Ruim n (%)	P	Pajustado†
Grupo Intervenção					0,021*	0,052
Pré	2 (9,5)	4 (19,0)	11 (52,4)	4 (19,0)		
Pós	4 (19,0)	8 (38,1)	5 (23,8)	4 (19,0)		
Grupo Controle					0,317*	0,302
Pré	1 (4,8)	6 (28,6)	11 (52,4)	3 (14,3)		
Pós	1 (4,8)	5 (23,8)	11 (52,4)	4 (19,0)		
Diferença					0,010**	0,009
Grupo Intervenção	2 (9,5)	4 (19,0)	-6 (28,6)	0 (0,0)		
Grupo Controle	0 (0,0)	-1 (4,8)	0 (0,0)	1 (4,8)		

* Teste de Wilcoxon; ** Teste de Mann-Whitney; †ANCOVA (Análise de Covariância) com ajuste pela idade;

A tabela 6 traz a descrição das variáveis autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde, fazendo a comparação entre os grupos antes e após a intervenção assistida por animais.

Houve melhora significativa na autoestima dos idosos no grupo intervenção ($p<0,001$). O grupo controle teve uma significativa piora na autoestima ($p=0,014$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi estatisticamente significativa ($p<0,001$).

Houve redução estatisticamente significativa nos valores da mediana da EDG do grupo intervenção ($p<0,001$). No grupo controle, não houve alteração ($p=0,112$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi significativa ($p<0,001$).

O percentual de idosos que apresentavam sintomas depressivos no grupo intervenção ($p=0,125$) e controle ($p=1,00$) não alterou significativamente, assim como não houve diferença significativa entre os grupos ($p=0,663$).

O grupo intervenção melhorou o escore na avaliação da qualidade de vida medida através do questionário SF-6D, ficando mais próximo do escore 01. Esta melhora foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). O grupo controle, por sua vez, teve uma leve piora, mas significativa, na avaliação de qualidade de vida ($p = 0,013$). Na comparação entre os grupos, a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Uma vez que foi observada diferença na faixa etária entre os grupos intervenção e controle, foram feitas análises ajustadas para idade. Quando ajustadas para idade, as diferenças anteriormente descritas permaneceram significativas.

Tabela 6. Descrição das variáveis autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes em ILPI antes e após a intervenção com terapia assistida por animais (N= 42).

Variáveis#	Intervenção	Controle	P	P _{ajustado} †
Autoestima (média±dp)				
Pré	9,67 ± 4,67	9,76 ± 4,55	0,947‡	0,722
Pós	5,90 ± 3,27	11,1 ± 5,5	0,001‡	0,001
P	<0,001***	0,014***		
Diferença pós-pré (IC 95%)	-3,77 (-5,29 a -2,23)	1,29 (0,29 a 2,28)	<0,001‡	<0,001
EDG [mediana (percentis 25 – 75)]				
Pré	4 (3 – 7,5)	4 (3 – 8,5)	0,878#	0,684
Pós	2 (1 – 4)	5 (3,5 – 10)	0,001#	0,002
P	<0,001	0,112†		
Diferença pós-pré (IC 95%)	-2 (-3 a -1)	1 (-1 a 2)	<0,001#	<0,001
EDG > 5 [n(%)]				
Pré	7 (33,3)	8 (38,1)	1,000###	0,740
Pós	3 (14,3)	9 (42,9)	0,088###	0,065
P	0,125**	1,000**		
Diferença pós-pré (IC 95%)	-19% (-39,8 a -6,4)	4,8% (0,2 a 21,3)	0,663###	0,252
SF-6D (média±dp)				
Pré	0,76 ± 0,06	0,76 ± 0,05	0,747‡	0,853
Pós	0,81 ± 0,07	0,73 ± 0,04	<0,001‡	<0,001
P	<0,001***	0,013***		
Diferença pós-pré (IC 95%)	0,06 (0,03 a 0,09)	-0,03 (-0,05 a -0,01)	<0,001‡	<0,001

‡ Teste de Wilcoxon; † Teste de McNemar; *** Teste t-student para amostras pareadas; ‡ Teste t-student para amostras independentes;

teste de Mann-Whitney; ### teste qui-quadrado de Pearson; † ANCOVA com ajuste pela idade (exceto para GDS>5: Regressão de Poisson);

Posteriormente, foram realizadas associações entre as variáveis do estudo. As associações estatisticamente significativas encontram-se descritas a seguir, na tabela 7.

Tabela 7 – Associação entre as variações nas escalas pré-pós intervenção no grupo intervenção e controle.

Associações	Grupo Intervenção		Grupo Controle	
	Coefficiente de correlação	<i>P</i>	Coefficiente de correlação	<i>P</i>
Δ EDG x Δ SF-6D	-0,593*	0,005	-0,118	0,612
Δ EDG x Δ Autoestima	0,431	0,051	0,580	0,006
ΔEDG x ΔAutopercepção de Saúde	0,443*	0,044	0,227	0,321
ΔAutoestima x ΔSF-6D	-0,542	0,011	-0,077	0,740
Δ Autoestima x Δ Autopercepção de Saúde	0,276	0,226	0,090	0,697
Δ SF-6D x Δ Autopercepção de Saúde	-0,079	0,734	0,059	0,800

Coefficiente de correlação de Pearson (variáveis quantitativas com distribuição simétrica) ou de Spearman (variáveis quantitativas com distribuição assimétrica ou categóricas ordinais).

No grupo intervenção, houve associação inversa significativa entre as variações dos escores EDG e SF-6D e as variações dos escores autoestima e SF-6D. Houve também associação limítrofe entre as variações dos escores EDG e Autoestima. Por fim, houve associação direta significativa entre as variações dos escores de autopercepção de saúde e EDG, mas com as demais escalas, a autopercepção de saúde não se mostrou associada significativamente ($p > 0,20$). Todas as correlações mencionadas foram de grau moderado.

No grupo controle, apenas se observou correlação de grau moderado significativa direta entre as variações das escalas de autoestima e EDG.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, buscou-se analisar a eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILPI).

Há carência de artigos científicos publicados no Brasil que utilizem animais coterapeutas em ILPI, tendo sido encontradas apenas duas publicações. Nelas, os resultados foram avaliados de acordo com as observações da equipe da ILPI ou dos autores do estudo. Avaliar a eficácia de IAA entre idosos institucionalizados, segundo os parâmetros aqui escolhidos, ainda é inédito no Brasil.

Uma vez que os estudos envolvendo IAA no Brasil são insipientes, a fim de discutir a intervenção, serão utilizadas de forma complementar as observações anotadas no diário de campo deste estudo.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra total foi composta por indivíduos que se encontravam principalmente na faixa etária acima de 80 anos, com semelhante distribuição entre homens e mulheres, com leve predominância de indivíduos do sexo masculino e com baixo nível de escolaridade. Tal realidade é semelhante a outro estudo realizado por Vitorino et al.⁵⁸ em ILPI de Minas Gerais, em 2010. Observa-se que a distribuição semelhante entre homens e mulheres distingue-se da realidade de outras ILPIs, onde notavelmente há predomínio de mulheres – o fenômeno da feminilização da velhice, pela maior expectativa de vida das mulheres.^{50,52,89,197} No presente estudo, o leve predomínio de homens pode ser explicado pela política de oferta de vagas desta ILPI, que disponibiliza número de vagas iguais entre indivíduos do sexo masculino e feminino. Dos 63 idosos que lá residem, 34 são homens, portanto, a nossa amostra representou a realidade desta ILPI.

Quanto à idade e escolaridade, outros trabalhos realizados em ILPIs encontraram achados semelhantes.^{89,197,198} Com o avançar da idade, aumentam-se

a dependência e, conseqüentemente, a institucionalização,⁴⁶ por isso, foi encontrada uma faixa etária predominantemente alta no presente trabalho.

O estado civil mais citado na amostra total foi o solteiro, seguido de viúvo. A falta de apoio familiar, principalmente filhos e companheiro e conseqüentemente a solidão, é uma das causas que frequentemente levam à institucionalização.⁵⁰ Em estudo realizado em 04 ILPIs de João Pessoa, em 2010, onde a Vila Vicentina Júlia Freire não estava incluída, encontrou proporções semelhantes: 47,8% dos idosos eram solteiros e 33,3% eram viúvos.⁸⁹ Em estudo realizado em Minas Gerais e outro em Natal também houve a predominância de solteiros.^{103,198}

Em relação ao número de diagnósticos clínicos, observamos que este estudo se assemelha aos achados de Vitorelli et al.,⁴² onde quase 95% dos idosos estudados apresentaram uma ou mais patologias diagnosticadas, sendo a hipertensão também a mais frequente. Com o envelhecimento, a probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas é aumentada, sendo pequena a frequência de idosos sem patologias.

A falta de atividade física entre idosos de ILPI está evidenciada neste estudo, fato este corroborado por outros autores. Gutierrez et al.¹⁹⁷ observaram que entre idosos institucionalizados residentes em Santa Catarina, 72,7% eram sedentários. Dias et al.,⁶³ ao estudar idosos institucionalizados em São Paulo, observaram que 65% eram sedentários. No mesmo estudo, apenas 22% dos idosos não institucionalizados que residiam com a família não praticavam alguma atividade física. As ILPIs não conseguem suprir todas as necessidades dos idosos, não tendo, muitas vezes, espaço e recursos financeiros disponíveis para investir em atividades de lazer ou atividades físicas para os idosos,⁸⁹ o que notadamente poderia contribuir para uma melhor qualidade de vida.¹⁹⁷

Neste estudo, entre os idosos que praticavam atividade física, 85,7% afirmaram fazer caminhada. Em estudo realizado em 2009, em Porto Alegre, Terra et al.⁵⁰ observaram que a caminhada era a atividade mais referida por idosos que residiam em instituição filantrópica, enquanto a ginástica era a mais citada por idosos residentes em instituição particular. A caminhada é uma atividade que requer menor estrutura por parte da ILPI, portanto, os residentes que desejavam ter práticas mais saudáveis aderiram à caminhada talvez por falta de outras opções. A ginástica não era oferecida de forma regular na ILPI, apenas podendo praticar essa atividade os idosos que pudessem se deslocar para uma academia.

Em relação à história de vida passada com os animais, pode-se observar que a maioria dos idosos de ambos os grupos possuiu animal de estimação e tinham uma relação de proximidade com eles. O conversar frequentemente com o animal, relatado por 75% dos idosos, do grupo intervenção e por 66,7 % do grupo controle, pode evidenciar uma forma de antropomorfismo (do grego *morphe*= forma e *anthropos* = homem). O antropomorfismo seria a ação de atribuir características ou comportamentos humanos a entidades religiosas, a objetos ou ainda, a animais. Segundo Eply et al.,¹⁹⁹ a fim de diminuir sentimentos de isolamento social e retomar o contato com a realidade, os indivíduos solitários podem vir a antropomorfizar seus animais. Em outra pesquisa, que abrangeu 1.112 indivíduos em 2010, nos Estados Unidos, concluiu que 33% das mulheres e 18% dos homens casados acreditavam que seu mascote era melhor ouvinte do que o(a) próprio(a) companheiro(a). Portanto, a antropomorfização pode indicar fragilidade das relações humanas na vida dos idosos no passado, anterior à chegada na ILPI.²⁰⁰

No entanto, vale salientar que para alguns autores, as relações de afeto entre homens e animais nem sempre ocorrem a expensas de relações humanas. Estudo recente realizado por McConnell¹²¹ demonstrou que a conexão com animais de estimação não é um suplemento para necessidades sociais insatisfeitas. Os animais dão suporte social de forma distinta e independente do apoio que elas recebem de pessoas-chave em suas vidas. Os proprietários de animais, que naquele estudo relataram ser muito próximos de seus animais, também relataram ter suporte social de figuras humanas importantes, como parentes e amigos. Isso demonstra que mais do que uma relação substitutiva, a relação homem-animal é complementar. Portanto, outra possibilidade apontada por este autor é que o ato de conversar com o animal de estimação pode apenas revelar o grau de intimidade com ele.

