

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

**Depressão em idosos institucionalizados:
características clínicas, variáveis psicossociais e qualidade de vida**

RECIFE
2012

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

**Depressão em idosos institucionalizados:
características clínicas, variáveis psicossociais e qualidade de vida**

Tese aprovada pelo Programa de Pós-Graduação
em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Pernambuco para
obtenção do título de Doutor

Orientador: Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Co-Orientador: Dr. Antonio Peregrino

RECIFE
2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

H333d Hartmann Júnior, José Antônio Spencer.
Depressão em idosos institucionalizados: características clínicas,
variáveis psicossociais e qualidade de vida / José Antônio Spencer
Hartmann Júnior. – Recife: O autor, 2012.
195 f.: il. ; tab.; Graf.; 30 cm.

Orientador: Othon Coelho Bastos Filho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2012.
Inclui bibliografia e anexos.

1. Idosos. 2. Institucionalização. 3. Depressão. 4. Qualidade de vida.
I. Bastos Filho, Othon Coelho (Orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2012-237)

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DO
DOUTORANDO JOSÉ ANTÔNIO SPENCER HARTMANN JÚNIOR**

No dia 19 de outubro de 2012, às 9h, no Auditório do Térreo do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: José Waldo Saraiva Câmara Filho, Doutor Professor do Centro de Teologia e Ciências Humanas da Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP; Amaury Cantilino da Silva Júnior, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco; Marcus Túlio Caldas, Doutor Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP; Sandra Lopes de Souza, Doutora Professora do Departamento de Anatomia da Universidade Federal de Pernambuco e Othon Coelho Bastos Filho, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco. Componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o Doutorando, JOSÉ ANTÔNIO SPENCER HARTMANN JÚNIOR sobre a sua Tese intitulada **"DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA"** orientado pelo professor Dr. Othon Coelho Bastos Filho. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Doutorando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. José Waldo Saraiva Câmara Filho
Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior
Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas
Prof.ª. Dr.ª. Sandra Lopes de Souza
Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

APROVADO
APROVADO
APROVADO
APROVADO
APROVADO

No percurso da vida, os exemplos servem de guia e de motivação para as construções e acalentam a alma. Aos meus pais, dedico este trabalho pela forma gentil com que me ofereceram esses exemplos, permitindo meu crescimento e amenizando a caminhada.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Neide Hartmann e irmãos Fábio Hartmann, Andréa Hartmann e Mônica Hartmann Coelho pela alegria que nos serviu de incentivo.

Às minhas filhas Raíssa Hartmann e Marina Hartmann, pela inocência com que se alegraram a cada conquista desse Doutorado.

Ao Dr. Othon Coelho Bastos Filho, pela solidez do conhecimento e a tranquilidade que só a sabedoria permite.

Ao Dr. Antonio Peregrino, pelo zelo com que nos ensinou a aprimorar esta Tese;

À Lisi Arena, Paulino Falcão, Jorge Arruda, Laís Guimarães Vieira, Reginete Cavalcanti, Leopoldo Barbosa e Franco Junqueira, pela contribuição nesta laboriosa e honrosa tarefa de fazer ciência.

Aos idosos das instituições de longa permanência, pela dedicação com que se envolveram na pesquisa e por nos fazerem compreender o sentido maior de uma investigação.

RESUMO

A depressão em idosos chama a atenção de pesquisadores, dado seu subdiagnóstico ser atribuído à cultura de ser um processo normal e sua apresentação atípica. Adicionalmente, modificações da dinâmica familiar favorecem sua institucionalização e podem asseverar ou desencadear depressão. Para determinar a frequência de depressão em idosos institucionalizados e descrever os sintomas depressivos, associando-os à avaliação da qualidade de vida e das perdas cognitivas, esta tese esteve composta por três capítulos complementares. No primeiro, foi apresentada revisão integrativa da literatura, construída pelo método de Torracco e de Whitemore & Knafl, partindo da hipótese de relação entre depressão e institucionalização, tendo por fatores contribuintes restrições de contato social e de atividade física, que podem prover evidências quanto à necessidade de prestar cuidado holístico para auxílio ao enfrentamento da depressão por isolamento. Foram pesquisados 222 trabalhos publicados entre 1989 e 2012, e incluídos 58, cuja metodologia permitia obter evidências fortes (níveis I, II e III). As evidências nacionais e internacionais pareceram confirmar associação entre institucionalização e síndrome depressiva relacionada a aspectos psicossociais, apontando para a necessidade de modificação dos padrões de institucionalização para incluir a gerotranscendência, dando sentido ao envelhecimento e à qualidade de vida. O segundo e o terceiro capítulos estiveram destinados à apresentação dos resultados de dois estudos transversais, observacionais, envolvendo 96 idosos, com idade igual ou maior que 65 anos, residentes em uma dentre nove instituições privadas de longa permanência, sendo sete localizadas no Recife, e duas em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, no período de maio a julho de 2011. No segundo artigo, empregaram-se a escala geriátrica de depressão, entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais (MINI 5.0), escala de qualidade de vida Controle, Autonomia, Auto-realização e Prazer (CASP-19), escala de mini-exame mental e teste de desenho do relógio e, no terceiro, adicionou-se o inventário de depressão de Beck. Aproximadamente 90% dos idosos eram do sexo feminino; 47,7% das mulheres e 40,0% dos homens eram solteiros; 65,6% cursaram o ensino formal; 64,6% exerceram atividades laborais de baixa complexidade e 86,0% tinham renda de aposentadoria. Pela escala de depressão geriátrica, houve 63,6% dos idosos com depressão, passando a 59,4%, quando avaliada pela entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Havia perdas cognitivas em 65,6% dos idosos avaliados pela escala de mini-exame mental, aumentando para 72,9%, no teste de desenho do relógio. A depressão e as perdas cognitivas se associaram significativamente com iletramento, ausência de visitas familiares, de saídas da instituição e de submissão a exames de rotina. Houve associação significativa entre menor complexidade de ocupação anterior à institucionalização e depressão, bem como entre qualidade de vida melhor que previsível e perdas cognitivas identificadas no teste de desenho do relógio. A sensação de desvalia, a tristeza frequente, a dificuldade de começar novos projetos e a queixa de frequente vontade de chorar foram significantes para idosos com comprometimento de funções executivas e construtivas associadas à redução da memória recente. Concluiu-se que o contexto institucional, tal como se apresenta, pode favorecer síndrome depressiva relacionada a aspectos psicossociais, exigindo modificações visando à autonomia do idoso.

Palavras-chave: Idosos. Institucionalização. Depressão. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The depression in elderly has attracted the attention of researchers since its underdiagnoses are attributed to the culture that depression is a normal process and to its atypical presentation. Additionally, changes in family dynamics favor the institutionalization of elderly, and can assert or even trigger depression. The main objective of this thesis was to determine the frequency of depression in institutionalized elderly and to describe depressive symptoms, linking them to the evaluation of quality of life and cognitive losses. To attain the goal, this thesis was composed of three complementary chapters. In the first chapter an integrative literature review was presented, built according to Torracco and Whittmore & Knafl method, assuming the hypothesis of a relationship between depression and institutionalization, with constraints of social contact and physical activity as contributing factors, which may provide evidence of the need to contemplate it with holistic care to aid coping with isolation depression. We surveyed 222 papers published between 1989 and 2012, whose methodology allowed obtaining strong evidence (level I, II and III), of which 58 were included in the review. It was found that the national and international evidence seemed to confirm an association between a depression related to psychosocial aspects and institutionalization, pointing to the need for changing patterns of institutionalization to one that encompasses the gerotranscendence, giving meaning to aging and quality of life. The second chapter was designed to present the results of a cross-sectional, observational study, involving 96 elderly aged over 65 years old, living in one of nine private long-term institutions, seven located in Recife, and two in the city of Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil, from May to July 2011. Instruments for data collection were geriatric depression scale, brief interview to diagnose mental disorders (MINI 5.0), Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure Quality of Life Scale (CASP-19), mini-mental examination scale and clock drawing testing. Almost 90% of elderly were female, 47.7% of women and 40.0% of men reported being single, 65.6% had attended formal education and 64.6% informed low complexity work activities, and 86.0% declared retirement as source of income. For the geriatric depression scale, 63.5% of elderly had depression, changing to 59.4%, as determined by the brief interview to diagnose mental disorders. There was cognitive impairment in 65,6% of elderly evaluated by mental mini-exam scale, increasing to 72.9% in clock drawing test. Depression and cognitive impairment were significantly associated with illiteracy, lack of family visits, of outputs of the institution and of submission to routine examinations. There was significant association between reduced complexity of occupation prior to institutionalization and depression, as well as between better than expected quality of life and cognitive losses identified in clock drawing test. It was concluded that the institutional context, as presented, may favor a depressive related to psychosocial aspects, requiring modifications aiming autonomy of older people.

Keywords: Elderly. Institutionalization. Depression. Quality of life.

LISTA DE QUADROS

Primeiro Artigo

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão da literatura	26
---	----

Terceiro Artigo

Quadro 1 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo perdas cognitivas identificadas com significância – Recife-2011/2012	97
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Segundo Artigo

Gráfico 1 – Distribuição do sexo segundo estado civil de 96 idosos institucionalizados – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	64
Gráfico 2 – Distribuição do estado de saúde de 96 idosos institucionalizados, segundo comparecimento a exames médicos de rotina – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	65
Gráfico 3 – Associação de depressão passada e inicial diagnosticadas pelo MINI 5.0 aplicado a 96 idosos institucionalizados – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	66

LISTA DE TABELAS

Segundo Artigo

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de idosos segundo depressão avaliada pelo EDG – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	67
Tabela 2 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de idosos segundo depressão avaliada pelo MINI 5.0 – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	68
Tabela 3 – Distribuição das avaliações cognitivas de 96 idosos institucionalizados, segundo o teste MMSE e o teste de desenho do relógio – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	69
Tabela 4 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de 96 idosos institucionalizados segundo cognição avaliada pelo MMSE– Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	69
Tabela 5 – Distribuição das características demográficas e de institucionalização de 96 idosos institucionalizados segundo cognição avaliada pelo teste de desenho do relógio – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	70
Tabela 6 – Relação entre testes cognitivos e qualidade de vida avaliada pelo CASP-19 de idosos institucionalizados – Recife, Jaboatão dos Guararapes, PE, Brasil – maio a julho de 2011	71

Terceiro Artigo

Tabela 1 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo comprometimento cognitivo avaliado pelo teste do relógio - Recife-2011/2012	92
Tabela 2 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo perdas cognitivas da recordação imediata – Recife-2011/2012	93
Tabela 3 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo perdas cognitivas avaliadas pelo MMSE – Recife-2011/2012	95

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ADL – Atividades de Vida Diária

APA – *American Psychological Association*

AVC – Acidente vascular cerebral

BOAS – Brazil Old Age Schedule

CASP-19 – Escala de Controle, Autonomia, Auto-realização, Prazer

CERAD – *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*

CES-D - Center for Epidemiologic Study Depression Scale

CID – Classificação Internacional de Doenças

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EDB – Escala de Demência de Blessed

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

EQ-5D – Índice de Estado de Saúde

HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEC – Inventário de Estratégias de *Coping*

ILPI -- Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física

IQCODE – Questionário do Informante de Declínio Cognitivo em Idoso

MINI – *Mini International Neuropsychiatric Interview*

MMSE – *Mini-mental state examination* (Mini Exame do Estado Mental)

MOS SF-36 – Medical Outcome Study 36-Item Short Form

OGB – *Objective Overall Health Burden Scale*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNDA – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDR – Teste de Desenho do Relógio

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1.1 REFERÊNCIAS	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
INTRODUÇÃO	22
MÉTODO	24
RESULTADOS	25
DISCUSSÃO	30
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
3 MÉTODOS	46
3.1 TIPO DE ESTUDO	47
3.2 LOCAIS DE ESTUDO	47
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	48
3.4 AMOSTRAGEM E TAMANHO DA AMOSTRA	49
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	49
3.6 PROCEDIMENTOS PARA RECOLHA DOS DADOS	50
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4 ARTIGO - DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: PADRÕES COGNITIVOS E QUALIDADE DE VIDA	54
INTRODUÇÃO	57
MÉTODOS	58
RESULTADOS	63
Caracterização dos idosos	63
A depressão nos idosos	66
Avaliação da depressão pela Escala de Depressão Geriátrica	66
Avaliação da depressão pelo MINI 5.0	66

Relação das características demográficas e de institucionalização com a depressão nos idosos	67
A cognição dos idosos	68
Relação das características demográficas e de institucionalização com a cognição dos idosos	69
DISCUSSÃO	71
CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	78
5 ARTIGO - SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPROMETIMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	83
INTRODUÇÃO	86
MÉTODOS	87
RESULTADOS	91
DISCUSSÃO	97
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	105
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	108
APÊNDICE C – ARTIGO: IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: RELAÇÃO DE ESTADOS DEPRESSIVOS COM SINTOMAS FÍSICOS E COGNITIVOS	109
APÊNDICE D – ARTIGO: TEORIA DA MENTE E DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	121
APÊNDICE E – ARTIGO: TEORIA DA MENTE E DEPRESSÃO	128
APÊNDICE F – ARTIGO: DEPRESSÃO EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: ATIVIDADES DE LAZER E REMISSÃO DE SINTOMAS	136
APÊNDICE G – ARTIGO: QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS	143
APÊNDICE H – ARTIGO: ESTADOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS	151
APÊNDICE I – ARTIGO: DEPRESSÃO E SÍNDROMES DEMENCIAIS: UM ESTUDO COM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS	158

APÊNDICE J – ARTIGO: DÉFICITS COGNITIVOS E ESTADOS DEMENCIAIS EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS	169
ANEXOS	178
ANEXO A - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (Yesavage, 1983)	179
ANEXO B– ENTREVISTA BREVE PARA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (MIND)	180
ANEXO C– ESCALA CASP-19	181
ANEXO D – ESCALA DE MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)	182
ANEXO E – TESTE DE LISTA DE PALAVRAS DO CERAD (MORRIS et al., 1989; BERTOLUCCI et al., 1998)	183
ANEXO F – TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO	184
ANEXO G – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	185
ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA DA PREFEITURA DE RECIFE	186
ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA DO REPOUSO GERIÁTRICO ANA PAULA	187
ANEXO J – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO DE IDOSOS BATISTA DE CARVALHO	188
ANEXO K – CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO ESPÍRITA CASA DOS HUMILDES	189
ANEXO L – CARTA DE ANUÊNCIA DO REPOUSO GERIÁTRICO IRMÃ ROSILDA	190
ANEXO M – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO ESPÍRITA LAR DE JESUS	191
ANEXO N – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO LAR DE MARIA	192
ANEXO O – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO LAR PADRE ZEGRI	193
ANEXO P – CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA SANTA BÁRBARA	194
ANEXO Q – SUBMISSÃO DE ARTIGO PARA REVISTA PSICOLOGIA E SOCIEDADE	195

APRESENTAÇÃO

Nos últimos 20 anos, a população de pessoas com 60 anos ou mais praticamente duplicou, passando de 10.722.705, em 1991, para 14.536.029, em 2000, e 20.590.599, em 2010. O peso relativo da população idosa no Brasil, em relação à população geral, representava 7,3%, em 1991, enquanto que, em 2000, correspondia a 8,6%, passando para 10,8%, em 2010 (IBGE, 2000/2010).