A maioria dos idosos do estudo possuiu principalmente cachorros e gatos, semelhante a outros estudos.^{125,139}

A maior parte dos idosos de ambos os grupos tiveram animais na fase adulta, demonstrando interesse em criar animais de estimação em um período da vida que o indivíduo possui autonomia. Já na velhice, observa-se uma queda no percentual de idosos que possuíam animais. Vários são os fatores que podem explicar este dado. Entre eles, a progressiva perda do poder de decisão, própria do envelhecimento, onde, com o passar dos anos, os mais jovens progressivamente passam a resolver a vida dos mais velhos.²⁰¹ A perda de autonomia, neste caso, se

traduz em situações diversas, tais como alterações na dinâmica familiar, quando o idoso vem a residir na casa de familiar ou ainda quando os familiares passam a residir na casa do idoso.⁴⁶ Os residentes poderão aceitar ou não a presença do animal de estimação.

Outros fatores seriam: a presença de incapacidades físicas, onde idoso pode não ter boas condições de saúde para cuidar de outro ser vivo;⁴⁶ o comprometimento financeiro pelos gastos com remédios e tratamentos,²⁶ que não deixam recursos suficientes para manter animais de estimação ou ainda indicação médica equivocada – baseada em risco de zoonoses e indução de processo alérgico.¹¹⁴ Qualquer um destes fatores pode desencadear o descarte do animal já existente ou a decisão da família de não mais obter um.

A perda de autonomia no envelhecimento se perpetua também quando o idoso é transferido para a ILPI, fato evidenciado por Nunes et al.¹⁰³ ao estudar idosos institucionalizados. Se o idoso possui animal de estimação, não poderá levar para o seu novo lar. Muitos idosos chegaram à ILPI por circunstâncias alheias à sua vontade,⁵⁰ e além do exílio familiar, sofrerão também o distanciamento de seus animais de estimação, muitas vezes, equivalente a membros da família^{121,202}. Quase 40% dos idosos, de ambos os grupos, que possuíam animais antes de residirem na ILPI relataram não saber o que houve com seu animal de estimação após a transferência para a Vila Vicentina.

Cerca de 85% dos idosos deste estudo desejavam ter um animal de estimação no presente momento de vida, o que não será possível, pois esta ILPI, assim como todas as outras da cidade de João Pessoa, não permitem a permanência de animais de estimação em suas dependências. Esse desejo ficou também registrado no diário de campo onde, dentre 42 idosos, 9 relataram alimentar animais (micos e gatos) que eventualmente apareciam nas dependências da ILPI, mesmo contra a vontade da Direção da Instituição. O ato de cuidar é uma necessidade básica do ser humano que se perpetua ao longo da vida, mesmo quando o idoso não é mais o cuidador e sim o objeto do cuidado.²⁰³ O ato de cuidar transmite senso de poder e domínio, essencial para a autoestima de idosos.²⁰²

Compreende-se que as instituições de longa permanência têm problemas de espaço físico para abrigar seus residentes, muitos idosos residem em quartos coletivos, especialmente nas ILPI filantrópicas.⁵⁰ Seria difícil atender à vontade dos idosos que gostariam de possuir um animal, pois isso poderia gerar conflitos na

utilização dos espaços comuns. Aliado a isso, tem-se a falta de pessoal disponível para atender a essa demanda, uma vez que os cuidadores de idosos já relatam excesso de trabalho quando no exercício de suas atividades.⁵³ No entanto, é importante perceber que as vantagens do suporte social dado pelos animais de estimação provavelmente superariam as adequações necessárias na ILPI, visto que estão bem documentados os benefícios terapêuticos para os idosos institucionalizados.^{37,178}

7.2 INTERVENÇÃO ASSISTIDA POR ANIMAIS

Pôde-se observar que as reações dos idosos à IAA foram semelhantes às reações dos idosos de estudo conduzido por Carvalho et al.²⁰⁴ em ILPI de Uberlândia. Assim como ocorreu naquele estudo, à medida que o estudo se desenvolvia, observou-se maior interação dos idosos com os animais. Entre os comportamentos mais frequentemente observados neste e naquele estudo, podemos citar que os idosos perguntavam pelos animais nos dias em que não estavam agendadas as visitas e ainda que estes requeressem a sua vez de receber o cão ou gato, assim que a equipe chegava à ILPI, pedindo muitas vezes para levá-lo até o seu quarto ou ao ambiente destinado para as sessões. Este fato ficou também evidenciado pelos resultados dos questionários sobre a experiência com IAA. A maior parte dos idosos (71,43%) afirmou esperar ansiosamente pela visita do animal.

Os idosos percebiam a falta de algum animal usualmente presente nas sessões de IAA, o que também foi observado por Oliva et al.²⁰⁵ Chama-se atenção para o fato de que, neste estudo, quando o idoso questionava sobre um ou outro animal, chamava-o por um nome dado por ele, normalmente coincidindo com um nome de algum animal do seu passado.

Um fato interessante também registrado no diário de campo foi que, segundo a equipe da enfermagem que prestava assistência na ILPI, 7 dos 21 idosos do grupo intervenção que preferencialmente ficavam a maior parte do tempo em seus quartos, passaram voluntariamente a ficar nas áreas comuns da ILPIs, nos dias em que estavam predeterminadas as sessões para aquele grupo. Este comportamento foi observado e registrado pela equipe após o primeiro mês de estudo, o que corrobora

os achados de Carvalho et al.,²⁰⁴ que perceberam maior motivação e adesão dos pacientes após a oitava sessão de TAA. Em estudo conduzido na Itália por Berry et al.,²⁰⁶ também observou-se maior interação dos idosos com os animais e menor apatia ao longo das sessões de IAA.

Nenhum dos idosos do grupo intervenção desistiu voluntariamente das sessões de IAA. Os que saíram do estudo foram excluídos por circunstâncias alheias à sua vontade. Pode-se concluir que a maioria dos idosos aderiram com sucesso ao programa oferecido, assim como perceberam Carvalho et al.²⁰⁴ O grau de satisfação dos idosos quanto à IAA também foi percebido. Todos os idosos ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com a experiência de IAA e indicariam esta atividade para outras pessoas, semelhante aos achados de Moretti et al.³³ ao aplicarem IAA em idosos institucionalizados.

Através do questionário da experiência sobre IAA, observou-se que 40% dos idosos preferiam adquirir um gato como animal de companhia, 40% o cachorro, e 20% ambos. Sobre o padrão de preferência por um determinado animal ao longo da vida do indivíduo, Hirschman²⁰⁷ faz uma extensa discussão. Segundo ela, indivíduos que escolhem cuidar de um tipo de mascote enquanto crianças, frequentemente procuram escolher o mesmo tipo ao longo da vida. Segundo ela, a incorporação do mascote na família, durante a infância, promove um tipo de socialização entre homem-animal, onde essencialmente a criança vê como normal e certa a estrutura familiar composta por pessoas e animais. A socialização ocorrida na infância é importante para a formação deste modelo, que se estenderá ao longo da vida, inculcando-se no interior do *self*. Sugere-se que os idosos que neste estudo preferiam ter um determinado tipo de animal provavelmente tiveram experiências positivas com ele na infância.

7.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

No início do presente estudo, predominou a autopercepção de saúde “média”, em ambos os grupos. Em estudo conduzido por Pereira et al.,²⁰⁸ entre idosos da comunidade de Santa Catarina, 69,5% avaliaram sua saúde como boa. Idosos institucionalizados geralmente apresentam pior estado de saúde, visto que este é um dos motivos mais frequentes para a institucionalização.^{46,209}

Entre idosos residentes em instituição, 68% dos idosos em ILPI no Rio Grande do Sul consideraram sua saúde ótima ou boa⁵⁰ e em Minas Gerais, 72,4% se consideravam saudáveis.²⁰⁴ Presença de morbidades, grau de dependência e fatores ambientais podem explicar as diferentes avaliações entre institucionalizados.⁸⁹

Após a IAA, observou-se no grupo intervenção uma tendência à significância na variação de autopercepção de saúde. Talvez este comportamento tenha ocorrido devido à presença de morbidades. Na velhice, as doenças podem passar a ser além de crônicas, múltiplas.⁴² Neste estudo, observa-se que no grupo intervenção 66,7% dos idosos apresentavam plurimorbidades (3 diagnósticos ou mais). Alves e Rodrigues⁶⁵ observaram que a presença de 03 ou mais doenças crônicas aumenta em 10 vezes entre homens e 8 vezes entre mulheres a chance de o idoso considerar sua saúde ruim. Portanto, sugere-se que este fator tenha influenciado na eficácia da IAA entre idosos institucionalizados.

Em outro estudo conduzido por Johnson et al.,¹⁴⁰ a IAA aplicada em ambiente hospitalar, prévio às sessões de quimioterapia, não provocou melhora significativa na autopercepção de saúde de adultos com câncer. Os autores questionam os resultados numéricos em detrimento do nível de satisfação dos pacientes obtidos através de questionário pós-IAA.

7.4 AUTOESTIMA

Segundo Branden,²¹⁰ a autoestima relaciona-se com autoconfiança e com o autorespeito, refletindo a capacidade de se lidar com as dificuldades da vida e com o direito de ser feliz. Tem sido demonstrado que as relações com seus pares aumenta a autoestima e fornece uma função protetora contra o estresse psicossocial.²¹¹ A institucionalização é marcada pela ruptura do convívio diário com as relações-chave na vida dos idosos,⁴⁶ o que pode provocar diminuição na autoestima.²¹²

Algumas terapias têm sido propostas para melhorar a autoestima e a autoimagem dos idosos, como atividades manuais²¹³ e atividades físicas.²¹⁴ A autoestima e a autoimagem estão intimamente relacionadas, permitindo inferir que aquele que tem autoimagem positiva apresenta tendência a ter autoestima positiva e vice-versa.⁷⁵

No presente trabalho, a IAA mostrou-se eficaz em melhorar a autoestima dos idosos do grupo intervenção, demonstrando a capacidade do animal formar uma conexão positiva com eles, através de sentimentos de aceitação, compreensão e afeto incondicional,²⁰² melhorando sua autoestima. O suporte social dado pelos animais aos idosos está bem descrito na literatura.¹²¹

Outros estudos demonstraram a capacidade de IAA melhorar a autoestima em idosos²⁰⁴ e em crianças,²¹⁵ fase esta também marcada por diversas mudanças, onde a autoestima se mostra parte importante do desenvolvimento socioemocional.¹³¹ Outro estudo demonstrou a capacidade da interação com animais ser capaz de melhorar a autoeficácia e autoestima de indivíduos com sérios problemas psiquiátricos, tais como esquizofrenia e transtorno bipolar. Para muitos indivíduos com doença mental, o mundo exterior pode parecer intimidador, assim como para muitos idosos com baixa autoestima, que passaram por tantas transições e perdas em suas vidas.²¹⁶

Os idosos do grupo controle, ao contrário, revelaram piora na autoestima. A autoestima não é imutável, ela pode variar em razão de estímulos negativos ou positivos.²¹⁷

Ciornai²¹⁸ relata que tanto na arte quanto na terapia manifesta-se a capacidade humana de reconfigurar as relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo, retirando a experiência humana da corrente rotineira. Por isso, autores sugerem a implementação de atividades lúdicas em ambiente institucional, a fim de instituir estratégias que venham a melhorar a autoestima dos idosos,²¹³ uma vez que a baixa autoestima está relacionada à insatisfação com a vida,²¹⁹ depressão²¹⁴ e risco de suicídio.¹⁰⁹

7.5 SINTOMAS DEPRESSIVOS

Em estudo realizado em 2009, Siqueira et al.²⁰ demonstraram que 51% dos idosos residentes em instituição de longa permanência apresentavam sinais de depressão. Em outro estudo com idosos institucionalizados, realizado por Rosetto et al.¹⁹ essa proporção chegou a 75%. No presente estudo, ela foi de 33,3% dos idosos do grupo intervenção e 38,1% do grupo controle, indicando que esta ILPI apresentava comparativamente poucos idosos com sintomas depressivos.

A IAA foi eficaz em diminuir o escore da EDG, indicando melhora no estado de humor dos idosos. Este achado corrobora outros estudos de aplicação de IAA em ILPI,^{33,37,219} embora em dois estudos tenha sido observado melhora na apatia, mas não houve alteração significativa dos escores da EDG no grupo intervenção.^{206,220} Esta variação positiva observada no presente estudo pode ter ocorrido devido à estimulação fisiológica em resposta à simples presença do animal, resposta esta capaz de provocar reações fisiológicas, como liberação de neurohormônios que interferem no humor dos idosos.²²¹ Segundo Odendaal,²²² a interação de homens com animais pode aumentar significativamente os níveis de β -endorfina, ocitocina, prolactina, ácido fenilacético (metabólito da β -fenilalanina) e dopamina. Por sua vez, pode diminuir significativamente os níveis de cortisol, hormônio associado ao stress. Entre esses, Bezz²²³ propõe que a ativação do sistema ocitocina orchestra a maior parte dos efeitos psicofisiológicos benéficos descritos como resultantes da interação dos homens com animais.

Em relação ao número de idosos sugestivos de depressão, não houve alteração significativa em nenhum dos grupos, embora tenha reduzido de 7 para 3 o número de idosos com EDG>5 no grupo intervenção. Isso pode ser explicado pela amostra reativamente pequena para demonstrar um efeito maior.^{206,224} Pode-se acrescentar, ainda, que a depressão é uma complexa síndrome que requer estratégia multiprofissional e intervenções terapêuticas individualizadas.²²⁵ Dentro desse contexto, a IAA atuaria como uma terapia auxiliar, contribuindo juntamente com tratamentos específicos para a enfermidade.³⁴

7.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Poucos trabalhos utilizam as escalas *Short-Form* em ambiente institucional.²²⁶ Neste trabalho, foi preferido utilizar a escala SF-6D, por ela ser prática e abreviada,¹⁹³ uma vez que outras escalas estavam sendo utilizadas. Quando aplicada sozinha, a SF-6D constitui um escore único que varia de 0 a 1, onde 1 representa o melhor cenário possível para a qualidade de vida, não havendo possibilidade de comparação entre os domínios.¹⁹⁴

Ao início do presente estudo, a média do escore de qualidade de vida relacionada à saúde para ambos os grupos foi de 0,76, valor aproximado ao

encontrado em estudo realizado com idosos acima de 65 anos nos Estados Unidos, onde a média ficou em 0,74.²²⁷ Entre idosos com 75 anos ou mais, Brazier et al.²²⁸ encontraram média no valor de 0.66.

A atividade com animais pode ser considerada uma atividade lúdica, recreativa, proporcionando ao idoso momentos de alegria e descontração, e tais atividades podem ter um efeito protetor da qualidade de vida de idosos.¹⁹⁸ Este fator poderia explicar a eficácia da IAA sobre a melhora da qualidade de vida no grupo intervenção. Foi demonstrado em outros trabalhos que um ambiente enriquecido pode trazer maior percepção de qualidade de vida entre idosos, em especial no âmbito institucional.⁸⁹ Outros autores encontraram melhora da qualidade de vida após IAA,³⁷ embora Berget et al.³⁴ não tenha observado alteração na qualidade de vida de pacientes psiquiátricos após IAA.

O grupo controle por sua vez piorou a percepção na qualidade de vida. A qualidade de vida dos idosos sofre influência de vários aspectos relacionados ao envelhecimento⁹⁷ e por isso muitos autores indicam a busca constante por estratégias que favoreçam um viver mais saudável e prazeroso para os idosos.²²⁹

Portanto, o bom estado psicológico é essencial para que o idoso venha a ter qualidade de vida. Mesmo apresentando condições de ter uma vida saudável, ele não terá ânimo para desfrutá-la se nela não encontrar carinho, diversão e alegria.²³⁰

7.7 CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS

A correlação observada entre sintomas depressivos e autoestima observada com significância estatística no grupo controle foi também percebida em outros estudos.^{75,214} Segundo Meier,¹⁹¹ alguns construtos psicológicos que fazem parte da autoestima são também importantes nos ajustes psicológicos e de comportamento, podendo-se inferir que uma autoestima vulnerável poderá dificultar a resolução de conflitos interpessoais. Pessoas com autoestima elevada, por sua vez, têm maior capacidade de ajuste frente às situações da vida,¹⁹¹ podendo a autoestima exercer um efeito protetor contra a depressão.⁷⁵

A relação entre qualidade de vida e sintomas depressivos do grupo intervenção foi observada também no estudo de Colombo et al.³⁷ Esses autores observaram que aqueles idosos que melhoraram aspectos do humor, como

diminuição de sintomas depressivos e ansiedade, perceberam-se mais autônomos e aptos para lidar com as dificuldades na relações sociais, e por extensão, melhoraram a qualidade de vida.

A relação entre sintomas depressivos e autopercepção de saúde foi observada por Blazer et al.,²³¹ em extenso estudo sistemático sobre as variáveis que influenciavam na autopercepção de saúde. A depressão está associada à piora do estado geral de saúde, uma vez que o idoso acometido de depressão não terá atitudes proativas para desfrutar da vida, especialmente aqueles idosos que têm doenças crônicas ou incapacitantes.⁸⁷ A relação entre “sentir-se bem, mais alegre” e “mais saudável” – resultando na melhora no estado de saúde –, foi observada também por Silva et al.²³²

Por último, a relação entre autoestima e qualidade de vida é conferida pela importância que a autoestima tem no bem-estar dos idosos, relação também observada por Silva et al.²³² Segundo os autores, a elevação do ânimo e do autocuidado experimentada por aqueles que elevam a autoestima é capaz de influenciar a percepção da qualidade de vida entre idosos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, destacam-se os pontos positivos do presente estudo. O primeiro diz respeito a sua originalidade. Pelo que se pôde perceber na revisão da literatura, trata-se do primeiro estudo brasileiro que buscou verificar a eficácia da intervenção assistida por animais na autopercepção de saúde, autoestima, sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência. Outro ponto positivo diz respeito aos métodos. Trabalhos que avaliaram a eficácia da IAA foram questionados por alguns autores por não utilizarem grupo controle e/ou haver interação entre o terapeuta humano e o sujeito da pesquisa. No presente estudo, apenas o animal e o idoso interagiram, podendo-se inferir que os benefícios aqui encontrados sejam sugestivos da ação isolada da interação dos animais com os idosos.

Ao estudar a realidade das instituições de longa permanência brasileiras para a elaboração deste trabalho, observou-se que muitas delas não disponibilizam atividades de lazer para os residentes e são habitadas por muitos indivíduos que foram esquecidos pelos seus.²³³ Neste contexto, entra outra figura abandonada: o cão ou gato doméstico, muitos vindo a residir nas ruas justamente porque seu dono foi também abandonado. Nossa sociedade não está preparada ainda para solucionar estas questões, sejam elas do abandono do animal humano ou do não humano.

As instituições de longa permanência poderiam flexibilizar suas políticas de proibição a animais e considerar ter animais residentes, especialmente para atender às necessidades daqueles que não têm condições físicas e/ou psicológicas de serem responsáveis pelo completo cuidado de um animal, mas que se beneficiariam do acesso regular a ele. A figura do animal residente é uma realidade em outros países.²³⁴ Não se pode ignorar os riscos de zoonoses e a insatisfação daqueles que não gostam de animais. Mas há maneiras de se contornar tais problemas. Os riscos de zoonoses e alergias podem ser minimizados através dos mesmos protocolos desenvolvidos para estas atividades em ambiente hospitalar.²³⁵ Os residentes não seriam obrigados a ter contato com os animais, apenas os que desejassem, podendo ser possível a criação de normas para o bom convívio entre os idosos, da

mesma forma que existem regulamentações nas instituições sobre outras questões, tais como adequação de fumantes.

Na impossibilidade da inserção desses animais em ambiente institucional, as intervenções assistidas por animais constituem o único meio disponível para que os benefícios terapêuticos advindos dessa ligação alcancem também os institucionalizados. Infelizmente, a presença desses animais nesses ambientes ainda é vista no Brasil com insegurança e espanto, quando na verdade poderia ser um aliado complementar ao arsenal técnico e tecnológico existente no processo de cura.²³⁶ O afeto e a amizade incondicional ofertados por esses, que se tornaram companheiros de caminhada para os homens, tomam grande importância à luz dos cuidados paliativos e da assistência humanizada. Afinal, o que é possível fazer quando o fim do ciclo da vida se aproxima?

Uma limitação do estudo é que os benefícios a longo prazo da IAA não puderam ser avaliados. Após a retirada do estímulo (o animal), os benefícios durariam por quanto tempo? Esta questão permanece em aberto e são necessárias mais pesquisas na área para respondê-la.

Finalmente, cabe ressaltar que, tendo em vista os benefícios encontrados no presente estudo, será oferecida, em breve, a IAA para o grupo controle.

9 CONCLUSÃO

Na fase de randomização do estudo não houve distinção entre os grupos em relação à percepção de saúde, avaliada como média pela maioria dos idosos. Quanto à autoestima, os dois grupos tiveram médias semelhantes, alcançando aproximadamente 1/3 da escala de Autoestima de Rosenberg; quanto à presença de sintomas depressivos, foram revelados 33,3% dos idosos do grupo intervenção e 38,1% do grupo controle e, por último, em relação à qualidade de vida relacionada à saúde, alcançando escore 0,76 para ambos os grupos, mostrando tendência à satisfação na qualidade de vida.