Esse aumento tem sido atribuído ao processo de envelhecimento populacional, à melhoria das condições sociais e econômicas, mas também ao aprimoramento tecnológico da medicina, permitindo que um número maior de pessoas atinja idades mais avançadas. Todavia o envelhecimento populacional exige da sociedade em geral mudanças conjunturais e comportamentais, dentre as quais está o cuidado ao idoso.

A melhoria das condições sociais, por sua vez, trouxe a reestruturação do arranjo e da dinâmica familiar, pois exigiu que as mulheres ingressassem no mercado de trabalho, do que decorreu menor disponibilidade de tempo dedicado aos membros, incluindo aos idosos (CAMARANO et al., 2004; DYKSTRA, 2011).

Essa conjuntura contribuiu para o sentimento de desvalia do idoso; associou as perdas decorrentes do envelhecer com o vazio existencial de necessitar de cuidados, deslocando o idoso para um afastamento social e contribuindo para a depressão. Esse processo se agrava especialmente quando o idoso é institucionalizado ou opta pela institucionalização como solução do sentimento de sobrecarregar a família ou mesmo por se perceber incapaz de realizar as atividades de vida diária.

A depressão é problema de saúde pública, na medida em que afeta grande número de pessoas; compromete a qualidade de vida do idoso e de seus cuidadores e gera altos custos para assistência à saúde. Em idosos, adicionalmente, compromete a independência, favorecendo a institucionalização, a qual pode contribuir para seu agravamento.

A partir da vivência advinda do exercício da Psicologia Clínica, prestando assistência a idosos, essas evidências foram se configurando em um desafio, que serviu de motivação para a escolha do tema, partindo do pressuposto que só se conhece o que se investiga. Assim, o desafio podia advir da dificuldade de diagnosticar e, portanto, tratar a depressão do idoso institucionalizado, já que a sintomatologia nele é mais complexa, porque está sobreposta a outras comorbidades inerentes ao envelhecimento, não submetido ao cuidado adequado.

A leitura dos textos técnico-científicos fez com que a dúvida tomasse corpo e fosse se tornando mais objetiva; era necessário conhecer a sintomatologia do idoso institucionalizado para melhor aquilatar se suas perdas poderiam ser minimizadas ou mesmo exacerbadas pela institucionalização, durante a qual, embora recebesse cuidados, poderia estar desvinculado social e afetivamente, o que poderia contribuir para as perdas físicas e cognitivas.

A pergunta condutora desta pesquisa foi: Idosos institucionalizados, no Nordeste Brasileiro, podem apresentar maior frequência de depressão, bem como sintomas depressivos próprios, comprometendo sua qualidade de vida, quando comparados com os dados da literatura nacional e internacional? A depressão está relacionada às características sociodemográficas, às perdas cognitivas, à qualidade de vida e aos aspectos da própria institucionalização.

A partir dessa pergunta, lançou-se a hipótese de que idosos institucionalizados apresentam sintomas depressivos próprios, dentre aqueles que compõem a Escala de Depressão Geriátrica, os quais se associam ao grau de depressão e ao tipo de perda cognitiva identificada pelos testes do desenho do relógio, do mini-exame de estado mental e de recordação de palavras.

Para responder à pergunta condutora e comprovar a hipótese, admitiu-se como objetivo principal deste trabalho determinar a frequência de depressão em idosos institucionalizados e descrever os sintomas depressivos, associando-os à avaliação da qualidade de vida e das perdas cognitivas. Os objetivos específicos foram: a) descrever as características sociodemográficas dos idosos de instituições de longa permanência; b) determinar o percentual de depressão em idosos de instituições de longa permanência; c) relacionar a depressão com as características sociodemográficas dos idosos e com as características das instituições de longa permanência para idosos; d) caracterizar as perdas cognitivas dos idosos e sua associação com depressão; e) determinar a influência da depressão e das perdas cognitivas na qualidade de vida percebida por idosos de instituições de longa permanência para idosos.

Para tanto, esta tese está composta por três capítulos. No primeiro, optou-se por apresentar revisão integrativa sob título *Depressão em idosos institucionalizados – uma revisão*, com o objetivo de identificar as melhores evidências sobre o assunto, à luz da literatura publicada entre 1989 e 2012, formando o corpus do estudo. Percorreu-se desde o conceito legal de instituições de longa permanência para idosos, até os conceitos mais modernos do cuidado holístico ao idoso, contemplando a espiritualidade, para auxiliá-lo na busca da gerotranscendência, como parâmetro de qualidade e valorização da vida.

No segundo capítulo, foram apresentados os resultados de pesquisa envolvendo 96 idosos institucionalizados para investigação de frequência de depressão e sua relação com características sociodemográficas, de institucionalização e das perdas cognitivas, bem como com a qualidade de vida. Admitiu-se como título *Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida*.

O terceiro capítulo esteve constituído pelo artigo sob título *Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados*, no qual foram apresentados os resultados de pesquisa envolvendo 96 idosos para detalhamento da associação entre os sintomas depressivos que compõem a Escala de Depressão Geriátrica e as perdas cognitivas identificadas pelo teste de desenho do relógio, pela lista de palavras da bateria CERAD e pelo mini-exame de estado mental.

Apresentaram-se as conclusões bem como as sugestões de aprimoramento do cuidado a idosos institucionalizados, encerrando este trabalho.

Adicionalmente, na seção de Apêndices, foram apresentados oito artigos, sendo quatro publicados e quatro encaminhados e aceitos para publicação, todos produzidos no transcorrer da fase acadêmica do doutorado, abordando diversos aspectos da depressão em idosos institucionalizados.

1.1 REFERÊNCIAS

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; LEITÃO E MELLO, J.; PASINATO, M. T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. Cap. 5. In: Camarano, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2004. p. 137-165.

DYKSTRA, P. A. **Key findings from the multilinks research programme**. Deliverable D6.1. Multilinks, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Crescimento recente da população idosa**. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. IBGE, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as grandes Regiões e as Unidades da Federação**. IBGE, 2010.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A depressão em idosos institucionalizados – uma revisão

Artigo enviado para a Revista Psicologia e Sociedade – QUALIS/CAPES A2 em Psicologia e B5 em Medicina I (Anexo Q)

A depressão em idosos institucionalizados – uma revisão

Depression of institutionalized elderly – a review

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Antonio Peregrino

Everton Botelho Sougey

Othon Coelho Bastos Filho

Não há conflito de interesses

Endereço para correspondência

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Endereço: Rua Dona Magina Pontual – Ed. Maria Carolina, 126, aptº 1902 - Boa Viagem, Recife - PE.

CEP: 51021-510

Telefone: (81) 3462-2390/ 91620835

RESUMO

Introdução: A institucionalização de idosos tem se tornado mais frequente com o envelhecimento da população e modificação da dinâmica familiar, mas tem sido associada a prejuízos para o idoso. **Objetivo:** Buscar evidências da relação entre institucionalização e depressão em idosos, contemplando fatores contribuintes e prevalência dos sintomas depressivos. **Método:** Procedeu-se à revisão pelo método de Torracco e Whittemore & Knafl, constituída por seis etapas, partindo da hipótese da existência de associação entre institucionalização e depressão por isolamento, tendo por fatores contribuintes restrições de contato social e atividade física, bem como perdas cognitivas. Da pesquisa de 222 publicações em sítios da Internet, publicadas entre 1989 e 2012, cuja metodologia permitia evidências fortes (níveis I, II e III), empregando as palavras-chave depressão, envelhecimento, institucionalização, qualidade de vida e perdas cognitivas, foram selecionados 58 artigos. **Discussão:** Diversos instrumentos têm sido empregados para avaliação de perdas cognitivas, qualidade de vida e depressão em idosos institucionalizados e vivendo em comunidade. As evidências apontam que a institucionalização favorece incapacidade funcional e depressão por isolamento, quer por afastamento da família, quer pelo vazio existencial do idoso. **Considerações finais:** As evidências nacionais e internacionais confirmam a possibilidade de associação entre síndrome depressiva relacionada a aspectos psicossociais e institucionalização, bem como indicam a necessidade de modificação dos cuidados, contemplando a gerotranscendência para facilitar o sentido da vida aos idosos. **Palavras-chave:** Idosos. Institucionalização. Depressão. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: The institutionalization of elderly has become more frequent with population aging and change in family dynamics, but it has been associated with harm to elderly. **Objective:** To search evidence of a relationship between institutionalization and depression in elderly, seeking for contributing factors and the description of the prevalence of depressive symptoms. **Method:** The authors conducted a review within Torracco and Whittemore & Knafl method, constituted of six stages, starting from the hypothesis of association between institutionalization and depression through isolation, with contributing factors as social contact constraints and physical activity as well as cognitive losses. From the survey of 222 publications on websites, published between 1989 and 2012, whose methodology allowed strong evidence (level I, II and III), using the keywords depression, aging, institutionalization, quality of life and cognitive losses, we selected 58 articles. **Discussion:** Several instruments have been used to assess cognitive impairment, quality of life and depression in institutionalized and community living elderly. The evidences indicate that institutionalization favors functional disability and depression by isolation, either by family withdrawal, either by the elderly existential emptiness. **Final considerations:** National and international evidences confirm the possibility of an association between depressive syndrome related to psychosocial aspects and institutionalization, as well as the need to change care contemplating gerotranscendence to facilitate the meaning of life to elderly.

Keywords: Elderly. Institutionalization. Depression. Quality of life.

INTRODUÇÃO

Houve aumento do interesse e das pesquisas sobre depressão, mas a doença em idosos frequentemente é subdiagnosticada e fica, portanto, sem tratamento. De há muito se admite que a falta de tratamento tem sido atribuída à crença, largamente difundida, de que a depressão é normal ou previsível com o envelhecimento. Associa-se também admitir a omissão ou negação dos sintomas pelos idosos por constrangimento ou pelo estigma de estar ficando velho, ou ainda porque os sintomas de depressão em idosos podem ser variados, quando recebem a denominação de depressão indiferenciada.

Por esse motivo, as pesquisas sobre depressão em idosos têm sido recomendadas, mas esse diagnóstico envolve desafios, quando se utilizam escalas de aferição. Mesmo profissionais experientes podem encontrar dificuldade na caracterização de depressão em idosos, dada sua atípica apresentação. O fato de as atípias serem variadas e numerosas pode contribuir para o subdiagnóstico. Por esse motivo, as pesquisas têm mais frequentemente incluído idosos com sintomatologia típica de depressão diagnosticada clinicamente. Daí decorre o subdiagnóstico de uma parcela significativa da população de idosos, especialmente quando se considera que sua percepção de saúde é afetada por condições sociais, econômicas e ambientais (Fernandez-Martinez et al., 2012, Holroyd & Clayton, 2002, Rabelo, 2009). As atípias de apresentação da depressão, que são muitas, contribuem para o subdiagnóstico quando são consideradas exclusivamente as mais frequentes.

A valorização da autopercepção de saúde de idosos como componente da sintomatologia depressiva, requer cautela quando se consideram as perdas cognitivas. Alguns estudos indicam que idosos com perdas cognitivas tendem a autoavaliar mais frequentemente seu estado de saúde como bom (Freitas et al. 2010, Gilmour, 2011). Outras pesquisas concluem que essas perdas se associam negativamente à autopercepção de saúde, embora admitam que a associação é fraca (Paúl, Ribeiro & Santos, 2010, Schneider et al., 2004). A explicação para essa controvérsia parece ser a diferença dos parâmetros empregados para a avaliação de estado de saúde. Há consenso em admitir que, para os idosos, a autoavaliação negativa do estado de saúde está mais relacionada à perda da capacidade de realização das tarefas diárias, independente das funções cognitivas, enquanto que, para os profissionais de saúde, a avaliação é pautada em parâmetros objetivos (Prato et al., 2007).

Dentre as condições sociais do envelhecimento populacional, estão as modificações nas famílias, consideradas espaços de compartilhamento de recursos, coabitação e local de

busca do bem-estar coletivo, mas, sobretudo, um espaço de “conflito cooperativo”, especialmente quando convivem diversas gerações. Seja a configuração familiar unipessoal, do idoso morando só, seja multipessoal, do tipo casal com filhos, as mudanças sociais alteraram a organização familiar, fazendo com que as premissas de autonomia física, mental e financeira sejam pressupostos desse convívio (Camarano et al., 2004, Dykstra, 2011).