Observou-se que a maioria dos idosos, participantes deste estudo, possuíam animais de estimação no passado, predominantemente cães e gatos e se sentiam muito próximos a eles, inclusive tendo o costume de conversar com esses animais. Os idosos que possuíam animal imediatamente antes da institucionalização não sabiam o que havia acontecido com ele ou afirmaram que os animais haviam morrido. A maioria dos idosos gostaria de poder conviver com animais, mesmo residindo na instituição.

A intervenção assistida por animais foi eficaz na melhora da autoestima, diminuição de sintomas depressivos e qualidade de vida, não se confirmando a eficácia da IAA na autopercepção de saúde após o ajuste pela idade. Nesta última, houve uma tendência à melhora.

No grupo intervenção houve correlação entre as variáveis EDG e SF-6D, autoestima e SF-6D e, ainda, autopercepção de saúde e EDG. No grupo controle foi observada, apenas, a correlação entre autoestima e EDG.

REFERÊNCIAS

1. Kertzman OF. Velho é o outro! A experiência de envelhecimento de usuários do Núcleo de Atenção à Saúde do Idoso [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Ciências, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; 2004.
2. Neri AL. Psicologia do envelhecimento. São Paulo: Papyrus; 1995.
3. Carvalho JA, Garcia RA: O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública 2003;19: 725-33.
4. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980 - 2000). Epidemiol Serv Saúde [internet]. 2004 dez [acesso em 2013 jul 13]; 13(4): 217-28. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200400040004&lng=pt
5. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2002. [Acesso em maio 2012]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br..>
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. [Acesso em maio 2012]; Disponível em: <http://www.ibge.gov.br.>
7. Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa, MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde [internet]. 2004 dez [acesso em 2013 jul 23]; 13(4): 239-46. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742004000400006&lng=pt.
8. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul.[internet]. 2006 jan-jun [acesso em 2013 jul 13]; 23 (1):5-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982006000100002&lng=pt&nrm=iso.
9. Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad Saúde Pública [internet]. 2008 out [acesso em 2013

jul 13]; 24(10): 2301-13. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001000011&lng=en.

10. Fortes-Burgos ACG, Neri AL, Cupertino APFB. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicol Reflex Crit*. 2008; 21(1): 74-82.

11. Cohen DL, Townsend RR. Update on Pathophysiology and Treatment of Hypertension in the Elderly. *Curr Hypertens Rep*. 2011 Oct; 13(5): 330-7.

12. Coeli CM, Ferreira LGFD, Drbal MM, Veras RP, Camargo Jr. KR, Cascão AM. Mortalidade em idosos por diabetes mellitus como causa básica e associada. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2002 abr. [acesso em 2013 Jul 13]; 36(2): 135-140.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000200003&lng=en.

13. Cabrera MAS, Jacob Filho Wilson. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab* [internet]. 2001 out [acesso em 2013 jul 13]; 45(5): 494-501. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302001000500014&lng=en&nrm=iso.

14. Dennis NA, Kim H, Cabeza R. Age-related differences in brain activity during true and false memory retrieval. *J Cognitive Neurosci*. 2008 Aug; 20(8): 1390-402.

15. Purandare N, Burns A, Craig S, Faragher B, Scott K. Depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001 Oct; 16 (10): 960-5.

16. Pestana LC, Espírito Santo FH. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2): 268-75.

17. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(3): 518-24.

18. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. [internet]. 2010 [acesso em 2013 jul 02]; 27(1): 232-5. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982010000100014&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-30982010000100014.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982010000100014&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0102-30982010000100014)

19. Rossetto M, Maia KS, Silva VC, Pinto EC, Cosentino SF, Soler MG. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência. *Rev Enferm UFSM*. 2012; 2(2): 347-52.
20. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo cristo redentor através da escala de depressão geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(1): 253-9.
21. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr [internet]*. 2005 dez [acesso em 2013 jul 16]; 27(4): 3012-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000400009&lng=en&nrm=iso.
22. Silva EV, Martins F, Bachion MM, Nakatani AYK. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *Rev Min Enf*. 2006; 10(1): 46-53.
23. Robins RW, Tracy JL, Trzesniewski K, Potter J, Gosling SD. Personality correlates of self-esteem. *J Res Pers*. 2001 Dec; 35(4): 463-82. DOI <http://dx.doi.org/10.1006/jrpe.2001.2324>.
24. Lindwall M, Rennemark M, Halling A, Berglund J, Hassmén P. Depression and exercise in elderly men and women: findings from the swedish national study on aging and care. *J Aging Phys Act*. 2006 Jan; 15(1): 41-55.
25. Keogh JWL, Kilding A, Pidgeon P, Ashley L, Gillis D. Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *J Aging Phys Act*. 2009 Oct; 17 (4):479-500.
26. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey. *Cad Saúde Publica*. 2003 jun; 19(3): 735-43.
27. Gorzoni ML, Pires SL. Idosos asilados em hospitais gerais. *Rev Saúde Publ [internet]*. 2006 dez [acesso em 2013 jul 13]; 40(6):1124-30. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000700024&lng=en&nrm=iso.

28. Baker J, Meisner BA, Logan AJ, Kungl AM, Weir P. Physical activity and successful aging in canadian older adults. *J Aging Phys Act.* 2009 Apr; 17(2): 223-35.
29. Dechamps A, Diolez P, Thiaudière E, Tulon A, Onifade C, Vuong T, Helmer C, Bourdel-Marchasson I. Effects of Exercise Programs to Prevent Decline in Health-Related Quality of Life in Highly Deconditioned Institutionalized Elderly Persons. *Arch Intern Med.* 2010; 170(2):162-9.
30. Molena-Fernandes CA, Carolino IDR, Elias RGM, Nardo Jr N, Tasca RS, Cuman RKN. Effect of aerobic physical exercise on the lipid profile in type 2 diabetic elderly women attended in a basic health unit in Maringá, Paraná State, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2008; 11(2):155-65.
31. Watsford ML, Murphy AJ. The effect of habitual exercise on respiratory-muscle function in older adults. *J Aging Phys Act.* 2005; 13(1): 34-44.
32. Morrison ML. Health Benefits of Animal-Assisted Interventions. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2007 Jan; 12(1): 51-62. DOI <http://dx.doi.org/10.1177/1533210107302397>.
33. Moretti F, de Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C, Negretti F, Sacchetti C, and Atti AR. Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics.* 2011; 11(2): 125-9.
34. Berget B, Ekeberg O, Braastad BO. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [internet]. 2008 abr [acesso em 2011 nov 8]; 4: 9. Disponível em <http://www.cpementalhealth.com/content/4/1/9>.
35. Wesley MC, Minatrea NB, Watson JC. Animal Assisted Therapy on the treatment of substance dependence. *Anthrozöos.* 2009; 22 (2): 137-48.
36. Cole KM, Gawlinski A, Steers N, Kotlerman J. Animal assisted therapy in patients hospitalized with heart failure. *Am J Crit Care.* 2007 Nov; 16(6): 575-85.

37. Colombo G, Dello Buono M, Smania K, Raviola R, De Leo D. Pet therapy and institutionalized elderly: a study on 144 cognitively unimpaired subjects. Arch Gerontol Geriatr. 2006; 42 (2): 207-16.
38. Gee NR, Harris SL, Johnson KL. The role of therapy dogs in speed and accuracy to complete motor skills tasks for preschool children (Report). Anthrozoos . 2007; 20 (4):375-86.
39. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. Jama. 2003; 289(18): 2387-92.
40. Organização Mundial de Saúde. [internet] [acesso em 2012 mar 13]; Disponível em <http://www.who.int/en/>.
41. Ramos LR. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 793-8.
42. Vitoreli E, Pessini S, Silva MJP. A auto-estima de idosos e as doenças crônicas degenerativas. RBCEH. 2005 jan-jun; 2(1): 102-14.
43. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. R Bras Est Pop. 2006 jan-jun; 23(1): 5-26.
44. Mincato PC, Freitas CLR. Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul – RS. RBCEH. 2007 jun; 4(1): 127-38.
45. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr RS. 2006; 28(1): 27-38.
46. Perlini, NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos apontados por familiares. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(2): 229-36.
47. Araújo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(3): 378-85.

48. Kawasaki K, Diogo MJD'E. Assistência domiciliária ao idoso: perfil do cuidador formal – parte I. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(3): 257-64.
49. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. Rev Bras Enferm. 2012; 65(3): 482-7.
50. Terra NL Bós AJG, Bonardi G, Dickel SGF, Mohr CC, Mallmann L. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. Sci Med. 2009; 19(1): 3-10.
51. Nogueira CF, Freitas MC, Almeida PC. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011; 14(3): 543-54.
52. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de Vitória - ES. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011 Sep [acesso em 2014 jun 15] ;15(3): 618-23. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300011&lng=en.
53. Ribeiro MTF, Ferreira RC, Magalhães CS, Moreira NA, Ferreira EF. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Rev Bras de Enferm. 2009; 62(6): 870-5.
54. Gratao ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm USP. 2013 fev; 47(1): 137-44. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342013000100017>.
55. Santos JC, Ceolim MF. Iatrogenias de enfermagem em pacientes idosos hospitalizados. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4):810-7.
56. Marin MJS, Angerami ELS. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1): 33-41.
57. Nascimento LC, Moraes ER, Silva JC, Veloso LC, Vale ARMC. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2008 Aug [acesso em 2014 jun 6]; 61(4): 514-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000400019&lng=en.

58. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(Spec): 9 telas.
59. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]*. 2013 Mar [acessado em 2014 jun 02]; 16(1): 127-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232013000100013&lng=pt
60. Almeida AK, Maia EMC. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. *Psicol Estud*. 2010; 15(4): 743-50.
61. Ross EK. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8ª. ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2002.
62. Silva CA, Menezes MR, Santos ACPO, Carvalho LS, Barreiros EX. Relacionamento de amizade na instituição asilar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006; 27(2): 274-83.
63. Bishop AJ. Stress and depression among older residents in religious monasteries: do friends and god matter? *The Int J Aging Hum Dev*. 2008; 67(1): 1-23.
64. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012 abr; 28(4): 769-80.
65. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17 (5/6): 333-41.
66. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública [internet]*. 2007 nov [acesso em 2013 jul 16]; 23(11): 2781-8. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001100025&lng=pt.

67. Rosa TEC, Benício MHDA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2003 fev [acesso em 2013 jul 16]; 37(1): 40-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000100008&lng=pt&nrm=iso.

68. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [internet]. 2005 jun [acesso em 2013 ago 14]; 8(2): 127-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2005000200005&lng=en&nrm=iso.

69. Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, Tavares A. Self-perception of health and cognitive performance in community-dwelling elderly. *Rev Psiquiatr Clin* [internet]. 2010 jan [acesso em 2013 jul 18]; 37(1): 32-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000100007&lng=en.

70. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(6): 827-34.

71. André C, Lelord F. Auto-estima: amar a si mesmo para conviver melhor com os outros. Rio de Janeiro: Record; 2003. p. 15-30.

72. Mosquera JJM, Stobäus CD. Autoimagem, autoestima e autorealização na universidade. In: Enricone D. organizadora. *A docência na educação superior: sete olhares*. 2ª ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008. p. 111-27.

73. Santos AT, Leyendecker DD, Costa ALS, Talarico JNS. Queixa subjetiva de comprometimento da memória em idosos saudáveis: influência de sintomas depressivos, percepção de estresse e autoestima. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(esp): 24-9.

74. Serreti A, Chiesa A, Souery D, Calati R, Sentissi O, Kasper S, et al. Social adjustment among treatment responder patients with mood disorders. *J Affect Disord*. 2013 Sep; 150(3): 961-6. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.021>.

75. Meurer, ST, Borges LJ, Benedetti TRB. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2012; 34(3): 683-95.

76. Benedetti TB, Petroski EL, Gonçalves LT. Exercícios físicos, autoimagem e autoestima em idosos asilados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2003; 5(2): 69-74.

77. Lima DL, Lima MAVD, Ribeiro CG. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH*. 2010 set-dez; 7(3): 346-56.

78. Herero VG, Extremera N. Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. *Pers Indiv Differ* 2010; 49(2): 124-9.

79. Snowdon, J. How high is the prevalence of depression in old age? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(Supl I): 42-7.

80. Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Sci Med*. [internet]. 2007 jan-mar [acesso em 2013 jul 02]; 17 (1): 3-8. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1597/1837>.

81. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crit* [internet]. 2007 [acesso em 2013 jul 02]; 20(2): 229-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722007000200008&lng=pt&nrm=iso.

82. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela estratégia de saúde da família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Farm Comunidade*. 2012 abr-jun; 7(23):75-82. DOI <http://dx.doi.org/10.5712%2F%2Frbmfc7%2823%29381>.

83. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, Pentzek M, Kaduszkiewicz H, Bachmann C, Angermeyer MC, Luppá M, Wiese B, Mösch E, Bickel H. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord*. 2008 dec; 111(2-3):153-63. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.02.008>.

84. Ferreira PCS, Tavares DMS, Martins NPF, Rodrigues LR, Ferreira LA. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev Eletr Enf*. 2013 jan-mar; 15(1): 197-204.

85. Modrego PJ, Ferrández J. Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. *Arch Neurol*. 2004; 61(8):1290-3. DOI <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.61.8.1290>.
86. Jorm AF. Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? *Gerontology*. 2000; 46(4): 219-27.
87. Nair N, Farmer C, Gongora E, Dehmer GJ. Commonality between depression and heart failure. *Am J Cardiol*. 2012; 109(5):768-72. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.10.039>.
88. Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC, Matos AG, Coutinho WF, Meirelles RMR, Ellinger VCM, Zagury L. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003 fev; 47(1): 19-29.
89. Lima MTR, Souza e Silva R, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr [internet]*. 2009; 58(1): 1-7. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852009000100001&lng=en&nrm=iso
90. Ramos, LR, Simoes EJ, Albert MS. Dependence in Activities of Daily Living and Cognitive Impairment Strongly Predicted Mortality in Older Urban Residents in Brazil: A 2-Year Follow-Up. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(9): 1168-75.
91. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Beekman ATF, Mast RC, Westendorp RJG. Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely? *Am J Psychiatry*. 2005 Jan; 162 (1): 178-80.
92. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. p.192.
93. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. WHOQOL- OLD Project method and focus group results in Brazil. *Rev Saúde Publica* 2003; 37(6): 793-9.
94. Kimura M, Silva JV. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(esp): 1098-104. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500014>

95. The Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
96. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 7-18.
97. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. Soc Sci Med. 1995 Nov; 41(10): 1439-46. DOI [http://dx.doi.org/ 10.1016/0277-9536\(95\)00117-P](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00117-P).
98. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CR, McDonald NJ, O'Malley K, et al. Individual quality of life in the healthy elderly. Qual Life Res. 1994 Aug; 3(4): 235-44.
99. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2005 set [acesso em 2014 jun 08]; 8(3): 246-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006&lng=en.
100. Fleck MPA. organizador. A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. 228 p.
101. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 2004 mar- abr; 20(2):580-8.
102. Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Methods for Measuring Levels of Well-being for a Health Status Index. Health Serv Res. 1973; 8(3): 228-45.
103. Nunes VMA, Menezes RMP, Alchieri JC. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal – RN. Acta Scientiarum. 2010; 32(2): 119-26. DOI [http://dx.doi.org/ 10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479](http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479).
104. Orlando MM, Silva MSP, Lombardi JI. The influence of the practice of physical activity on the quality of life, muscle strength, balance, and physical ability in the elderly. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2013 Mar [acesso em 2014 June 15]; 16(1): 117-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100012&lng=en.

105. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflex Crit*. 26(4): 820-30.
106. Xavier FM, Ferraza MP, Argimon I, Trentini CM, Poyares D, Bertollucci PH, Bisol LW, Moriguchi EH. The DSM-IV 'minor depression' disorder in the oldest-old: prevalence rate, sleep patterns, memory function and quality of life in elderly people of Italian descent in Southern Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002 Feb; 17(2): 107-16.
107. Ormel J. *The Journals of Gerontology. Series b. Psychological Sciences and Social Sciences* 57(4): 338-47.
108. Beckert M, Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012 abr-jun; 29(2): 155-62.
109. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(8):1943-54.
110. Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicol Reflex Crit*. 2011; 24(4): 810-8.
111. Yamamoto A, Diogo MJD. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(5): 660-6.
112. Statement from the committee on the human-animal bond. *J Am Vet Med Assoc*. 1998; 212(11): 1675.
113. Friedmann E, Son H. The Human-companion animal bond: how humans benefit. *Vet Clin North Am Small Anim Pract*. 2009 Mar; 39(2): 293-326. DOI: 10.1016/j.cvsm.2008.10.015. DOI [http://dx.doi.org/ 10.1016/j.cvsm.2008.10.015](http://dx.doi.org/10.1016/j.cvsm.2008.10.015).
114. McNicholas J, Gilbey A, Rennie A, Ahmedzai S, Dono JA, Ormerod E. Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *BMJ*. 2005 Nov; 331(7527): 1252-4. DOI [http://dx.doi.org/ 10.1136/bmj.331.7527.1252](http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7527.1252)

115. Fine AH, Beck A. Understanding our kinship with animals: input for health care professional interested in the human/ animal bond. In: Handbook on Animal Assisted Therapy. Fine, AH (org). 3rd ed. UK: Elsevier; 2010. p. 3-15.
116. Bowlby, J. Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. Canada's Mental Health Supplement. 1969; 69: 1-17.
117. Barba BE. A critical review of research on the human/ companion animal relationship. A critical review. Anthrozoös. 1995; 8(1): 9-20.
118. Triebenbacher SL. The companion animal within the family system: The manner in which animals enhance life within the home. In: Fine AH. editor. Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice. San Diego: Academic Press; 2000. 481 p.
119. Bryant BK. Social support in relation to human animal interaction. Bethesda, Maryland, 2008, Sept. 30–Oct. 2. Paper presented at the NICHD/Mars meeting on Directions in Human-Animal Interaction Research: Child Development, Health and Therapeutic Interventions.
120. Beck AM, Katcher AH. Future directions in human-animal bond research. American Behavioral Scientist. 2003 Sep; 47(1): 79-93. DOI <http://dx.doi.org/10.1177/0002764203255214>
121. McConnell AR, Brown CM, Shoda TM, Stayton LE, Martin CE. Friends with benefits: on the positive consequences of pet ownership. J Pers Soc Psychol. 2011 Dec; 101(6): 1239-52. DOI <http://dx.doi.org/10.1037/a0024506>.
122. Friedmann E, Katcher AH, Lynch JJ, et al. Animal companions and one-year survival of patients after discharge from a coronary care unit. Public Health Rep 1980; 95: 307-12.
123. Headey B, Krause P. Health benefits and potential budget savings due to pets: Australian and German survey results. Aust Social Mon. 1999; 2(2): 4-6.
124. Qureshi AI, Memom MZ, Vazquez G, Suri MFK. Cat ownership and the risk of fatal cardiovascular diseases: results from the Second National Health and Nutrition Examination Study Mortality Follow-up Study. J Vasc Interv Neurol. 2009 Jan; 2(1): 132-5.

125. Aiba N, Hotta K, Yokoyama M, Guoqin W, Tabata M, Kamiya K, et al. Usefulness of pet ownership as a modulator of cardiac autonomic imbalance in patients with diabetes mellitus, hypertension, and/or hyperlipidemia. *Am J Cardiol* [internet]. 2012 Abr [acesso em 2013 fev 13]; 109(8): 1164–70. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002914911035247>.
126. Spence LJ, Kaiser L. Companion Animals and Adaptation in Chronically Ill Children. *West J Nurs Res*. 2002; 24(6): 639-56. DOI <http://dx.doi.org/10.1177/019394502320555395>.
127. Zakeri N, Bain PG. Sustained improvement in a patient with young onset Parkinson's disease after the arrival of a pet dog. *J Neurol*. 2010 aug; 257(8):1396-7. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s00415-010-5510-y>.
128. Zasloff RL, Kidd AH. Loneliness and Pet Ownership Among Single Women. Center for Animals in Society, School of Veterinary Medicine, University of California. *Psychol Rep*. 1994 Oct; 75(2): 747-52.
129. Weibel AR, Higgins PA. The Relationship Between Social Roles and Self-Management Behavior in Women Living with HIV/AIDS. *Women's Health Issues*. 2012; 22(1): e27–e33.
130. Poresky RH, Hendrix C. Differential effects of pet presence and pet-bonding on young children. *Psychological Reports* [internet]. 1990 ago [acesso em 2012 abr 02]; 67 (1): 51-4. DOI <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1990.67.1.51>.
131. Endenburg N, Lith HA. The influence of animals on the development of children. *Vet J*. 2011 Nov; 190(2): 208-14. doi: 10.1016/j.tvjl.2010.11.020.
132. McNicholas J, Collis GM. Dogs as catalysts for social interactions: robustness of the effect. *Br J Psychol* 2000; 91(1):61-70.
133. Rogers J, Hart LA, Boltz RP. The role of pet dogs in casual conversations of elderly adults. *J Soc Psychol* 1993; 133: 265-77.
134. Wohlfarth R, Mutschler B, Beetz A, Kreuser F, Korsten-Reck U. Dogs motivate obese children for physical activity: key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions. *Front Psychol*. 2013 oct; 796: 1-7. DOI <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00796>.