Nesse contexto, os idosos, na medida em que reduzem sua capacidade funcional, física e mental, tornam-se vulneráveis, porque demandam ajuda dos familiares. Ainda que a família aceite suas vulnerabilidades, o fato em si gera conflitos por quebrar a reciprocidade de cuidados. O idoso passa a exigir cuidados físicos e restringe aos aspectos sociais os cuidados que pode oferecer aos familiares, ainda que as trocas entre gerações possam constituir importante elemento de valorização (Camarano et al., 2004, Dykstra, 2011.).

Essa restrição desencadeia mudança do clima social familiar, despertando a responsabilidade dos membros mais jovens. Se as obrigações familiares são o componente normativo tomado como valor familiar, então o idoso é acolhido. Caso contrário, esta será uma das causas da institucionalização, a qual atuará como fator de bem-estar mental familiar, mas poderá comprometer a saúde e a qualidade de vida do idoso. Seu universo emocional é rompido; urge manter novos relacionamentos, agora por necessidade funcional, caso o idoso não desenvolva o sentimento de importância de sua existência num contexto universal, espiritual, mais abrangente (Camarano et al., 2004, Wang, 2011).

A institucionalização consiste em internar o idoso em um estabelecimento cujo objetivo é oferecer abrigo e alimentação, não se constituindo em serviço de saúde. No Brasil, diferente de outros países, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) caracterizam-se pela estrutura física inadequada, mão de obra não habilitada, o que repercute no desenvolvimento dos cuidados aos idosos (Freitas & Scheicher, 2010).

Além do rompimento com seu espaço físico natural, o idoso se vê isolado socialmente, com perda de liberdade, autoestima e identidade; percebe-se só e dependente, portanto vulnerável à depressão (Freitas & Scheicher, 2010).

O contexto da institucionalização depende dos fatores culturais e do valor social do idoso. Em Madri, em 2006, havia cinco ILPI para cada 100 pessoas com 65 anos ou mais de idade, diversificadas quanto às características de dependência dos idosos. Algumas dispensam cuidados a pessoas altamente dependentes e, outras, a idosos com baixo nível de necessidades, de problemas sociais, mas com alto risco de dependência. Mesmo assim, todas têm em seu quadro funcional geriatras ou médicos com experiência no cuidado geriátrico (Damián, Pastor-Barriuso & Valderrama-Gama, 2010). Em França, Alemanha, Reino Unido,

Hungria, Bulgária e Espanha, as ILPI albergam idosos de baixa renda, sem família, sendo os demais assistidos em suas residências (Dykstra, 2011, Fernandez-Martinez et al., 2012).

Apesar das diferenças estruturais e organizacionais entre as ILPI brasileiras e de outros países, as pesquisas demonstram altos percentuais de depressão em idosos institucionalizados, despertando o questionamento de uma associação entre a assistência em ILPI aos idosos e maior frequência de depressão (Tier, Lunardi & Santos, 2008).

A presente revisão teve por objetivo buscar evidências da relação entre institucionalização e depressão em idosos, investigando fatores contribuintes e prevalência dos sintomas depressivos.

MÉTODO

Para elaboração da revisão integrativa, adotou-se o método preconizado por Torracco (2005) e Whitemore e Knafl (2005), visto permitir analisar e criticar a literatura de forma a associar a teoria à prática, unindo sínteses para gerar nova compreensão de um tema.

A construção desta revisão constituiu-se de seis etapas sequencialmente ordenadas. A primeira etapa, denominada seleção de amostra, consistiu em estabelecer a hipótese e o objetivo da revisão para, a partir deles, definir critérios de inclusão e exclusão de artigos.

Admitiu-se a hipótese: se houver relação entre institucionalização e depressão em idosos, tendo por fatores contribuintes as restrições de contato social e de atividade física, bem como as perdas cognitivas e principais sintomas de alguns quadros demenciais, há evidências para que se admita a necessidade de contemplar cuidado holístico ao idoso, auxiliando-o no desenvolvimento e no aprendizado da valorização da vida, de sua história de vida, para vencer a depressão por isolamento?

Para ampliar o âmbito da pesquisa, na seleção dos artigos, foram utilizadas as bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LiLacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e EBSCO Publishing. Esta escolha permitiu contemplar artigos escritos em diversos idiomas e redigidos em diversos países, dado que a institucionalização de idosos sofre intensa influência de valores e de cultura local.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: disponibilização dos resumos em sítios de pesquisa bibliográfica da área de saúde publicados em português, inglês, espanhol ou francês, entre 1989 e 2012, cuja metodologia permitisse obter evidências fortes, incluindo revisões

sistemáticas com homogeneidade, metanálises, ensaios clínicos aleatorizados, controlados (nível I), ensaios com delineamento de pesquisa quase-experimental, estudos ecológicos (nível II), artigos que detalhassem procedimentos, intervenções ou diretrizes sobre envelhecimento, institucionalização de idosos, depressão, qualidade de vida e perdas cognitivas (nível III). O corte temporal no ano de 1989 para início da recolha de artigos deveu-se ao fato de ter sido o ano da publicação do primeiro conjunto de normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observadas no território nacional - a Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989 (Brasil, 1989).

Dada a abrangência do tema, envolvendo Neurologia, Psicologia, Psiquiatria, Sociologia, Antropologia e História, houve necessidade de adaptar as buscas às características específicas para o acesso às bases de dados selecionadas. As palavras-chave utilizadas foram depressão, envelhecimento, institucionalização de idosos, qualidade de vida e perdas cognitivas.

Na segunda etapa, dois juízes procederam à leitura dos resumos dos artigos selecionados, para definição daqueles que seriam submetidos à leitura na íntegra, bem como para sugerir inclusão de novos artigos que pudessem preencher a lacuna de conhecimento do tema. Para maior consistência da análise, cada juiz elaborou quadro demonstrativo dos aspectos que considerou mais relevante. Da comparação das apreciações foram definidos os artigos que integraram a terceira fase da revisão.

Na terceira fase, os juízes leram os artigos selecionados e elaboraram novo quadro demonstrativo de aspectos relevantes, procedendo à nova comparação dos quadros, do que derivou a quarta fase, que consistiu na elaboração do quadro de resultados, incluindo apenas os estudos de consenso entre os juízes. A quinta etapa esteve afeita à discussão das evidências, apresentada com caráter descritivo, integrativo, buscando o diálogo entre autores, independente da temporalidade das publicações, para entrelaçar opiniões, dados e teorias, aproximando a literatura da prática clínica e tornando a revisão socialmente mais útil. A sexta etapa foi integrada pela redação das considerações finais.

RESULTADOS

A busca realizada on-line, na primeira etapa da revisão, forneceu como resultado a localização de 222 resumos.

Na segunda etapa, ocorreu exclusão de 164 artigos, incluindo imprecisão metodológica (18 artigos), abordagem de detalhamento que fugia ao objetivo desta revisão (76 artigos), ausência de informações fundamentais para julgamento da fidedignidade dos dados (21 artigos), omissão do periódico responsável pela publicação (19 artigos), especificação de aspectos não comparáveis à institucionalização no Brasil (20 artigos), publicação em duplicidade (10 artigos).

A omissão do periódico responsável pela publicação ocorreu nos casos de pesquisas financiadas por universidades, instituições de pesquisa, organizações não governamentais ou ainda por solicitação da Organização Mundial de Saúde, cuja publicitação na mídia não continha todos os dados catalográficos necessários à publicação em periódicos, dada a possibilidade de acesso temporário na rede da Internet.

Na terceira etapa, foram selecionados 58 artigos, que compuseram a revisão integrativa, cujas características estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 – Características dos artigos incluídos na revisão da literatura

Autor (es)	Ano	Tipo de estudo – amostra	Conclusões
Tornstam	1989	Artigo original de reformulação da teoria da dissociação	Apresentação dos princípios da gerotranscendência como método de cuidado de idosos reformulando a teoria da dissociação
Tornstam	1994	Coorte – 900 idosos não institucionalizados	O emprego de cuidados guiados pela gerotranscendência melhora a qualidade de vida e a saúde mental
Tornstam	1997	Qualitativo transversal -50 idosos com 52 anos ou mais	Identificação da necessidade de compreensão da experiência subjetiva do envelhecimento para contemplar cuidados holísticos ao idoso
Kowall & Peachey	2001	Relatório da WHO	Discute a fixação do limite de idade para considerar idoso
Bruce	2001	Revisão da literatura	Apresentação das evidências em estudos clínicos e epidemiológicos da relação entre depressão e incapacidade, ainda que discreta
Holroyd & Clayton	2002	Revisão da literatura	Dentre diversas escalas para avaliar depressão em idosos, a GDS é a melhor
Nye	2003	Revisão da literatura	Historia o desenvolvimento da medicina, da medicalização e da institucionalização de idosos
Lima-Costa	2003	Revisão da literatura	Aborda a depressão em idosos: diagnóstico, impacto econômico e social e tratamento
Cheloni et al.	2003	Prospectivo transversal – 45 idosos com 60 anos ou mais institucionalizados avaliados pelo GDS	51,0% dos idosos com depressão, mais frequente em mulheres com 75 anos ou mais de idade
Coward	2003	Quase-experimental – 39 mulheres com câncer de mama	Identificação da importância do cuidado gerotranscendente para melhorar o bem-estar e o ajustamento

Autor (es)	Ano	Tipo de estudo – amostra	Conclusões
Schneider et al.	2004	Retrospectivo transversal – 261 idosos com 60 anos ou mais internados em hospital geriátrico, avaliados por ADL, OGB e outros	A autopercepção de saúde é influenciada pelas queixas subjetivas físicas, senso de coerência e autoavaliação da depressão
Camarano et al.	2004	Revisão da literatura	Aborda o espaço familiar de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades e as modificações no cuidado do idoso no Brasil
Freire Júnior & Tavares	2005	Estudo de caso qualitativo – 10 idosos institucionalizados	Identifica no discurso de idosos o conceito amplo de saúde e a compreensão da importância entre trabalho, rede social, espiritualidade com estado saúde e felicidade
Paradela, Lourenço & Veras	2005	Validação do GDS-15 transversal - 302 idosos não institucionalizados	Aponta sensibilidade de 81,1% e especificidade 71,1%, no ponto de corte cinco a seis
Yang & George	2005	Base populacional longitudinal – 4.162 idosos com 65 anos ou mais não institucionalizados, avaliados pela ADL e CES-D	Identifica significativa associação entre sintomas depressivos e perda de mobilidade, redução de atividades diárias, recomendando estimular os idosos a realizar atividades
McPherson & Armstrong	2006	Revisão da literatura	Historia os conceitos de depressão do final do século XX e aponta para a possibilidade de estar sendo subdiagnosticada principalmente entre idosos
Plati et al.	2006	Descritivo transversal com comparação de grupos institucionalizados (83) e não institucionalizados (37) avaliados pelo MMSE e GDS	Maior frequência de depressão entre idosos institucionalizados sem ocupação na instituição
Gauthier et al.	2006	Revisão da literatura	Indica prevalência de perdas cognitivas discretas entre 3% e 19% dos idosos com 65 anos ou mais de idade e aponta a importância dessa identificação
Patton	2006	Revisão da literatura	Descreve e contextualiza o crescimento e o desenvolvimento no envelhecimento, ressaltando a importância da espiritualidade
Prato et al.	2007	Prospectivo descritivo – 25 idosos com 65 anos ou mais não institucionalizados	Os idosos consideraram o serviço de saúde satisfatório, mas raramente eram atendidos pelo serviço social, apesar de 36,6% referirem problema de solidão
Santana & Barboza Filho	2007	Descritivo transversal – 151 idosos com 60 anos ou mais institucionalizados, avaliados pelo MMSE e GDS	21,1% com sintomas depressivos, predominante dentre mulheres, viúvos, baixa escolaridade, sem prática religiosa e sem ocupação na instituição
Sousa et al.	2007	Validação do GDS-15 observacional transversal – 50 idosos acima de 60 anos não institucionalizados	47,8% dos idosos com depressão identificada pela EDG e 54,3%, diagnosticados por entrevista, percentuais baixos em relação à literatura
Machado et al.	2007	Análítico transversal - 74 idosos não institucionalizados avaliados pelo MMSE	Identifica 36,5% dos idosos com perdas cognitivas sem demência e risco 3,83 vezes maior para aqueles com um a quatro anos de escolaridade
Marra et al.	2007	Descritivo transversal – 90 idosos com 65 anos ou mais, com demência, avaliados pelo ADL	Indicação de que mesmo na presença de demência leve as atividades de vida diária podem ser mantidas e são um constructo importante para a saúde mental