135. Lail P, McCormack GR, Rock M. Does dog-ownership influence seasonal patterns of neighbourhood based walking among adults? A longitudinal study. *BMC Public Health*. 2011 Mar; 11(1): 148-55. DOI [http://dx.doi.org/ 10.1186/1471-2458-11-148](http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-148).
136. Megehee C. Can we live without cats? Interpreting and expanding on Ellson's question from a cat-lovers's perspective. *Journal of Business Research*. 2008 May; 61(5): 574-8 DOI [http://dx.doi.org/ 10.1016/j.jbusres.2007.07.025](http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2007.07.025).
137. Field NP, Orsini L, Gavish R, Packman W. Role of attachment in response to pet loss. *Death Stud*. 2009 apr; 33(4):334-55. DOI <http://dx.doi.org/10.1080/07481180802705783>.
138. Packman W, Field NP, Carmack BJ, Ronen R. Continuing Bonds and Psychosocial Adjustment in Pet Loss. *Vet J*. 2011 Nov;190(2):208-14. DOI: 10.1016/j.tvjl.2010.11.020.
139. Banks MR, Banks WA. The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *J Gerontol*. 2002; 57A(7): 428-32.
140. Johnson RA, Meadows RL, Haubner JS, Sevedge K. Animal-assisted activity among patients with cancer: effects on mood, fatigue, self-perceived health, and sense of coherence. *Oncol Nurs Forum*. 2008 Mar; 35(2): 225-32.
141. La Jolie KR. *An Evaluation of the Effectiveness of Using Animals in Therapy*. Louisville: Spalding University; 2003.
142. Delta Society. About animal-assisted activities and animal assisted therapy [internet]. [acesso em 2012 jun 05]. Disponível em <http://www.deltasociety.org/aboutaaat.htm>.
143. Serpell JA. Animal Assisted Interventions in Historical Perspective in: *Handbook on Animal Assisted Therapy*. Fine, AH (org). UK: Elsevier; 2010. p.17- 31.
144. Celano T. *Vida de São Francisco de Assis*. 5 ed. Petrópolis: Vozes; 1982.
145. Wilson EO. *Biophilia*. Harvard University Press; 2003. 168p.

146. Bossad JH. The mental hygiene of owning a dog. *Mental Hygiene*. 1944; 28: 408-13.
147. Levinson B. The dog as co-therapist. *Mental Hygiene*. 1962; 46: 59-65.
148. Silveira N. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática; 2001. 165p.
149. Silveira N. *Gatos, a emoção de lidar*. Rio de Janeiro: Léo Christiano Editorial; 1998. 80p.
150. Virue´s-Ortega J, Buela-Casal G. Psychophysiological effects of human animal interaction. Theoretical issues and long-term interaction effects. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(1): 52-7. DOI [http://dx.doi.org/ 10.1097/01.nmd.0000195354.03653.63](http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000195354.03653.63).
151. Lynch JJ, Thomas SA, Mills ME, Malinow KL, Katcher AH. The effect of human contact on cardiac arrhythmia in coronary care patients. *J Nerv Ment Dis*. 1974; 158(2): 88-99.
152. Allen K, Shykoff BE, Izzo JL. Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses to mental stress. *Hypertension* [internet]. 2001 out [acesso em 2012 maio 05]; 38 (4): 815-20. Disponível em: <http://hyper.ahajournals.org/content/38/4/815.full>.
153. Vormbrock JK, Grossberg JM. Cardiovascular effects of human-pet dog interactions. *J Behav Med*. 1988 oct; 11 (5):509-17.
154. Kruger KA, Serpell JA. Animal-assisted interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. In: Fine AH (org). *Handbook on animal assisted therapy: theoretical foundations and guidelines for practice*. 3rd. New York: Academic Press; 2010. p. 33-48.
155. Rijken Mieke, Beek S. Social indicators research and about cats and dogs...reconsidering the relationship between pet ownership and health related outcomes in community-dwelling elderly. *Social Indicators Research*. 2011; 102(3): 373-88. DOI <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9690-8>.
156. Gee NR, Harris SL, Johnson KL. The role of therapy dogs in speed and accuracy to complete motor skills tasks for preschool children. *Anthozoos*. 2007 dec; 20(4): 375-86.

157. Barker SB; Pandurangi AK, Best AM. Effects of animal-assisted therapy on patients' anxiety, fear, and depression before ECT. *The Journal of ECT*. 2003 mar; 19(1): 38-44.
158. Martin F, Farnum J. Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *West J Nurs Res*. 2002; 24(6): 657-70.
159. Sobo EJ, Eng B, Kassity-Krich N. Canine visitation (pet) therapy. Pilot data on decreases in child pain perception. *J Holist Nurs*. 2006; 24 (1): 51-7.
160. Hakanson M, Möller M, Lindström I, Mattsson B. The horseasthehealer- A study of ridingin patients with back pain. *J Bodyw Mov Ther* [internet]. 2009 jan [acesso em 2012 maio 05]; 13(1): 43–52. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859207000782>.
161. Stasi MF, Amati D, Costa C, Resta D, Senepa G, Scarafioiti C, Aimonino N, Molaschi M. Pet therapy: a trial for institutionalized frail elderly patient. *Arch Gerontol Geriat*. 2004; 38 Suppl 9: 407-12.
162. Hanson LM, Kruglikova YA, MacLin OH, Robertson RL, Somervill JW. "Physiological responses by college students to a dog and a cat: implications for pet therapy. *N Am J Psychol* [internet]. 2008 dez [acesso em 2013 jul 14]; 10(3): 519. Disponível em <http://go.galegroup.com.ez15.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?id=GALE%7CA191856983&v=2.1&u=capex58&it=r&p=AONE&sw=w>.
163. Bass MM, Duchowny CA, Llabre MM. The Effect of Therapeutic Horseback Riding on Social Functioning in Children with Autism. *J Autism Dev Disord* [internet]. 2009 set [acesso em 2013 01 jul]; 39 (9):1261-7. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=eb6165bb2ec2431a84beb56d73a67606%40sessionmgr12&vid=1&hid=25&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=c8h&AN=2010373641>.
164. Pineda Perez EJ. La delfinoterapia en niños con síndrome Down atendidos en un círculo infantil especial. *Rev Cubana Pediatr* [internet]. 2008 out-dez [acesso em 2012 nov 04]; 80(4). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475312008000400004&lng=es.
165. Charnetski CJ, Riggers S, Brennan FX. Effect of petting a dog on immune system function. *Phycol Res*. 2004 dez; 95(3f): 1087-91.

166. Ribi FN, Yokoyama A, Turner DC. Comparison of children's behavior toward Sony's robotic dog AIBO and a real dog: a pilot study (Report). *Anthrozoos*. 2008 set; 21(3): 245-56.
167. Kramer SC, Friedmann E, Bernstein PL. Comparison of the effect of human interaction, animal-assisted therapy and AIBO assisted therapy on long-term care residents with dementia. *Anthrozoos*. 2009; 22(1): 43-57.
168. Tissen I, Hergovich A, Spiel C. School-Based Social Training with and without Dogs- Evaluation of Their Effectiveness. *Anthrozoos*. 2007; 20(4): 365-73.
169. Kaiser L, Spence LJ, McGavin L, Struble L, Keilman L. A dog and a "happy person" visit nursing home residents. *West J Nurs Res*. 2002; 24(6): 671-83.
170. Nimer J, Lundahl B. Animal-assisted therapy: a meta-analysis (Report). *Anthrozoos*. 2007; 20(3): 225-38.
171. Esteves SW, Stokes T. Social effects of a dog's presence on children with disabilities (Report). *Anthrozoos*. 2008; 21(1): 5-15.
172. Braun C, Stangler T, Narveson J, Pettingell S. Animal-assisted therapy as a pain relief intervention for children. *Complement Ther Clin Pract*. 2009 may; 15(2): 105-9. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.02.008>.
173. Villalta-Gil V, Roca M, Gonzalez N, Domenec E, Cuca, Escanilla A, Asensio MR, et al. Dog-assisted therapy in the treatment of chronic schizophrenia inpatients. (Clinical report). *Anthrozoos*. 2009 jun; 22(2): 149-59. DOI <http://dx.doi.org/10.2752/175303709X434176>.
174. Luptak JE, Nuzzo NA. The effects of small dogs on vital signs in elderly women: A pilot study. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2004; 15(1): 9-12.
175. Coakley AB, Mahoney EK. Creating a therapeutic and healing environment with a pet therapy program. *Complement Ther Clin Pract* [internet]. 2009 aug [acesso em 2013 02 15]; 15(3): 141-6. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388109000553>
176. Barker SB, Knisely JS, McCain NL, Schubert CM and Pandurangi AK. Exploratory Study of Stress-Buffering response Patterns from Interaction with a

Therapy Dog. Anthrozoos. 2010 mar; 23(1): 79-91. DOI <http://dx.doi.org/10.2752/175303710X12627079939341>.

177. Le Roux MC, Kemp R. Effect of a companion dog on depression and anxiety levels of elderly residents in a long-term care facility. Psychogeriatrics. 2009; 9(1): 23-6.

178. Banks MR, Willoughby LM, PhD, Banks WA. Loneliness in Nursing Homes: use of robotic versus living dogs. J Am Med Dir Assoc. 2008; 9(3): 173-7.

179. 107. Brasil. IPEA - IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [internet]. [acesso em 2011 junho 20]. Disponível em www.ipea.gov.br.

180. Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo Sobre Idosos Institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2004 mai-jun; 57(3):332-5.

181. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. Psicologia: Reflexão e Crítica 2013; 26(4): 820-30.

182. Bertolucci PH; Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuro-Psiquiatr. 1994 mar; 52(1): 1-7.

183. Chaves, MLF. Teste de avaliação cognitiva: mini-exame do estado mental [internet]. [acesso em 2012 maio 15]. Disponível em www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.

184. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev Saúde Pública [internet]. 2006 [acesso em 2012 maio 13]; 40 (4): 712-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000500023&lng=en&nrm=iso.

185. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1999; 57(2b): 421-6.

186. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005 Dez

[acessado em 2014 Maio 02]; 39(6): 918-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600008&lng=en.

187. Rosenberg, Morris. *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press; 1989.

188. Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2004 jan.-abr; 19(1): 41-52.

189. Schmit DP, Allik J. Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. 2005 Oct; 89(4): 623-42.

190. Hutz CS, Zanon C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. *Aval. Psicol* [internet]. 2011 abr [acesso em 2013 ago 13]; 10(1): 41-9. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712011000100005&lng=pt.

191. Meier LL, Orth U, Denissen JJA, Kühnel A. Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *J Res Pers*. 2011; 45(6): 604-12.

192. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*. 2003 mai-jun; 19(3): 705-15.

193. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2011 julho [acesso em 2013 ago 26]; 16(7): 3103-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800010&lng=en&nrm=iso.

194. Cruz LN, Comey SA, Hoffmann JF, Rowen D, Brazier JE, Fleck MP, Polanczyk CA. Estimating the SF-6D value set for a population-based sample of Brazilians. *Value Health* [internet]. 2011 Jul-Aug [acesso em 2014 abr 28]; 14(5 Suppl 1): 108-14. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.012>.

195. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gøtzsche PC, Devereaux PJ, et al. Consort 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ* [internet]. 2010 Mar [acesso em 2013 maio 05]; 340: c869. 1-28. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c869>.

196. Brasil. Resolução 466/12. Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde [internet]. [acesso em 2013 jun 7]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

197. Gutierrez Filho PJB, Geraldo TL, Silva FC, Arancibia BAV, Silva R. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(1): 141-51.

198. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012 nov-dez; 20(6): [09 telas].

199. Epley N, Waytz A, Cacioppo JT. On Seeing Human: a three-factor theory of anthropomorphism. *Psychological Review*. 2007; 114(4): 864-86. DOI <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.114.4.864>.