Autor (es)	Ano	Tipo de estudo – amostra	Conclusões
Hayman et al.	2007	Descritivo transversal – 391 idosos com 75 anos ou mais não institucionalizados, avaliados pelo GDS e ADL	29,4% dos idosos tinham sintomas depressivos com significante correlação com redução visual, solidão e redução de atividades diárias
Creutberg, Gonçalves & Sobottka	2008	Descritivo transversal - 7 gerentes de ILPI e observação em 52 ILPIs	Identifica a imagem negativa sobre as ILPIs relacionada à exclusão e ao abandono e admite necessidade de modificações para benefício dos idosos
Pavan, Meneghel & Junges	2008	Estudo de caso qualitativo – 10 idosas institucionalizadas	Percepção de a ILPI ser um depósito de velhos e uso de rituais religiosos e atividades artesanais para enfrentamento
Lee et al.	2008	Descritivo transversal – 524 idosos com 60 anos ou mais não institucionalizados, avaliados pelo TDR	O teste de desenho do relógio apresentou sensibilidade de 71,8% e especificidade de 85,3% para identificação de perdas cognitivas leves, sendo considerado insuficiente para diferenciar essa perda cognitiva
Broekman et al.	2008	Base populacional – 4.253 idosos com 60 anos ou mais avaliados pelo GDS-15 e por entrevista	Identificação da necessidade de cuidado na aplicação do GDS-15 porque gênero, idade, etnia e doenças crônicas podem atuar como fatores de confundimento
Magalhães et al.	2008	Base populacional – 466 idosos com 60 anos ou mais, não institucionalizados	Identifica presença de comorbidade, idade avançada, hipertensão arterial e comprometimento visual como fatores de risco para demência
Muangpaisan et al.	2008	Descritivo transversal – 122 idosos com 50 anos ou mais não institucionalizados, avaliados pelo WHOQOL e GDS	A presença de depressão compromete a qualidade de vida e favorece perdas cognitivas leves, especialmente quando o idoso vive só e tem baixa escolaridade
Huang, Liu & Hsu	2008	Revisão de literatura	Contextualização da importância da valorização da experiência de vida do idoso como determinante da qualidade do envelhecimento
Rabelo	2009	Revisão da literatura	Dentre os fatores associados ao maior declínio cognitivo leve em idosos estiveram: menor escolaridade, suporte social, histórico de saúde, engajamento social, saúde percebida e sintomas depressivos
Watanabe & Di Giovanni	2009	Revisão da literatura	Conceitua ILPI e aponta forma de atuação
Vivan & Argimon	2009	Estudo de caso descritivo – 103 idosos institucionalizados e com depressão, empregando ADL, MMSE, GDS e IEC	Dentre as estratégias de <i>coping</i> , os homens priorizaram a resolução de problemas e as mulheres a estratégia de autocontrole. Aqueles com um a quatro anos de escolaridade empregavam o confronto
Debruyne et al.	2009	Base populacional – 400 idosos não institucionalizados, avaliados pela GDS e MMSE	O GDS é considerado ferramenta útil para identificação de sintomas depressivos em idosos não dementes
Siqueira et al.	2009	Descritivo transversal – 55 idosos com 60 anos ou mais institucionalizados, avaliados pela GDS	51,0% apresentavam depressão, mas os autores consideraram a GDS de difícil compreensão para idosos com nível cognitivo rebaixado
Hartmann Júnior, Silva & Bastos	2009	Transversal – 30 idosos institucionalizados avaliados com o BDI e o EasyCare	Frequência de leve transtorno de humor e depressão moderada em 83,34% dos idosos, atribuída à falta de apoio familiar. Perdas cognitivas identificadas em 83,33% dos idosos
Freitas et al.	2010	Análítico transversal – 98 idosos avaliados por: BOAS, TDR, MMSE, IQCODE e EDB	Declínio cognitivo em 26%, associado a autopercepção de saúde negativa e menor participação em atividades físicas e recreativas

Autor (es)	Ano	Tipo de estudo – amostra	Conclusões
Paul, Ribeiro & Santos	2010	Base populacional – 1.228 idosos não institucionalizados, avaliados pelos MMSE, ADL	9,6% com perdas cognitivas, mais frequentes em mulheres, presença de viuvez, baixa autopercepção de saúde e redução das atividades de vida diária
Freitas & Scheicher	2010	Descritivo transversal – 36 idosos institucionalizados avaliados pelo MOS SF-36	Aponta baixa qualidade de vida no domínio aspecto emocional em idosos institucionalizados
Damián, Pastor-Barriuso & Valderrama-Gama	2010	Base populacional – 579 idosos institucionalizados avaliados pela GDS	46,1% com depressão diagnosticada e 41,5% não diagnosticada, atribuída a número de medicações, idade avançada, baixo nível socioeconômico e administração privada do abrigo
Camarano & Kanso	2010	Base populacional – 3.295 idosos institucionalizados no Brasil	Avalia as características de serviços prestados, infraestrutura física e recursos de ILPI, apontando carências
Galhardo, Mariosa & Takata	2010	Descritivo transversal – 46 idosos institucionalizados, avaliados pela GDS	65,0% apresentavam depressão, predominantemente leve
Mitchell et al.	2010	Metanálise para avaliação do GDS – idosos não institucionalizados	Identifica o GDS com instrumento válido para avaliação de idosos no cuidado primário
Pereira & Guerra	2010	Quase-experimental – 56 idosos com 60 anos ou mais institucionalizados, avaliados pelo IPAQ	Identifica que a prática de atividades físicas melhora o humor e a percepção de saúde de idosos
Landi et al.	2010	Revisão da literatura	Apresentação de evidências de que atividade física moderada tem efeitos benéficos sobre a depressão e a cognição de idosos
Gilmor	2011	Base populacional – 13.176 idosos com 65 anos ou mais não institucionalizados	Associação de declínio cognitivo com baixa renda, baixa participação social, má percepção de saúde mental e geral, bem como ausência de cônjuge ou companheiro
Dykstra	2011	Revisão da literatura	Aborda o espaço familiar de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades e as modificações no cuidado do idoso no Leste Europeu
Wang	2011	Prospectivo longitudinal – 195 idosos institucionalizados	Investiga os efeitos diretos da gerotranscendência como método de cuidado holístico aos idosos, que melhora a satisfação e o sentido com a vida
Prieto-Flores et al.	2011	Base populacional – 234 idosos com 60 anos ou mais institucionalizados e 234 não institucionalizados, avaliados pelo HADS-D e EQ-5D	Pior qualidade de vida relacionada à saúde e maior frequência de solidão e depressão atribuída à institucionalização
Kazama et al.	2011	Coorte – 587 idosos com 65 anos ou mais não institucionalizados, avaliados pela ADL e GDS	A depressão severa se associa à baixa renda, saúde geral comprometida e declínio das atividades diárias. Aponta a necessidade de estimular as atividades diárias
Salguero et al.	2011	Base populacional – 436 idosos com 60 anos ou mais, sendo 42% institucionalizados, avaliados por GDS e Mos SF-36	Indivíduos menos ativos apresentam pior qualidade de vida e sintomas depressivos mais frequentes
Bastos	2011	Notas didáticas	Contextualização das modificações que caracterizam o processo de envelhecimento
Okura et al.	2011	Longitudinal – 537 idosos com 71 anos ou mais ao longo de cinco anos	Identifica presença de depressão, desilusão e agitação como fatores de alto risco para institucionalização, devendo ser contemplados no diagnóstico

Autor (es)	Ano	Tipo de estudo – amostra	Conclusões
Fernandez-Martinez et al.	2012	Base populacional – 1.106 idosos não institucionalizados	O nível socioeconômico interferiu negativamente na percepção do estado de saúde e positivamente no nível de depressão
Hedge et al.	2012	Descritivo transversal – 90 idosos institucionalizados avaliados pelo MMSE	58,2% com depressão; 30,0% com distímia; 8,2% com distúrbios psicóticos e 86,7% com diversos graus de perdas cognitivas. A depressão manteve correlação com baixa renda e duração da internação
Luppa et al.	2012	Base populacional - idosos com 75 anos ou mais, sendo 3.058 não institucionalizados e 150 institucionalizados	Os preditores de institucionalização foram perdas cognitivas e funcionais, viuvez, baixa percepção do estado de saúde e depressão, dentre idosos com 75 a 91 anos de idade

Legenda: ADL – Atividades de Vida Diária; BOAS – *Brazil Old Age Schedule*; CES-D - *Center for Epidemiologic Study Depression Scale*; EDB – Escala de Demência de Blessed; EQ-5D – Índice de Estado de Saúde; HADS-D – *Hospital Anxiety and Depression Scale*; IEC – Inventário de Estratégias de *Coping*; ILPI – instituição de longa permanência para idosos; IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física; IQCODE – Questionário do Informante de Declínio Cognitivo em Idoso; MMSE – Mini Exame do Estado Mental; MOS SF-36 – *Medical Outcome Study 36-Item Short Form*; OGB – *Objective Overall Health Burden Scale*; TDR – Teste de Desenho do Relógio; WHOQOL- *Quality of Life*;

DISCUSSÃO

Na medida em que se vivencia no mundo o envelhecimento populacional associado à globalização, à reorganização familiar e, conseqüentemente, à reestruturação das relações entre gerações, a assistência aos idosos passa a ser problema internacional, na medida em que cabe ao Estado zelar pela saúde dos cidadãos.

Em relação ao conceito de idoso, a globalização despertou diferenças na conceituação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda definir idosa qualquer pessoa com 65 anos de idade ou mais, mas alerta para a inexistência de consenso internacional. Nos Estados Unidos da América, o termo idoso não se associa especificamente a um ponto de corte etário; na Inglaterra, é recomendado o ponto de corte em 60 anos nos estudos, ainda que para a seguridade social seja empregado o limite de 65 anos. Devido à falta de consenso internacional para conceituar idoso e à necessidade de padronização das estatísticas permitindo comparações, se tem admitido nas pesquisas epidemiológicas e de base populacional o limite de 65 anos, o qual, apesar de arbitrário, está consonante com a legislação de seguridade social usada internacionalmente (WHO, 2001).

É oportuno pontuar que, exclusivamente para a África, há consenso de que o ponto de corte etário para definição de idoso deve ser 50 anos, devido à enorme diversidade de culturas segundo as regiões do país e à falta de registro de nascimento de parcela significativa da população. Esse ponto de corte foi definido tomando por base a idade em que as pessoas na

África já não podem mais exercer suas atividades diárias, as quais são predominantemente rurais (Kowal & Peachey, 2001).

O processo de globalização trouxe melhorias sociais, mas, concomitantemente, deixou à margem grande parcela da população desassistida, especialmente quando idosa. A globalização propiciou à mulher o ingresso no mercado de trabalho, a queda de fecundidade, a saída precoce dos filhos do seio da família, implicando na alteração da função tradicional que a família exercia de suporte e apoio aos idosos, favorecendo a institucionalização (Camarano et al., 2004).

A institucionalização, em sua origem, está ligada aos asilos, aos hospícios, mantidos pela caridade cristã para acolhimento da população carente que necessitava de abrigo, suprindo o descompromisso do Estado. Essa filantropia explica a carência financeira das instituições (Camarano & Kanso, 2010, Nye, 2003).

No Brasil, em 2005, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, na Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, define e classifica as instituições geriátricas no âmbito do Estado, diferencia as ILPI - casas de assistência social, das casas de repouso, destinadas à assistência médica a idosos em regime de assistência asilar (Brasil, 2005). Desta feita, nas ILPI, os idosos eram considerados como se fossem um grupo de pessoas despidas de singularidades, infantilizadas, porque eram percebidos como degenerescentes por envelhecimento, ao passo que, nas casas de repouso, eram doentes (Creutberg, Gonçalves & Sobottka, 2008, Watanabe & Di Giovanni, 2009). No entanto cabe ressaltar que essa percepção do envelhecimento não é consensual entre idosos, posto que a resiliência faz com que grande parte deles busque viver essa fase da vida valorizando ganhos e possibilidades de contribuição social (Freire Júnior & Tavares, 2005).

Nas últimas décadas, no Brasil, sob influência de outros países, algumas ILPI assumiram também o caráter de local para viver, por orientação da Organização Mundial da Saúde, favorecendo o envelhecimento positivo. Apesar disso, a maioria das ILPI ainda mantém o caráter exclusivamente de moradia, não oferecendo opções que possam inserir os idosos em atividades de lazer, de atividades físicas e de interações sociais, o que favorece seu isolamento (Camarano & Kanso, 2010, Creutberg, Gonçalves & Sobottka, 2008, Watanabe & Di Giovanni, 2009).

Levantamento censitário realizado no período de 2007 a 2009, nas quatro regiões brasileiras, apontou que 65,2% das ILPI ainda são filantrópicas, das 6,6% são públicas, o que corresponde a 218 instituições. Nessas ILPI, moravam 109.447 idosos, total que correspondia a 1% da população idosa brasileira à época da pesquisa (Camarano & Kanso, 2010).

De toda forma, as pesquisas oferecem evidências fortes de que os idosos institucionalizados percebem a transferência do lar para uma ILPI como desafio, pela radicalidade da mudança a que são submetidos. Desse contexto fazem parte sentimentos de abandono pelos filhos, de perda de liberdade, de autonomia, de identidade, de isolamento e de inatividade física, especialmente quando as ILPI contemplam exclusivamente a assistência social (Freire Júnior & Tavares, 2005, Hegde et al., 2012, Lima-Costa, 2003, Pavan, Meneghel & Junges, 2008, Vivan & Argimon, 2009).

As perdas inerentes ao envelhecimento, somadas àquelas percebidas a partir da institucionalização, são reconhecidamente fatores de risco para depressão, fato que tem motivado diversas pesquisas para investigação das características depressivas de idosos institucionalizados. Essas pesquisas apontam percentuais de depressão maiores que 50% (Debruyne et al., 2009, Galhardo, Mariosa & Takata, 2010, Hegde et al., 2012, Lee et al., 2008, Luppá et al., 2012, Prieto-Flores et al., 2011, Siqueira et al., 2009), embora se encontre percentual de 30% em uma pesquisa nacional (Santana & Barboza Filho, 2007).

O questionamento que essas constatações suscitaram ao longo do tempo foi a possibilidade da existência de um subtipo de depressão associada à institucionalização de idosos. O desafio da resposta ao questionamento é apontado por McPherson e Armstrong (2006), ao considerarem o aumento dos instrumentos para diagnóstico, as modificações da DSM e as classificações dos subtipos de depressão. No tocante à classificação dos subtipos, embora haja predomínio da denominação depressão maior, que representou o sucesso da psiquiatria no controle da nomenclatura desse diagnóstico, ela não exclui a classificação por subtipos causais, temporais, de gravidade, de natureza e de resposta ao tratamento.