200. Associated Press. The AP-Petside.com pool [internet]. 2010 [acesso em 2014 jun 01]; Disponível em: <http://surveys.ap.org>.

201. Rodrigues NC, Rauth J, Terra NL. Envelhecimento e velhice. In: Rodrigues NC, Terra NL. organizadores. *Gerontologia social para leigos*. 2ª ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2010. p. 39.

202. Green CA, Polen MR, Janoff SL, Castleton DK, Wisdom JP, Vuckovic N, et al. Understanding How clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS Study Results. *Psychiatr Rehabil J*. 2008; 32(1): 9-22. DOI <http://dx.doi.org/10.2975/32.1.2008.9.22>.

203. Duarte CV, Santos MA. “E agora... de quem cuidarei?": o cuidar na percepção de idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. *Psicol Ciênc Prof*. 2004; 24(1): 2-13.

204. Carvalho N, Costa MP, Viadanna PHO, Araujo CNP, Santos JBF, Oliveira PR. Importância da relação cão-idoso para aprimoramento da qualidade de vida em abrigos de Uberlândia, MG. *Em Extensão* 2011 jan-jun; 10(1): 128-38.

205. Oliva VNLS, Albuquerque VB, Silva EYT, Yamamoto KCM, Costa KN, Silva MLM, et al. Idosos institucionalizados e as atividades assistidas por animais (AAA). *Rev Ciênc Ext.* 2010; 6(2): 16-31.
206. Berry A, Borgi M, Terranova L, Chiarotti F, Alleva E, Cirulli F. Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psychogeriatrics.* 2012; 12(3): 143-50. DOI <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00393.x>
207. Hirschman, EC. Consumers and Their Animal Companions. *Journal Consum Res.* 1994; 20(4): 616-32.
208. Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011; 14(1): 85-95.
209. Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(1):147-53.
210. Branden N. Como aprender a gostar de si mesmo. 18ª. ed. São Paulo: Saraiva; 1996.
211. Maner JK, DeWall C, Nathan B, Roy F, Schaller M. Does social exclusion motivate interpersonal reconnection? Resolving the "porcupine problem." *J Pers Soc Psychol* [Internet]. Jan 2007 [acesso em 2014 jun 3]; 92(1): 42-55. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2006-23056-004>.
212. Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M organizador. *Gerontologia.* São Paulo: Atheneu; 1996. p.109-13.
213. Guedes MHM, Guedes HM, Almeida MEF. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [acesso em 2014 Jun 20]; 14(4): 731-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400012&lng=en
214. Mazo GZ, Krug RR, Virtuoso JF, Streit IA, Benetti MZ. Autoestima e depressão em idosos praticantes de exercícios físicos. *Kinesis.* 2012 jan-jun; 30(1): 188-99.

215. Gatty CM. Psychosocial impact of therapeutic riding: a pilot study. *Equine-Facilitated Mental Health Assoc.* 2001; 5(2): 8.

216. Rodin J, Langer E. Aging Labels: the decline of control and the fall of self-esteem. *J Soc Issues* [Internet]. 1980 [acesso em 2014 jun 2]; 36(2): 12-29. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02019.x>

217. Stillman TF, Baumeister RF, Lambert NM, Crescioni AW, Dewall CN, Fincham FD. Alone and Without Purpose: life loses meaning following social exclusion. *J Exp Soc Psychol.* 2009 jul; 45(4): 686-94.

218. Ciornai S. Percursos em arteterapia: arteterapia gestáltica, arte em psicoterapia, supervisão em arteterapia. São Paulo: Summus; 2004.

219. Menna LF, Fontanelle M, Santanielo A, Ammendola E, Travaglino M, Mugnai F, et al. Evaluation of social relationships in elderly by animal-assisted activity. *International Psychogeriatrics* [Internet]. 2012 jun [acesso em 2014 jun 6]; 24 (6): 1019-20. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=6&fid=8538822&jid=IPG&volumeId=24&issueId=06&aid=8538821&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=&fulltextType=LT&fileId=S1041610211002742>.

220. Motomura N, Yagi T, Ohyama H. Animal assisted therapy for people with dementia. *Psychogeriatrics.* 2004; 4(2): 40-2. DOI <http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2004.00062.x>.

221. Motooka M, Koike H, T, Kennedy NL. Effect of dog walking on autonomic nervous activity in senior citizens. *Med J Aus.* 184(2): 60-63.

222. Odendaal JSJ. Animal-assisted therapy. Magic or medicine? *J Psychosom Res.* 2000 Oct;49(4):275-80.

223. Beetz A, Uvnäs-Moberg K, Julius H, and Kotrschal K. Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Front Psychol.* 2012 Jul 9;3:234. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00234.

224. Hedges LV Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis.* New York: Academic Press; 1985.

225. Hawton K, Comabella CC, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2013 May; 147(1-3): 17-28. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>.
226. Freitas MAV, Scheicher ME. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2010; 13(3): 395-401.
227. Hanmer J, Vanness D, Gangnon R, Palta M, Fryback DG. Three methods tested to model SF-6D health utilities for health states involving comorbidity/co-occurring conditions. *J Clin Epidemiol.* 2010; 63(3): 331-41.
228. Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, Busschbach J. A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health Econ.* 2004; 13:873-84.
229. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Sci Med.* 2011; 21(4):166-72.
230. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2010 set [acesso em 2014 jun 17]; 15(6): 2941-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600032&lng=en.
231. Blazer, DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist.* 2008 Aug; 48(4): 415-22.
232. Silva LWS, Santos RG, Squarcini CFR, Souza AL, Azevedo MP, Barbosa FNM. Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa – perspectivas de um programa de treinamento físico. *Rev Kairós Gerontologia.* 2011; 14(3): 145-66.
233. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. *Rev Bras Enferm.* 2013 nov-dez; 66(6):914-20.
234. Dosa DM. A Day in the Life of Oscar the Cat. *N Engl J Med.* 2007 Jul; 357(4): 328-9. DOI <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp078108>.
235. DiSalvo H, Haiduven D, Johson N, Reyes VV, Hench CP, Shaw R, Stevens DA. Who let the dogs out? Infection control did: utility og dogs in health care settings and infection control aspects. *Am J Infect Control.* 2006 Jun; 34(5): 301-7.

236. Bussotti EA, Leão ER, Chimentão DMN, Silva CPR. Assistência individualizada: posso trazer meu cachorro? Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2005 Jun; [acessado em 2014 Jun 14]; 39(2):195-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200010&lng=en.

ANEXOS

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

ORIENTAÇÃO

* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).

5
5

* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (**rua ou local^a**) (andar).

REGISTRO

* Dizer três palavras: **PENTE RUA AZUL**. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____

--

3

ATENÇÃO E CÁLCULO

* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)

--

5

Alternativo¹: série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)

EVOCAÇÃO

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)

3
2
1
3
1
1
1

LINGUAGEM

* Identificar lápis e relógio de pulso

* Repetir: "Nem aqui, nem alí, nem lá".

* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".

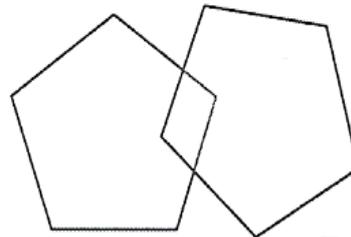
* Ler 'em voz baixa' e executar: **FECHE OS OLHOS**

* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)

* Copiar o desenho:

TOTAL:

--	--



ANEXO B - AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DEPRESSIVOS**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA ABREVIADA (versão de 15 questões)**

1. Está satisfeito(a) com sua vida? Sim () Não ()
2. Interrompeu muitas de suas atividades? Sim () Não ()
3. Acha sua vida vazia? Sim () Não ()
4. Aborrece-se com freqüência? Sim () Não ()
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? Sim () Não ()
6. Teme que algo ruim lhe aconteça? Sim () Não ()
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo? Sim () Não ()
8. Sente-se desamparado com freqüência? Sim () Não ()
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? Sim () Não ()
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? Sim () Não ()
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)? Sim () Não ()
12. Sente-se inútil? Sim () Não ()
13. Sente-se cheio/a de energia? Sim () Não ()
14. Sente-se sem esperança? Sim () Não ()
15. Acha que os outros têm mais sorte que você? Sim () Não ()

Soma: _____

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG
(Versão EPM/Rosenberg)

- 1) De uma forma geral, apesar de tudo, estou satisfeito (a) comigo mesmo.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado(a) ou inferior em relação aos outros).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 3) Eu sinto que eu tenho tanto (um número) de boas qualidades.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 6) Às vezes eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

- 7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (em um mesmo nível) às outras pessoas.
 - a) Concordo plenamente
 - b) Concordo
 - c) Discordo
 - d) Discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a).

a) Concordo plenamente

b) Concordo

c) Discordo

d) Discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado(a) a achar que sou um fracassado(a).

a) Concordo plenamente

b) Concordo

c) Discordo

d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo.

a) Concordo plenamente

b) Concordo

c) Discordo

d) Discordo plenamente

Soma: _____

ANEXO D - AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Em geral, o Sr.(a) diria que a sua saúde é:

- (a) excelente
- (b) muito boa
- (c) boa
- (d) média
- (e) ruim

ANEXO E – QUESTIONÁRIO SF-6D AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Instruções: Estas informações nos manterão cientes de como você se sente e quanto é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Por favor, marque para cada questão o item que mais se aproxima da maneira como se sente. Se estiver em dúvida de como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

Capacidade Funcional

1. Sua saúde não dificulta que você faça atividades vigorosas
2. Sua saúde dificulta um pouco que você faça atividades vigorosas
3. Sua saúde dificulta um pouco que você faça atividades moderadas
4. Sua saúde dificulta muito que você faça atividades moderadas
5. Sua saúde dificulta um pouco para você tomar banho ou vestir-se
6. Sua saúde dificulta muito para você tomar banho ou vestir-se

Limitação Global

1. Você não teve problemas com o seu trabalho ou alguma outra atividade diária regular como consequência de sua saúde física ou algum problema emocional
2. Você esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades como consequência de sua saúde física
3. Você realizou menos tarefas do que você gostaria como consequência de algum problema emocional
4. Você esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades como consequência de sua saúde física e realizou menos tarefas do que você gostaria como consequência de algum problema emocional

Aspectos Sociais

1. Sua saúde física ou problemas emocionais não interferiram em suas atividades sociais em nenhuma parte do tempo
2. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais em uma pequena parte do tempo
3. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais em alguma parte do tempo
4. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais na maior parte do tempo

5. Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais todo o tempo

Dor

1. Você não teve nenhuma dor no corpo
2. Você teve dor, mas a dor não interferiu de maneira alguma em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)
3. Você teve dor que interferiu um pouco em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)
4. Você teve dor que interferiu moderadamente em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)
5. Você teve dor que interferiu bastante em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)
6. Você teve dor que interferiu extremamente em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)

Saúde Mental

1. Você nunca tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida
2. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida em uma pequena parte do tempo
3. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida em alguma parte do tempo
4. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida na maior parte do tempo
5. Você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida todo o tempo

Vitalidade

1. Você tem se sentido com muita energia todo o tempo
2. Você tem se sentido com muita energia na maior parte do tempo
3. Você tem se sentido com muita energia em alguma parte do tempo
4. Você tem se sentido com muita energia em uma pequena parte do tempo
5. Você tem se sentido com muita energia nunca

ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DO DIRIGENTE DA ILPI

OBRA UNIDA DA SOCIEDADE DE S. VICENTE DE PAULO.