Entre idosos com depressão, supõe-se que, dentre esses subtipos, parecem importantes as depressões com etiologia psicossocial. A depressão psicossocial, embora tenha sido excluída da classificação dos tipos de depressão a partir de 1980 pela possibilidade de não estar relacionada à origem biológica, ainda é alvo de debates acirrados, dado que a depressão endógena permanece como a segunda denominação de subtipo mais citada na literatura, após 1980. A frequência da citação da depressão endógena subentende a dimensão etiológica da depressão relacionada a aspectos psicossociais, aquela desencadeada por fatores não biológicos, em cujo contexto pode estar a depressão pela institucionalização.

Dentre os fatores evidenciados em pesquisas que podem servir de base para explicar a depressão de idosos institucionalizados está a diferença da presença de depressão entre idosos na comunidade e institucionalizados.

Plati et al. (2006), investigando sintomas depressivos e desempenho cognitivo, mostraram prevalência de sintomas depressivos em 54,22% dos idosos institucionalizados contra 28,92% entre os não institucionalizados. Associaram a essa informação o fato de o principal motivo de institucionalização ser a ausência de suporte familiar.

Siqueira et al. (2009), empregando a Escala de Depressão Geriátrica em 55 idosos institucionalizados em Pernambuco, identificaram sintomatologia depressiva em 51% deles, semelhante ao relatado por Cheloni et al. (2003), no Rio Grande do Norte. Esses percentuais contrastaram com os resultados de pesquisas que investigaram depressão em idosos não institucionalizados. Paradela, Lourenço e Veras (2005), utilizando a Escala de Depressão Geriátrica aplicada a 302 idosos vivendo em comunidade, na cidade do Rio de Janeiro, reportaram 16,9% de depressão. Sousa et al. (2007), ao identificarem idosos deprimidos atendidos em hospital geral de Ubá (Minas Gerais), empregando Escala de Depressão Geriátrica, relataram 47,8% de idosos deprimidos.

Santana e Barboza Filho (2007) investigaram depressão em idosos institucionalizados em Salvador (Bahia), identificando 21,1% com depressão, avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica. Constataram também que esse sintoma foi mais frequente em indivíduos solteiros ou viúvos, do sexo feminino, com baixa escolaridade, sem ocupação na instituição, que não participavam de prática religiosa.

Em estudos internacionais encontra-se similaridade na ocorrência de depressão em idosos institucionalizados. Damián et al. (2010), investigando 579 residentes de ILPI em Madri (Espanha), identificaram 46,1% com depressão maior e 41,5% com sintomatologia depressiva leve, que foi atribuída predominantemente a pertencer ao sexo feminino, ter idade de 85 anos ou mais e ser viúvo ou solteiro. É importante ressaltar que, na Espanha, 83,0% dos idosos recebem cuidados fora da institucionalização, por questões culturais.

Mitchell et al. (2010), investigando a depressão geriátrica em idosos hospitalizados, constataram percentual de 15,0%, no Reino Unido. Hegde et al. (2012) analisaram 245 residentes em ILPI em Mangalore (Índia), constataram 58,2% de sintomas depressivos e atribuíram-nos à ausência de percepção pecuniária e baixa percepção de suporte social, a qual motivou a institucionalização.

A interferência da cultura e dos valores sociais relacionados ao envelhecimento é evidenciada quando se comparam os estudos anteriormente mencionados, realizados no Ocidente, com o estudo de Broekman et al. (2008), realizado em Singapura. Investigando 4.253 idosos institucionalizados, seja em ILPI ou em casas de repouso, referiram percentual de 3,4% de idosos depressivos. Interessante notar que, dentre os depressivos, 9,6%

percebiam-se com pouca energia, 7,9% preferiam permanecer na instituição e 10,2% reconheciam que tinham perda de desempenho em algumas atividades. É importante ressaltar o respeito que os asiáticos dedicam aos idosos, considerando-os portadores de um saber de fundamental importância para a população em geral.

O envelhecimento no Oriente é compreendido como uma fase de aprendizado para a maturidade, de especial importância para a transferência de ensinamentos aos mais jovens, e, sobretudo, de aprendizado e exercício da espiritualidade (Wang, 2011).

A contraposição do resultado asiático, portanto de cultura oriental, às evidências em países ocidentais, incluindo o Brasil, parecem reforçar a hipótese de que a institucionalização, tal como se apresenta, pode ser fator se não desencadeante, talvez contribuinte para uma depressão relacionada a aspectos psicossociais, ligada à desvalorização da vida, contribuindo para o vazio existencial pelo fato de o idoso não preencher os padrões de desempenho físico, cognitivo e de beleza exigidos pela sociedade, associado ao não exercício da espiritualidade que contribui para sua visão pobre de importância no mundo.

O comprometimento cognitivo em idosos, ainda que leve, pode prejudicar sua qualidade de vida, sem interferir marcadamente em suas atividades de rotina. O declínio cognitivo leve é conceituado como perda cognitiva maior que a esperada para idade e escolaridade do indivíduo, podendo ser transitória ou permanente. Nesse caso pode progredir para demência em cinco anos. Paralelamente, deve-se considerar que a percepção de perda de qualidade de vida, por si só, pode contribuir para desencadear ou agravar a depressão (Gauthier et al., 2006).

A importância do declínio cognitivo leve é que o idoso pode não percebê-lo porque habitualmente ele tem início por falhas de memória, consideradas pelo idoso como alterações normais do envelhecimento. No entanto o declínio de memória constantemente se associa à redução de outras funções cognitivas como linguagem, funções executivas e habilidades visuoespaciais. Essas perdas podem reduzir a capacidade do idoso para realizar atividades cotidianas ou mesmo afetar seus relacionamentos sociais (Machado et al., 2007, Magalhães et al., 2008, Rabelo, 2009).

Dentre os fatores contribuintes para o declínio cognitivo leve, estão baixa escolaridade, baixo status financeiro, pobreza de conexões sociais de integração com a comunidade e com amigos, pobreza de atividade de lazer e de atividade física (Marra et al., 2007, Muangpaisan et al., 2008, Rabelo, 2009).

É importante ressaltar que a institucionalização pode contribuir para déficits cognitivos leves em idosos, já que restringe os contatos sociais, promove redução da

autonomia, quando não propicia atividades de lazer e atividades físicas (Galhardo, Mariosa & Takata, 2010).

Nesse sentido, a institucionalização pode contribuir para a depressão, afirmação para qual há fortes evidências teóricas. Desde 1989, as pesquisas têm indicado que incapacidade funcional, mesmo leve, pode prejudicar a saúde mental por desencadear desafios na realização de atividades cotidianas e sociais, tornando-as altamente estressantes porque exigem ajustamento e resiliência no dia-a-dia. A repetição desses eventos desagradáveis leva ao aparecimento de sintomas depressivos, conforme preconiza a teoria do estresse, enunciada por Bruce (2001). O desencadeamento da sintomatologia depressiva depende da importância que o idoso atribui a suas restrições ou perdas. Pode sentir-se desesperançoso, inútil, se a perda da independência for relevante, o que é fator desencadeante de depressão (Yang & George, 2005).

Coorte realizada nos Estados Unidos envolvendo 4162 idosos com 65 anos ou mais, identificou que 30% tinham alguma incapacidade permanente ou transitória para a realização de atividades diárias e 61% apresentavam sintomas depressivos. A diferença entre os percentuais foi atribuída à autoavaliação, demonstrando que as perdas de controle são supervalorizadas pelos idosos (Yang & George, 2005).

Na Nova Zelândia, foi comprovado por estudo controlado aleatorizado que a própria redução da acuidade visual pode desencadear depressão em idosos. Dentre os 391 participantes da pesquisa, 29,4% tinham sintomas depressivos, avaliados pela EDG-15, e, destes, todos apresentavam redução da acuidade visual, fato explicado pela perda da autonomia, geradora da necessidade de maiores cuidados dada a redução da função e da atividade física. Esses resultados foram relevantes porque, em pacientes jovens, a redução da acuidade visual não acarreta depressão (Hayman et al., 2007).

A redução da atividade física, para a qual a redução da acuidade visual contribui, também é evidenciada como fator que contribui para a depressão, mesmo nos países orientais. Kazama et al. (2011), analisando 587 idosos não institucionalizados no Japão, em 2003, demonstram que os sintomas depressivos oferecem risco de redução de realização das atividades básicas da vida diária 3,2 vezes maior e alertam para a necessidade de cuidadores de idosos incentivarem a realização de atividades físicas para redução das perdas e da sintomatologia depressiva.

Salguero et al. (2011), avaliando qualidade de vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados, demonstraram que os primeiros têm, na falta de atividade física, o

principal fator de risco para sintomas depressivos, reforçando o estudo oriental e encorajando atividade física como estratégia de saúde.

Pereira e Guerra (2010) identificaram, no Ceará (Brasil), que 84,0% dos idosos institucionalizados eram sedentários ou praticavam esporadicamente alguma atividade física e pontuaram que o resultado refletiu a inadequação das ILPI para uma mudança comportamental relacionada ao bem estar físico, contribuindo, assim, para a sintomatologia depressiva. Landi et al. (2010), abordando a fragilidade dos idosos, resultante do declínio cumulativo de múltiplos sistemas fisiológicos, apresentam as evidências dos benefícios da atividade física e do exercício para essa população também na redução de sintomas depressivos, além dos benefícios cardiovasculares, endócrinos, ósseos e neurológicos do controle do balanço corporal.

A relação entre depressão e institucionalização suscita refletir sobre fatores biopsicossociais e espirituais que influenciam o bem estar de idosos, especialmente quando são considerados o repositório da história e sua possibilidade em contribuir na formação dos mais jovens.

Até 1960, vigorou a teoria do desprendimento ou do desvínculo, na qual se admitia que o idoso deveria se retirar da sociedade, para que pudesse gozar de paz interior e libertar-se das pressões, coações e ansiedades inseparáveis na representação de papéis que a sociedade exige dos indivíduos. A partir de 1960, entretanto, houve a preocupação de promoção da qualidade de vida para os idosos, do que derivou considerar o desprendimento como inaceitável por contradizer a natureza social e gregária do homem. É em 1960 que tem início um movimento denominado teoria da atividade, largamente aceita pelos gerontologistas. Na teoria da atividade, admite-se a participação ativa na sociedade como um facilitador de cuidados aos idosos, mas essa atividade não pode ser forçada porque, assim, seria desrespeitosa (Tornstam, 1994).

O desafio do cuidado ao idoso consiste, então, em mantê-lo ativo socialmente e fazê-lo compreender a importância de ter adquirido maturidade, ainda que ela se associe a perdas do desempenho físico. Essa foi a base da teoria da gerotranscendência, sugerida em 1989, pelo sociólogo sueco Tornstam (Tornstam, 1989).

A gerotranscendência é o deslocamento da atenção ao idoso, numa metaperspectiva, da visão materialista irracional para uma visão transcendente e cósmica, normalmente acompanhada do aumento da satisfação de vida. Está composta empiricamente por três dimensões: a transcendência cósmica, a qual busca integrar o idoso em um universo mais

amplo, a transcendência de coerência, que objetiva os relacionamentos pessoais e sociais e a transcendência da solidão, a qual valoriza o jeito de ser (self) de cada idoso (Tornstam, 1997).

Em linhas gerais, a gerotranscendência é o estágio final de uma progressão natural voltada à maturidade e à esperança. Faz com que o idoso volte seu olhar para o passado, buscando compreender sua maneira de ser no mundo e, com isso, construir a paz de espírito, um novo sentimento de comunhão com a redefinição do tempo, do espaço, da vida e da morte, e deve ser aprendida (Patton, 2006).

O processo de desenvolvimento do idoso para a gerotranscendência pode ser bloqueado ou favorecido por uma série de experiências de vida, dentre as quais as modificações biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, idade-dependentes. As perdas físicas, por exemplo, se acompanham de sentimentos de tristeza, mas podem ser sobrepassadas pelo reforço da transcendência da solidão, a qual confere mais energia e vitalidade psíquica, tal como se verifica em pacientes tratados com sucesso, por exemplo, de neoplasias malignas (Coward, 2003).

Deslocando o foco de atenção para a depressão em idosos, especialmente para aqueles institucionalizados, as pesquisas têm identificado que sua base consiste na impossibilidade de o idoso compensar as perdas que vai percebendo ao longo do envelhecimento e usar ou desenvolver exclusivamente estratégias dependentes do suporte social (Hartmann Júnior, Silva & Bastos, 2009). Essa conduta, ainda pautada no desempenho físico e nos padrões de beleza, vai afastando o idoso e dificultando as interações sociais. Nessa lógica, se a sociedade não se move no sentido de reintegrar o idoso, é necessário oferecer a ele outro suporte, que seriam as experiências de gerotranscendência. A redefinição de si mesmo, das relações com os outros e de sua relação com o próprio universo, aumenta a satisfação com a vida e o apoio não é tão dependente da aceitação social (Tornstam, 1997).

O aprimoramento da transcendência da solidão é definido como a habilidade de descobrir e produzir significado para as experiências de vida para além da constituição humana materialista. É, assim, um indicador da espiritualidade, na medida em que permite o crescimento pessoal e a compreensão do significado e do valor da vida, da própria vida. Esse princípio já havia sido enunciado pela logoterapia de Viktor Frankl (1987), quando, abordando o vazio existencial, apresenta a importância da percepção da consciência de o indivíduo ser uma figura importante, que se move em direção a um objetivo, ressignificando critérios e hierarquizando valores; enfrentando um destino que não pode mudar e erguendo-se acima de si mesmo, crescendo para além do desafio pela mudança de si mesmo.

Assim posto, a depressão do idoso, especialmente quando institucionalizado, poderia ter como centro o vazio existencial. Em assim sendo, ressignificar a vida, especialmente por receber cuidados espirituais, lhe reforça a gerotranscendência, a compreensão do valor da vida, conferindo sentido, esperança, alegria, independente do apoio social. Faz com que o idoso desenvolva o senso de pertencimento, o amor, a dependência de outros valores, os quais favorecem o relacionamento social saudável, a coerência social, a consciência de que as maiores perdas na vida humana podem ter sentido para o idoso e fazer com que seus cuidadores compreendam a universalidade da vida e da morte (Huang, Liu & Hsu, 2008).

Do ponto de vista prático, a gerotranscendência requer aprendizado por parte do idoso e de seus cuidadores e não se trata apenas de fazer com que todos tenham aderência a um credo religioso, mas que aprendam uma intercomunicação mais ampla, ajudando-os a reagir contra a tendência pouco sadia de supervalorizar o sofrimento, em detrimento de valorizar a experiência de vida, enquanto realização prática, terapêutica, enfatizando a maturidade (Frankl, 1987).

Na mesma vertente, Bastos (2011, p. 209) pontua que “a redução da agilidade mental poderá ser compensada por uma maior ponderação e serenidade”, do que derivam objetividade, prudência, equilíbrio, distanciamento diante de coisas irrelevantes, abertura de disponibilidades e certa capacidade de espiritualização, exigindo, para isso, que se aproxime dos mais jovens, para prevenir-se do isolamento social e da marginalização, bem como perceba o valor de sua sabedoria.

Estudos recentes têm demonstrado que o sentimento de solidão e o comprometimento de memória subjetiva são preditores da institucionalização, enquanto que as perdas cognitivas e funcionais não contribuem para ela. Essa evidência despertou, nos países desenvolvidos, a preocupação com a depressão relacionada à institucionalização motivando estudos sobre o risco da institucionalização como fator contribuinte para a desvalorização da vida. Nesse sentido, os estudos apontam a necessidade de promover condutas preventivas da população em geral para com o idoso, recomendando contemplar os aspectos relacionados à espiritualidade, à gerotranscendência (Luppa et al., 2012, Okura et al., 2011, Prieto-Flores et al., 2011, Yang & George, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências nacionais e internacionais parecem confirmar a possibilidade de uma associação entre depressão relacionada a aspectos psicossociais e institucionalização, convidando à reflexão da necessidade de modificação dos padrões dessa institucionalização.

O panorama da sociedade moderna com reorganização familiar, reduzindo o cuidado aos idosos, associado à desvalia cultural dessa população, talvez por exigir cuidados de grupos sociais mais habituados à independência dos jovens, posto que o envelhecimento populacional, no Brasil, é um fenômeno novo. Esse contexto aponta para a urgência de assistir melhor os idosos.

Os estudos apontam para maior frequência de depressão em idosos institucionalizados, quando comparados aos idosos vivendo em comunidade. Indicam que a institucionalização promove afastamento social, inatividade física, falta de atividades de lazer, fatores que isolada ou associadamente, contribuem ou mesmo favorecem o agravamento das perdas cognitivas, da qualidade de vida, desencadeando ou agravando a depressão.

Na revisão, identificou-se que grande parte dos estudos utiliza a Escala de Depressão Geriátrica aplicada aos idosos, mas poucos estudos pesquisam os cuidadores de idosos, detalham condições e motivos de institucionalização, bem como contemplam pesquisas qualitativas, que seriam mais adequadas para esse tipo de investigação, o que poderia motivar estudos.

Compreender a depressão relacionada a aspectos psicossociais por institucionalização pode auxiliar a implantação do modelo de assistência gerotranscendente, a qual considera o estágio final de vida como uma progressão natural para a maturidade e a felicidade completas.

As instituições de longa permanência para idosos, enquanto locais de residência, precisam acolhê-los em todas as suas dimensões, não se restringindo ao suporte social. A satisfação com a vida, o significado da vida e os fatores espirituais são necessários para que se mantenha a coerência com uma trajetória de constructos, verdades, valores, que os idosos trazem. Precisam estas instituições promover o cuidado holístico fazendo com que os idosos convivam com suas restrições físicas e mentais plenamente, percebendo-se indivíduos socialmente úteis.

REFERÊNCIAS

- Bastos, O. (2011). O paciente idoso. *Neurobiol*, 74(2), 203-210.
- Brasil. (1989). Ministério da Saúde. Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. *D.O.U. Poder Executivo, de 27 de setembro de 2005*.
- Brasil. (2005). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. *D.O.U. Poder Executivo, de 27 de setembro de 2005*.
- Broekman, B. F. P., Nyunt, S. Z., Niti, M., Jin, A. Z., Ko, S. M., Kumar, R., & et al. (2008). Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an Asian population. *J Affect Dis*, 108, 285-290.
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life: directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatr*, 9, 102-112.
- Camarano, A. A., & Kansa, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Est Pop*, Rio de Janeiro, 27(1), 233-235.
- Camarano, A. A., Kansa, S., Leitão e Mello, J., & Pasinato, M. T. (2004). Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. Cap. 5. In.: A. A. Camarano. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (pp. 137-165). Rio de Janeiro: IPEA.
- Cheloni, C. F. P., Pinheiro, F. L. S., Filho, M. C., & Medeiros, A. L. (2003). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). *Expressão*, 34(1-2), 61-73.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group II. *Oncol Nurs Forum*, 30(2), 291-300.
- Creutberg, M., Gonçalves, L. H. T., & Sobottka, E. A. (2008). Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto Contexto Enferm*, 17(2), 273-279.

- Damián, J., Pastor-Barriuso, R., & Valderrama-Gama, E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older. *J Am Med Dir Assoc*, 11, 312-319.
- Debruyne, H., Van Buggenhout, M., Le Bastard, N., Aries, M, Audenaert, K., De Deyen, P. P., & et al. (2009). Is the geriatric depression scale a reliable screening tool for depressive symptoms in elderly patients with cognitive impairment? *Int J Geriatr Psychiatry*, 24(6), 556-562.
- Dykstra, P. A. (2011). *Key Findings from the Multilinks Research Programme*. Deliverable D6.1. Multilinks.
- Fernandez-Martinez, B., Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., & Martínez-Martín, P. (2012). Estado de saúde percebido em idosos: desigualdades regionais e sociodemográficas na Espanha. *Rev Saúde Pública*, 46(2), 310-319.
- Frankl, V. (1987). *Em busca de sentido: um psicólogo no Campo de Concentração* (1ª ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Freire Júnior, R. C., & Tavares, M. F. L. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface – Comunic Saude Educ*, 9(16), 147-158.
- Freitas, D. H. M., Campos, F. C. A., Linhares, L. Q., Santos, C. R., Ferreira, C. B., Diniz, B. S. & et al. (2010). Self-perception of health and cognitive performance in community-dwelling elderly. *Rev Psiq Clin*, 37(1), 32-35.
- Freitas, M. A. V., & Scheicher, M. E. (2010). Quality of life of institutionalized elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 13(3), 395-401.
- Galhardo, V. A. C., Mariosa, M. A. S., & Takata, J. P. I. (2010). Depression and sociodemographic and clinical profiles of institutionalized elderly without cognitive deficit. *Rev Med*, 20(1), 16-21.
- Gauthier, S., Reisberg, B.; Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., & et al. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 15, 1261-1270.
- Gilmor, H. (2011). Cognitive performance of Canadian seniors. *Health Reports*, 22(2), 1-5.
- Hartmann Júnior, J. A. S., Silva, R. A., & Bastos, O. (2009). Elderly institutionalized: relationship between depression physical and cognitive symptoms. *Neurobiol*, 72(3), 19-30.

- Hayman, K. J., Kerse, N. M., La Grow, S. J., Wouldes, T., Robertson, M. C., & Campbell, A. J. (2007). Depression in older people: visual impairment and subjective ratings of health. *Optometr Vision Sci*, 84(11), 1024-1030.
- Hegde, V. N., Kosgi, S., Rao, S., Nagesh, P., & Mudgal, S. M. (2012). A study of psychiatric and physical morbidity among residents of old age home. *Int J Health Sci Res*, 2(1), 57-74.
- Holroyd, A., & Clayton, A. H. (2002). Measuring depression in the elderly: which scale is best? *Medscape General Medicine*, 2(4). Retrieved February 13, 2005, from www.medscape.com Web site: <http://www.medscape.com/viewarticle/430554>.
- Huang, S. L., Liu, H. Y., & Hsu, H. Y. (2008). A survey in unit care model in assisted-living in Pin-Dong. *NTU Social Work Review*, 16, 129-166.
- Kazama, M., Kondo, N., Suzuki, K., Minai, J., Imai, H., & Yamagata, Z. (2011). Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study. *Environ Health Prev Med*, 16(3), 196-201.
- Kowal P., & Peachey, K. (2001). *Indicators for the Minimum Data Set Project on Ageing: a critical review in sub-Saharan Africa*. Geneva: HelpAge International, WHO and United States National Institute on Aging. WHO document WHO/EIP/GPE/01.1.
- Landi, F., Abbatecola, A. M., Provinciali, M., Corsonello, A., Bustacchini, S., Manigrasso, L., & et al. (2010). Moving against frailty: does physical activity matter? *Biogerontol*, 11(5), 537-545.
- Lee, K. S., Kim, E. A., Hong, C. H., Lee, D. W., Oh, B. H., & Cheong, H. K. (2008). Clock drawing test in mild cognitive impairment: quantitative analysis of four scoring methods and qualitative analysis. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 26(6), 483-489.
- Lima-Costa, M. F. (2003). Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In M. Z. Rouquayrol, & N. Almeida-Filho. (Org.). *Epidemiologia & Saúde* (pp. 499-513). Rio de Janeiro: Medsi.
- Luppa, M., Riedel-Heller, S. G., Luck, T., Wiese, B., van den Bussche, K., Haller, f., & et al. (2012). Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Soc Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 263-270.
- Machado, J. C., Ribeiro, R. C. L., Leal, P. F. G., & Cotta, R. M. M. (2007). Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). *Rev Bras Epidemiol*, 10(4), 592-605.

- Magalhães, M. O., Peixoto, J. M., Frank, M. H., Gomes, I., Rodrigues, B. M., Menezes, C. & et al. (2008). Risk factors for dementia in a rural area on northeastern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 66(2-A), 157-162.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S., Martins, M. A. A., & Tirado, M. G. A. (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Rev Bras Fisioter*, 11(4), 267-273.
- McPherson, S. & Armstrong, D. (2006). Social determinants of diagnostic labels in depression. *Soc Sci Med*, 62(1), 50-58.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS₃₀ and GDS₁₅. *J Affect Dis*, 125(1-3), 10-17.
- Muangpaisan, W., Assantachai, P., Intalapaporn, S., & Pisansalakij, D. (2008). Quality of life on the community-based patients with mild cognitive impairment. *Geriatr Gerontol Int*, 8, 80-85.
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *J Hist Behavioral Sci*, 39(2), 115-129.
- Okura, T., Plassman, B. L., Steffens, D. C., Llewellyn, D. J., Potter, G. G., & Langa, K. M. (2011). Neuropsychiatric symptoms and the risk of institutionalization and death: the aging, demographics and memory study. *J Am Geriatr Soc*, 59(3), 473-481.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Patton, J. F. (2006). Jungian spirituality: a developmental context for late-life growth. *Am J Hosp Palliat Care*, 23(4), 304-308.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Santos, P. (2010). Cognitive impairment in old people living in the community. *Arch Gerontol Geriatr*, 51, 121-124.
- Pavan, F. J., Meneghel, S. N., & Junges, J. R. (2008). Elderly women dealing with institutionalization. *Cad Saúde Pública*, 24(9), 2187-2190.
- Pereira, D. S., & Guerra, I. (2010). Análise do nível de atividade física nos asilos e instituições de apoio aos idosos na cidade de Juazeiro do Norte/CE. *Conex Ci Tecnol*, Fortaleza/CE, 4(1), 9-16.

- Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E. C. (2006). Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(2), 118-121.
- Prato, R., Martinelli, D., Fusco, A., Panebianco, A., Lopalco, P. L., Germinario, C. A., & et al. (2007). The perception of healthcare quality of elderly in the city of Bari, South Italy. *BMC Health Serv Res*, 7, 174-184.
- Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health*, 23(1), 177-194.
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento cognitivo leve m idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Rev Kairós Gerontol*, São Paulo, 17(2), 65-79.
- Salguero, A., Martínez-García, R., Molinero, O., & Márquez, S. (2011). Physical activity, quality of life and symptoms of depression in community-dwelling and institutionalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 53(2), 152-157.
- Santana, A. J., & Barboza Filho, J. C. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública*, 31(1), 134-146.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Arch Gerontol Geriatr*, 39, 227-237.
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência Saúde Coletiva*, 14(1), 253-259.
- Sousa, R. L., Medeiros, J. G. M., Moura, A. C. L., Souza, C. L. M., & Moreira, I. F. (2007). Validity and reliability of the Geriatric Depression Scale for the identification of depressed patients in a general hospital. *J Bras Psiquiatr*, 56(2), 102-107.
- Tier, C. G., Lunardi, V. L., & Santos, S. S. C. (2008). Cuidado ao idoso deprimido e institucionalizado à luz da Complexidade. *Rev Eletr Enferm*, 10(2), 530-536.
- Tornstam, L. (1989). Gerotranscendence – a meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Ageing, Clinical Experimen Research*, 1(1), 55-64.

- Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence - a theoretical and empirical exploration. In.: L. E. Thomas, & S. A. Eisenhandler. (Eds.). *Aging and the religious dimension*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence: the contemplative dimension of ageing. *J Ageing Stud*, 11(2), 143-154.
- Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Res Develop Review*, (4), 356.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Coping strategies, functional difficulties, and associated factors in institutionalized elderly. *Cad Saúde Pública*, 25(2), 436-444.
- Wang, J. J. (2011). A structural model of the bio-psycho-socio-spiritual factors influencing the development towards gerotranscendence in a sample of institutionalized elders. *J Adv Nurs*, 67(12), 2618-2636.
- Watanabe, H. A. W., & Di Giovanni, V. M. (2009). Instituições de longa permanência para idosos (ILPI). *Bol Inst Saude*, 47, 69-71.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-553.
- WHO. World Health Organization. (2001). Health statistics and health information systems. *Definition of an older or elderly person*. Proposed working definition of a older person in African for the MDS Project. Health statistics and health information systems. Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 21 and 22 June.
- Yang, Y., & George, L. K. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health*, 17(3), 263.