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo a realização do projeto de pesquisa de doutorado intitulado **EFICÁCIA DA INTRODUÇÃO DE TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE, AUTOESTIMA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**, sob a responsabilidade da Pesquisadora RENATA COELHO FREIRE BATISTA QUEIROZ, docente da Universidade Federal da Paraíba, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, sob a orientação da Dra. Carla Helena Augustin Schwanke. A pesquisa tem como objetivo geral verificar a eficácia da terapia assistida com animais na saúde dos idosos residentes em instituição de longa permanência.

Ciente dos objetivos da pesquisa acima citada, e que me são assegurados os requisitos abaixo:

- o cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS;
- a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- não haverá nenhuma despesa para esta Instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- no caso de não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Concordo em fornecer todos os subsídios necessários ao bom desenvolvimento da pesquisa.

João Pessoa/PB, 23 de setembro de 2.013



MARCELO PAULINO DE MELO
Presidente da VVJF

ANEXO G – CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELA COMISSÃO CIENTÍFICA DO IGG-PUC



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
COMISSÃO CIENTÍFICA

Porto Alegre, 13 de setembro de 2013.

Senhora Pesquisadora RENATA C. FREIRE BATISTA QUEIROZ,

A Comissão Científica do IGG apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: **"EFICÁCIA DA INTRODUÇÃO DE TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, AUTOESTIMA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA"**

Solicitamos que providencie os documentos necessários para o encaminhamento do protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS.

Salientamos que somente após a aprovação deste Comitê o projeto deverá ser iniciado.

Atenciosamente,

Prof. Alfredo Cataldo Neto

Coordenador Adjunto da CC/IGG

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – P. 60 – CEP: 90.610-000
Fone: (51) 3336-8153 – Fax (51) 3320-3862
E-mail: igg@pucrs.br
www.pucrs.br/igg

ANEXO H – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA PUC

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFICÁCIA DA INTRODUÇÃO DE TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE, AUTOESTIMA, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Pesquisador: Carla Helena Augustin Schwanke

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22797713.0.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 504.406

Data da Relatoria: 10/12/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Eficácia da introdução de terapia assistida por animais na auto percepção de saúde, autoestima, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência", trata-se de um ensaio clínico randomizado envolvendo a terapia assistida por animais e atenção habitual da instituição em idosos institucionalizados que residem na Vila Vicentina Júlia Freire,

Paraíba. As pesquisadoras responsáveis pelo projeto são a professora Carla Helena Augustin Schaeanke e a aluna de doutorado do Programa de Pós Graduação de Gerontologia e Biomédica da PUCRS, Renata Coelho Freire Batista Queiros. O benefício esperado para o grupo intervenção é a melhora no nível de depressão, autoestima, auto percepção de saúde e qualidade de vida

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a eficácia da introdução de terapia assistida por animais na auto percepção de saúde, autoestima, depressão e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em instituição de longa permanência de João Pessoa - PB.

Objetivo Secundário

Endereço: Av. Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)320-3345

Fax: (513)320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 504.406

Em idosos institucionalizados:- descrever a história de vida em relação a convívio com animais;- descrever a auto percepção de saúde;- descrever a autoestima;- descrever a frequência sintomas depressivos;- descrever a qualidade de vida relacionada à saúde- analisar a eficácia da introdução de terapia assistida por animais na auto percepção de saúde;- analisar a eficácia da introdução de terapia assistida por animais na autoestima;- analisar a eficácia da introdução de terapia assistida por animais nos sintomas depressivos;- analisar a eficácia da introdução de terapia assistida por animais na qualidade de vida relacionada à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto inclui a avaliação dos riscos-benefícios da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de relevância para a área da saúde considerando a permanente necessidade de descoberta de novas terapêuticas no tratamento da auto percepção da saúde, da autoestima, da depressão e da qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresenta todos os termos de apresentação obrigatória

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av.Ipiranga, 6681

Bairro:

CEP: 90.619-900

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)320-3345

Fax: (51)320-3345

E-mail: cep@puhrs.br

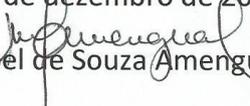
ANEXO I – DECLARAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO ANIMAL APAAB

“No semblante de um animal que não fala, há todo um discurso que só um espírito sábio é capaz de entender”. Mariusa

Declaração

Declaro para os devidos fins que cederemos 4 cães e 5 gatos para a pesquisa de Doutorado intitulada: “Eficácia da Introdução de Intervenção Assistida por Animais na Autopercepção de Saúde, Autoestima, Sintomas Depressivos e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência” sem nenhum custo para a pesquisadora. Afirmamos que os animais a serem cedidos estão em boas condições médico-veterinárias, estando vacinados e vermifugados. Todos os animais a serem utilizados têm o temperamento dócil e passaram por um treinamento básico de comportamento.

João Pessoa, 14 de dezembro de 2013


Maribel de Souza Amengual

Presidente da APAAB

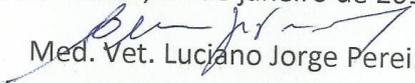
ANEXO J – DECLARAÇÃO MÉDICO-VETERINÁRIA

Clivepa – Clínica Veterinária da Paraíba
Rua Diogo Velho, 133 – Centro – João Pessoa _ PB
Fones: (83) 3221.0590 / 3222.4554

Declaração

Declaro para os devidos fins que os 4 cães e 5 gatos cedidos pela APAAB e que serão utilizados na pesquisa de Doutorado intitulada “Eficácia da Introdução de Intervenção Assistida por Animais na Autopercepção de Saúde, Autoestima, Sintomas Depressivos e Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Idosos Residentes em Instituição de Longa Permanência” estão em boas condições de saúde, estando a vermifugação e vacinação destes animais em dia”.

João Pessoa, 02 de janeiro de 2014


Med. Vet. Luciano Jorge Pereira

CRMV – PB 0111

Luciano Jorge Pereira
Med. Vet. CRMV - PB 0111

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO GERAL

1. Iniciais do nome: _____

2. Idade: _____ anos

3. Sexo: () Masculino () Feminino

4. Estado civil
() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Outro

5. Escolaridade: O sr.(a) estudou? () Sim () Não
() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

6. Antes de residir nesta instituição, você residia em:
() Casa () Apartamento () Fazenda ou sítio
() Outra ILPI () Morador de rua

7. Há quanto tempo reside na instituição?
() Menos de 1 ano: _____
() Entre 1 a 3 anos () Entre 4 a 6 anos
() Entre 7 a 9 anos () Há 10 anos ou mais

8. Pratica alguma atividade física regularmente? () Não () Sim. Qual?

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO HISTÓRICO DA VIVÊNCIA DO IDOSO
COM ANIMAIS

- 1) Você já teve animais de estimação? () sim () não
- 2) Se SIM, qual(is) tipo(s) de animal(is) o(a) Sr.(a) teve?
() Cachorro () Gato () Pássaro () Peixe
() Animais de fazenda () Outros _____
- 3) Se SIM, por quantos anos você teve um animal de estimação? _____
- 4) Quanto você era próximo a este animal?
() Muito () Pouco () Regular
- 5) Se SIM, em qual(is) período(s) da sua vida o sr. (a) teve este(s) animal(is)?
() na infância/adolescência () na fase adulta () na velhice
- 6) Como o sr.(a) se sentia na companhia de seu animal de estimação?
() você se sentia bem
() você se sentia mal
() se sentia indiferente (não sentia nada)
- 7) Você conversava com seu animal de estimação?
() sim, frequentemente () sim, algumas vezes () não
- 8) Você possuía animal(s) de estimação antes de residir na ILP? ()sim ()não
- 9) Se possuía, o que aconteceu com ele? _____
- 10) Você gostaria de possuir animal(is) de estimação agora?
() sim () não () indiferente

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O sr. (a) esta sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a introdução de intervenção assistida por animais em idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade de João Pessoa – PB. A pesquisa será desenvolvida por Renata Coelho Freire Batista Queiroz, doutoranda do Programa de Gerontologia Biomédica da PUCRS e pela Dr^a. Carla Schwanke, professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), orientadora da pesquisa.

Os objetivos do estudo são identificar os efeitos de uma intervenção com animais coterapeutas, a fim de avaliar se esta terapia traz ou não benefícios aos idosos institucionalizados e descrever tais resultados. Pesquisas realizadas previamente em outros países demonstraram que o simples contato com animais traz benefícios fisiológicos e psicológicos para os idosos. Gostaríamos de saber se os animais trariam algum benefício para os idosos residentes nesta instituição.

Solicitamos a sua colaboração para responder alguns questionários por aproximadamente 30 minutos. Estes questionários serão: Mini Exame do Estado Mental, um Questionário Geral, a fim de coletar seus dados (idade, sexo, escolaridade, etc.), a Escala de Autoestima de Rosenberg, a Escala de Depressão Geriátrica, o questionário de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde SF-6D e um questionário sobre a sua experiência no passado com animais domésticos. Após a aplicação destes questionários, faremos a randomização do estudo, isto quer dizer que, por sorteio, dividiremos os idosos que aceitaram em participar do estudo em 02 grupos, aqueles que participarão das 24 sessões com um cão terapeuta, sendo 02 sessões por semana durante 12 semanas, com duração de 30 minutos, e aqueles que não participarão das sessões e seguirão com a rotina regular da instituição. Após a última sessão, os questionários serão novamente aplicados para os dois grupos.

Também pedimos a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação no estudo é voluntária. Caso o Sr(a). desista de participar do estudo, em qualquer momento, por sentir qualquer tipo de desconforto (medo,

reação alérgica ou qualquer outro) em contato com os animais coterapeutas, o Sr. não sofrerá nenhum dano. Esclarecemos que os animais são vacinados, vermifugados, dóceis e treinados para este fim, minimizando assim os riscos de eventuais acidentes ou transmissão de zoonoses durante o nosso estudo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa. O telefone da pesquisadora Renata Queiroz em João Pessoa é 3216.7400 (horário comercial, de segunda a sexta-feira) ou diretamente no telefone 9105.1467, a qualquer hora. Podes também contatar a Dr.^a Carla Schwanke no telefone (51) 3336-8153 ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/RS no telefone (51) 33203345 de segunda à sexta-feira, das 8:00-12:00h e das 14:00-18:00h.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Professora Renata Queiroz e a orientadora Professora Dr.^a Carla Schwanke certificaram-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais. Declaro que concordo em participar desse estudo. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

João Pessoa, ____ de _____ 2013.

Nome _____

_____ Assinatura do Participante da Pesquisa

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente) em ____/____/____ (data) por _____ (pesquisador) enquanto eu estava presente.

_____ Assinatura da testemunha

_____ Nome

_____ Data

_____ Renata Coelho Freire Batista Queiroz – Pesquisadora