3 MÉTODOS

Neste capítulo apresenta-se o detalhamento do método empregado na construção dos dois artigos desta tese, que compõem os resultados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

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

3.2 LOCAIS DE ESTUDO

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

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

Para seleção das sete ILPIs localizadas no Recife, admitiu-se serem comprovadamente filantrópicas, mantidas por instituições sem fins lucrativos e localizadas em bairros populosos e próximos da área central da cidade, para que os idosos participantes representassem melhor a população não institucionalizada, fato que não se verificava nas ILPI do Interior do Estado. No interior do Estado, as ILPI são melhor caracterizadas como casas de repouso dado que os idosos institucionalizados apresentam morbidades que os impediriam de responder aos

instrumentos de coleta do presente estudo, conforme se constatou na fase de planejamento da pesquisa.

Para seleção das ILPIs no município de Jaboatão dos Guararapes, adotou-se a mesma premissa, posto que é este município o mais próximo da cidade do Recife, mantendo características sociodemográficas semelhantes. A escolha de duas ILPIs deveu-se ao fato de apenas essas terem sido consideradas adequadas, pela Caravana dos Idosos, realizada em 2008 (CFP, 2008).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

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

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

Foram considerados critérios de exclusão:

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

3.4 AMOSTRAGEM E TAMANHO DA AMOSTRA

Adotou-se amostragem de conveniência, estratificada segundo instituição de longa permanência para idosos.

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

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

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

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

P prevalência esperada

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

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

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram empregados seis instrumentos de coleta dos dados dos idosos, para contemplar quatro aspectos, quais sejam: características sociodemográficas e da instituição de longa permanência para idosos; triagem de depressão, triagem de perdas cognitivas e qualidade de vida, conforme descrição a seguir: a) questionário de dados sociodemográficos acrescidos de informações sobre a instituição de longa permanência para idosos, construído para esta pesquisa; b) para avaliação de depressão - entrevista breve para o diagnóstico de episódio depressivo maior (*Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI módulo A), traduzida e validada para o idioma português Brasil, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria na atenção primária (AMORIM, 2000) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30), na versão brasileira traduzida e validada (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; PARADELA; LOURENÇO;

VERAS, 2005; YESAVAGE et al., 1983; BARRETO et al., 2008); c) avaliação da qualidade de vida do idoso pelo Questionário CASP-19, (HYDE et al., 2003; PATRICK; SKINNER; CONNELL, 1993; LIMA, 2009); d) para rastreamento cognitivo dos idosos - Mini-mental, Teste de desenho do Relógio e teste de recordação de palavras da bateria CERAD (Brucki et al., 2003).

Pela Escala de Mini-Exame do Estado mental (MMSE), foram avaliados orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visuo-espaciais. A denominação “mini” deve-se à não inclusão das avaliações de humor e funções mentais anormais. A escala foi empregada como teste de rastreio para perda cognitiva, mas não se prestou para o diagnóstico de demência (CHAVES, 2010).

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

3.6 PROCEDIMENTOS PARA RECOLHA DOS DADOS

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

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

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

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

A coleta dos dados obedeceu a um formulário único, organizado segundo dificuldade de realização de cada avaliação e esteve assim composto: a) questionário de investigação sociodemográfica e das características relativas à institucionalização; b) escala geriátrica de depressão; c) entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais (MINI); d) escala CASP-19; e) escala de mini-exame mental (MMSE), f) teste de palavras do CERAD e g) teste de desenho do relógio.

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

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram criticados e organizados com o programa estatístico Epi-Info versão 3.5.3, de Janeiro de 2011, distribuído gratuitamente pela Organização Mundial de Saúde, e validados por dupla digitação. Após organização, os dados foram categorizados conforme o questionário aplicado.

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

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

Foram utilizadas as pontuações originais do CASP-19. Procedeu-se inicialmente à codificação das respostas, atribuindo-se: a) zero ponto para “nunca”, b) um ponto para “raramente”, c) dois pontos para “às vezes”, e d) três pontos para “frequentemente”. Em seguida, foi realizada a recodificação das respostas reversas dos itens 1, 2, 4, 6, 8 e 9. Finalmente, foram calculadas as pontuações dos quatro domínios representadas pela soma dos

itens que os compunham (controle - itens 1 a 4; autonomia, 5 a 9; prazer, 10 a 14; e autorrealização, itens 15 a 19). A pontuação geral do CASP-19 correspondeu à soma da pontuação dos quatro domínios, podendo variar de zero a 57 (HYDE et al., 2003; LIMA, 2009).

Para análise do teste MMSE, adotaram-se os pontos de corte propostos por Crum et al. (1993), por contemplarem as variações devidas à idade e à escolaridade, os quais estiveram concordes com os pontos de corte propostos por Castro-Costa et al. (2008). Esses pontos de corte permitem sensibilidade do teste igual a 82,4%, para iletrados, 75,6%, para baixa e média escolaridade, e 80%, para alta escolaridade, sendo as respectivas especificidades iguais a 97,5%, 96,6% e 95,6% (Anexo B).

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

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

O teste de memorização de palavras da bateria CERAD foi empregado para identificar perdas cognitivas relacionadas à recordação imediata e sua categorização obedeceu às instruções de Bertolucci et al. (1994).

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

Os dados em escala nominal ou ordinal foram apresentados em tabelas ou gráficos com distribuição de frequências absolutas e relativas. Os dados em escala intervalar ou de razões foram resumidos como média, erro-padrão da média ou mediana e amplitude semi-interquartílica, conforme a distribuição fosse normal ou não. Para comparação de grupos, foram empregados os testes do Qui Quadrado ou o teste exato de Fisher, quando as regras de Cochran não eram obedecidas. Para comparação de médias de pontuações e de idades,

empregaram-se os testes U de Mann-Whitney ou o teste t de *Student*. Para todos os testes, admitiu-se nível de significância igual a 0,05, para rejeição da hipótese de nulidade, correspondente à igualdade dos grupos.

4 ARTIGO - DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: PADRÕES COGNITIVOS E QUALIDADE DE VIDA

Artigo submetido ao periódico *Psychology and Aging* – Qualis CAPES A1 em Psicologia e em Medicina I – Fator de impacto 2,729

Depressão em idosos institucionalizados: padrões cognitivos e qualidade de vida

Depression on institutionalized elderly: cognitive profile and quality of life

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Antonio Peregrino

Othon Bastos

Não há conflito de interesses

Endereço para correspondência

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Endereço: Rua Dona Magina Pontual – Ed. Maria Carolina, 126, aptº 1902 - Boa Viagem, Recife - PE.

CEP: 51021-510

Telefone: (81) 3462-2390/ 91620835

Othon Bastos

Endereço: Av. Domingos Ferreira – Empresarial Domingos Ferreira, 890, sala 407 – Boa Viagem,

Recife – PE. CEP: 51011-050

Telefone: (081) 3465-7230

Antônio Peregrino

Endereço: Rua das Pernambucanas, 407 – Ed. Kronos, sala 1309 – Graças – PE- CEP- 52011-010.

Telefone: (081) 3421-6795

RESUMO

Introdução: Instituições de longa permanência para idosos devem favorecer o envelhecimento saudável e a convivência com restrições físicas e cognitivas, mas podem facilitar depressão. **Objetivo:** Determinar o percentual de depressão, variáveis psicossociais e qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, observacional, com comparação de grupos foi realizado incluindo 96 idosos, com 65 anos ou mais de idade, residindo em uma dentre nove instituições de longa permanência, sendo sete localizadas no Recife e duas em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, no período de maio a julho de 2011. Os instrumentos de coleta permitiram investigar características sociodemográficas e da instituição, triar depressão (Escala de Depressão Geriátrica, e entrevista breve para diagnóstico de episódio depressivo maior), perdas cognitivas (mini-mental e teste de desenho do relógio) e avaliar qualidade de vida. **Resultados:** Havia depressão em 63,5% dos idosos na Escala de Depressão Geriátrica e em 59,4%, no Mini 5.0. As perdas cognitivas estavam presentes no mini-exame do estado mental de 65,6% dos idosos e no teste de desenho do relógio de 72,9%. Depressão e perdas cognitivas se associaram significativamente com iletramento, ausência ou raridade de visitas familiares, permanência na instituição e não submissão a exames de rotina, enquanto que baixa complexidade da ocupação anterior associou-se exclusivamente à depressão. Perdas cognitivas se associaram à qualidade de vida melhor que previsível. **Conclusão:** As associações evidenciaram alta frequência de idosos com perdas cognitivas associadas e depressão, em alguns casos desencadeada após a institucionalização.

Descritores: Idosos. Institucionalização. Depressão. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Long-stay institutions for elderly can facilitate aging and coping with physical and cognitive limitations, but can favor depression related to psychosocial aspects. **Objective:** To determine the percentage of depression, psychosocial variables and quality of life of institutionalized elderly. **Methods:** A descriptive, cross-sectional, observational study, with comparison of groups was performed including 96 elderly aged 65 years or older, residing in one of nine long-term institutions, seven located in Recife, and two in Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brazil, from May to July 2011. Data collection instruments allowed to investigate the sociodemographic and institutional characteristics, to screen depression (Geriatric Depression Scale, and brief interview for the diagnosis of major depressive episode), cognitive impairment (mini-mental test and clock test) and to evaluate quality of life. **Results:** There was depression in 63.5% of elderly by geriatric depression scale and 59.4%, by Mini 5.0. Cognitive impairment was present in mini-mental state examination of 65.6% of elderly, and in 72.9%, in clock test. Depression and cognitive impairment were significantly associated with illiteracy, absence or rarity of family visits, stay in the institution and non-submission to routine screening, while the low complexity of previous occupation was exclusively associated with depression. Cognitive impairment was associated with quality of life better than expected. **Conclusion:** The associations showed a high frequency of cognitive impairment associated with elderly depression and, in some cases, triggered after institutionalization.

Keywords: Elderly. Institutionalization. Depression. Quality of life.

INTRODUÇÃO

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

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

Esse perfil ideal da instituição de longa permanência para idosos (ILPI) não corresponde à realidade brasileira. Desde sua origem asilar, com o objetivo de prestar assistência social a idosos carentes, as ILPI brasileiras, em sua maioria, caracterizam-se por instituições com tratamento coletivo aos idosos, respeitando um sistema organizado de normas que visam eficiência institucional (Batista; Araújo, 2011). Regem-se por um conjunto explícito que define a conduta do internado e sua rotina diária (Goffman, 2008).

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

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

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

Estudos transversais têm sua importância em Epidemiologia, por permitirem a determinação da prevalência de fenômenos, assim como a análise de evolução temporal de

um fenômeno. Considerando que a institucionalização de idosos, no Nordeste Brasileiro, ainda é uma decisão social a requerer detalhamento, o estudo transversal, associado à descrição, pode elucidar aspectos determinantes ou modificadores da institucionalização (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2006).

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

MÉTODOS

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

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

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

Para seleção das sete ILPIs localizadas no Recife, admitiu-se serem comprovadamente filantrópicas, mantidas por instituições sem fins lucrativos e localizadas em bairros populosos e próximos da área central da cidade, para que os idosos participantes representassem melhor a população não institucionalizada, fato que não se verificava nas ILPI do Interior do Estado. No interior do Estado, as ILPI são melhor caracterizadas como casas de repouso dado que os idosos institucionalizados apresentam morbidades que os impediriam de responder aos instrumentos de coleta do presente estudo, conforme se constatou na fase de planejamento da pesquisa.

Para seleção das ILPIs no município de Jaboatão dos Guararapes, adotou-se a mesma premissa, posto que é este município o mais próximo da cidade do Recife, mantendo características sociodemográficas semelhantes. A escolha de duas ILPIs deveu-se ao fato de apenas essas terem sido consideradas adequadas, pela Caravana dos Idosos, realizada em 2008 (CFP, 2008).

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

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

Foram considerados critérios de exclusão:

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

Adotou-se amostragem de conveniência, estratificada segundo instituição de longa permanência para idosos.

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

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

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

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

P prevalência esperada

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

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

Foram empregados cinco instrumentos de coleta dos dados dos idosos, para contemplar quatro aspectos, quais sejam: características sociodemográficas e da instituição de longa permanência para idosos; triagem de depressão, triagem de perdas cognitivas e qualidade de vida, conforme descrição a seguir: a) questionário de dados sociodemográficos acrescidos de informações sobre a instituição de longa permanência para idosos, construído para esta pesquisa com a finalidade de descrição amostral; b) para avaliação de depressão - entrevista breve para o diagnóstico de episódio depressivo maior (*Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI módulo A, traduzida e validada para o idioma português Brasil, compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em psiquiatria na atenção primária (Amorim, 2000) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30), na versão brasileira traduzida e validada (Almeida & Almeida, 1999; Barreto et al., 2008, Paradelo, Lourenço & Veras, 2005, Yesavage et al., 1983); c) avaliação da qualidade de vida do idoso pelo Questionário CASP-19 (Hyde et al., 2003, Patrick, Skinner & Connell, 1993; Lima, 2009), empregado em virtude de os estudos demonstrarem que o comprometimento da qualidade de vida pode contribuir para o desencadeamento ou o agravamento de depressão em idoso (Freitas & Scheicher, 2010; Hedge et al., 2012); d) para rastreamento cognitivo dos idosos - Mini-mental e Teste de desenho do relógio.

Pela Escala de mini-exame do estado mental (MMSE), foram avaliados orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visuo-espaciais, consideradas a capacidade da percepção espacial e das relações dos objetos e locais.

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

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

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

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

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

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

A coleta dos dados obedeceu a um formulário único, organizado segundo dificuldade de realização de cada avaliação e esteve assim composto: a) questionário de investigação sociodemográfica e das características relativas à institucionalização; b) escala geriátrica de depressão; c) entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais (MINI); d) escala CASP-19; e) escala de mini-exame mental (MMSE), f) teste de desenho do relógio.

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

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

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

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

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

Para análise do teste MMSE, adotaram-se os pontos de corte propostos por Crum et al. (1993), por contemplarem as variações devidas à idade e à escolaridade, os quais estiveram concordes com os pontos de corte propostos por Castro-Costa et al. (2008). Esses pontos de corte permitem sensibilidade do teste igual a 82,4% para iletrados, 75,6% para baixa e média escolaridade e 80% para alta escolaridade, sendo as respectivas especificidades iguais a 97,5%, 96,6% e 95,6% (Anexo B).

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

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

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

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

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

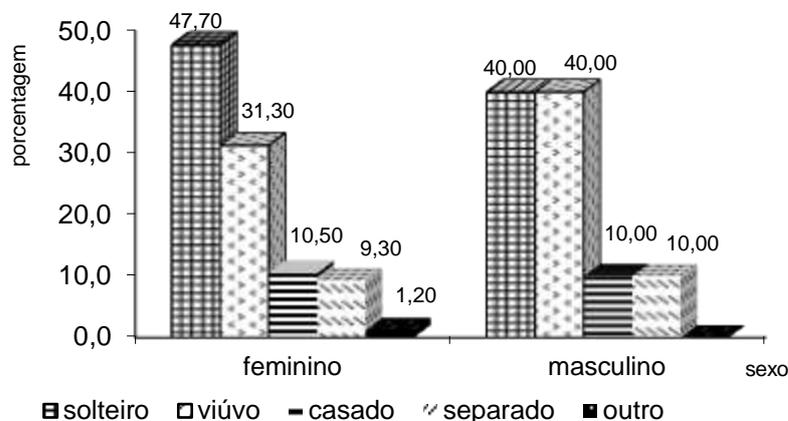
Todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas no decorrer da pesquisa, facultando a todos os participantes as explicações relativas aos objetivos, aos direitos e aos deveres deles e do pesquisador. Em todas as apresentações dos resultados da presente pesquisa será mantido sigilo de identidade dos participantes, bem como das instituições locais de estudo.

RESULTADOS

Caracterização dos idosos

A amostra foi constituída por 96 idosos com média de idade igual a 78,68 d.p. 0,92 anos, com variação de 65 a 102 anos. A mediana foi 78 anos. Cinco não souberam informar a data de nascimento. Quanto ao gênero, houve predomínio de mulheres (n=86 - 89,6%) as quais mais frequentemente eram solteiras (n=41 - 47,7%) ou viúvas (n=27 - 31,3%). Dentre os 10 entrevistados homens, predominaram os estados civis solteiro e viúvo, ambos declarados por 4 (40,0%) idosos (Gráfico 1).

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



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

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

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

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

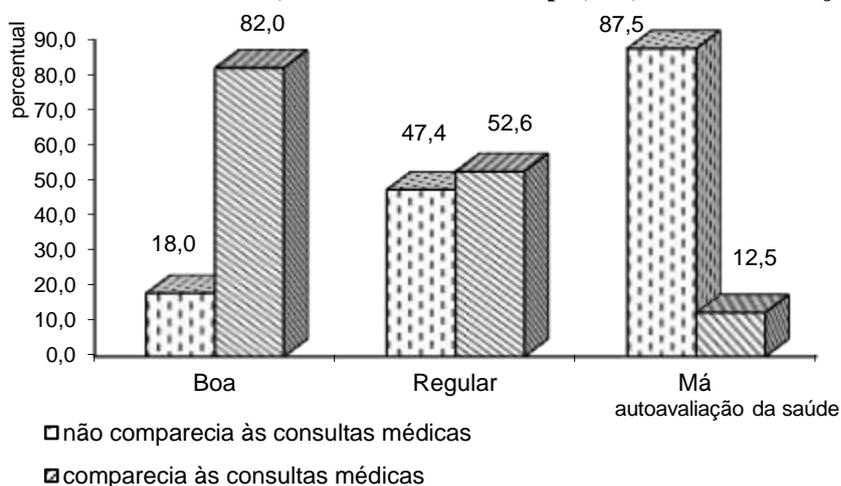
Quanto às saídas da instituição, 3 (3,1%) idosos não souberam informar, mas a administração da ILPI informou que não saíam; 39 (40,6%) declararam usufruir de saídas, dos quais 2 (5,1%) o faziam sempre acompanhados. Cinquenta e quatro idosos (56,2%) informaram nunca sair da instituição.

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

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

Solicitados a autoavaliar seu estado de saúde, 50 (52,1%) idosos a classificaram como boa, enquanto que 38 (39,6%) entenderam ser regular e 8 (8,3%) julgaram-na má. No grupo que auto-avaliou a saúde como boa, 41 (82,0%) informaram se submeter regularmente a exames médicos de rotina, e 9 (18,0%) relataram que não se submetiam a exames médicos rotineiramente. Dentre os 38 idosos com saúde regular autoavaliada, 20 (52,6%) compareciam a consultas regularmente, mas 18 (47,4%) não o faziam. Dentre os oito idosos que consideraram sua saúde má, apenas um comparecia rotineiramente a consultas médicas. Pode-se então afirmar que os idosos com saúde regular ou má diferiram daqueles com saúde boa, porque menos frequentemente compareciam a exames médicos (Gráfico 2).

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



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

A depressão nos idosos

Avaliação da depressão pela Escala de Depressão Geriátrica

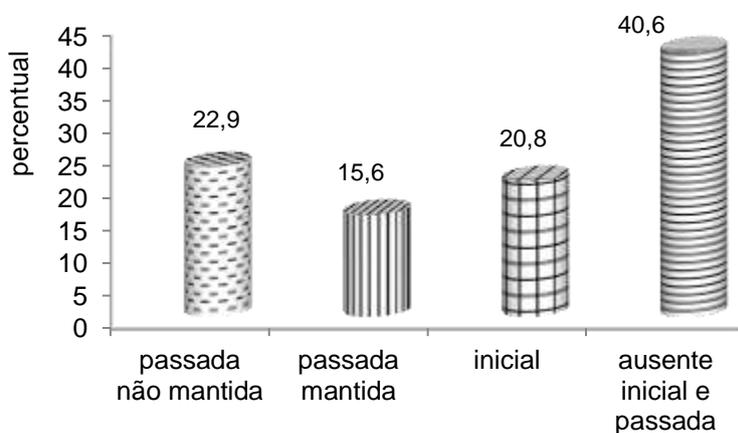
Aplicando a forma longa da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), identificou-se que 23 (24,0%) idosos apresentavam depressão grave, 38 (39,6%) tinham depressão leve e 35 (36,5%) idosos não apresentavam pontuação compatível com depressão. A média de pontos igualou-se a 13, d.p 0,9, sendo a mediana de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

Avaliação da depressão pelo MINI 5.0

A partir da entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais (MINI 5.0), foi identificado que 39 (40,6%) tinham pontuação compatível ausência de depressão passada e na coleta de dados; 20 (20,8%) apresentavam exclusivamente depressão à coleta de dados; 22 (22,9%) apresentaram pontuação compatível com depressão passada e 15 (15,6%) idosos tinham depressão passada e à coleta de dados, como demonstrado no Gráfico 3.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A cognição dos idosos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Observou-se que mais frequentemente os idosos com perdas cognitivas avaliada pelo MMSE obtiveram pontuação no questionário CASP-19 compatível com qualidade de vida melhor que previsível para idade e nível de escolaridade ou na curva de normalidade, diferindo daqueles sem perdas cognitivas, os quais consideraram a qualidade de vida pior que previsível. Fato análogo foi identificado quando os idosos tiveram as funções cognitivas avaliadas pelo teste de desenho do relógio. Idosos apresentando desorganização visuoespacial

pontuaram sua qualidade de vida melhor que os idosos sem desorganização ou quando ela estava presente em grau leve. Ambas as associações atingiram significância estatística (Tabela 6).

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

Resultados dos testes cognitivos	Qualidade de vida			Total n(%)	Valor de p*
	Melhor que previsível n (%)	Na curva de normalidade n (%)	Pior que previsível n (%)		
MMSE					0,020*
Sem perdas	15 (45,4)	10 (30,3)	8 (24,3)	33 (34,4)	
Com perdas	46 (73,0)	13 (20,6)	4 (6,4)	63 (65,6)	
perda leve	24 (66,7)	9 (25,0)	3 (8,3)	36 (37,5)	
perda moderada	18 (81,8)	4 (18,2)	-	22 (22,9)	
perda grave	4 (80,0)	-	1 (20,0)	5 (5,2)	
Teste de desenho do relógio					0,002*
Desorganização ausente ou leve	10 (38,4)	8 (30,8)	8 (30,8)	26 (27,1)	
perfeito	4 (28,6)	4 (28,6)	6 (42,8)	14 (14,6)	
erros espaciais	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	6 (6,2)	
hora errada	5 (83,3)	1 (16,7)	-	6 (6,2)	
Desorganização presente	51 (72,9)	15 (21,4)	4 (5,7)	70 (72,9)	
desorganização moderada	3 (60,0)	2 (40,0)	-	5 (5,2)	
desorganização grave	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	9 (9,4)	
Inabilidade	42 (75,0)	11 (19,6)	3 (5,4)	56 (58,3)	

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

DISCUSSÃO

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

O percentual de idosos identificados como depressivos pela EDG foi maior que os 51% relatados por Siqueira et al. (2009), empregando o mesmo instrumento avaliatório no estado de Pernambuco, como também superou o valor de 54,22% identificados por Plati et al. (2006). Essas diferenças podem ser explicadas pela perda de qualidade das ILPI, conforme relatado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2008), no Relatório de Avaliação de Instituições de Longa Permanência para Idosos, apesar de as ILPI investigadas terem sido

classificadas como adequadas às determinações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Essa perda de qualidade esteve associada ao aumento da população de idosos sem o aumento necessário de cuidadores e sem lhes serem fornecidos cuidados que favorecessem um envelhecimento saudável, compatível com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001).

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

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

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

Após a coleta dos dados, a pesquisa na literatura deixou perceber o predomínio do emprego da versão curta da EDG nas publicações mais recentes, sob a alegação de que ela permitiria maior acurácia para identificação de depressão. No entanto Almeida e Almeida (1999) alertam que a forma curta tende a subestimar depressão grave, embora apresente alta acurácia. Dessa observação resultou a opção de empregar a versão longa dessa escala, por admitir que a subestimação da depressão pode se constituir em óbice para atenção holística ao idoso, fato relevante dado que a depressão aumenta o risco de mortalidade (Abma et al., 2012, Hegde et al., 2012).

Um dos fatores que tem sido apontado como contribuinte para a depressão do idoso institucionalizado, nos países ocidentais, é a falta de consenso, entre cuidadores e idosos, quanto à autonomia. Embora o verbete autonomia remeta à liberdade, capacidade do exercício

ativo de si mesmo, de decidir livremente sobre suas ações e sobre as possibilidades e capacidades para construção do percurso de vida, autonomia também envolve dependência na medida em que essa liberdade está condicionada à disponibilidade de recursos de que o indivíduo pode lançar mão.

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

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

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

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

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

Adicionalmente, a baixa escolarização restringe, ao longo da vida, o desempenho de ocupações de maior complexidade, conforme se constatou ao identificar que 57,3% dos idosos haviam exercido ocupações que exigiam pouca ou nenhuma formação anterior e estavam dentre aquelas de menor remuneração. Os idosos com menos oportunidades sociais

tendem a adoecer mais, estão expostos a maior risco de deterioração cognitiva e por um processo cíclico, reduzem sua rede social, favorecendo problemas cognitivos, como também reduzem sua autonomia o que lhes dificulta mesmo a adoção de condutas de prevenção de saúde (Fratiglioni et al., 2000).

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

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

A utilização do MMSE, em nosso meio, tem sido discutida por vários autores, devido ao desafio que a heterogeneidade da realidade sociocultural apresenta para a metodologia da avaliação cognitiva. Ainda que se tenha adotado a normatização do MMSE por idade e escolaridade, esses padrões foram definidos para a população europeia (Fernandes et al., 2009). No Brasil, os pontos de corte desse teste foram definidos por Bertolucci et al. (1994), mas exclusivamente com base no nível de escolaridade, classificado como iletrado, elementar ou médio e superior.

Os resultados de alta frequência de depressão e de perdas cognitivas dentre os idosos investigados pode suscitar a hipótese compatível com a Teoria do Desprendimento ou do Desvínculo, segundo a qual os idosos deprimidos teriam maior probabilidade de serem institucionalizados dada sua dificuldade de convivência social e, em concordância com a Teoria, para que fossem protegidos da coerção, dos constrangimentos da sociedade que não aceita completamente o idoso, especialmente quando deprimido ou enfermo. Ainda que essa hipótese possa parecer plausível, o presente estudo não oferece evidências para sustenta-la. No entanto há que se considerar que a literatura oferece evidências fortes contrárias a essa hipótese.

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

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

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

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

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

desenvolvimento de atividades da vida diária, poucas atividades intelectuais, portanto pouco desconforto, do que deriva a maior pontuação de qualidade de vida.

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

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

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

Apesar de o tempo de coleta dos dados ter sido estimado em 30 min, os idosos necessitaram de aproximadamente uma hora e trinta minutos para completar a bateria de avaliações, procedimento adotado para respeitar a tergiversação sua acerca do conteúdo das avaliações.

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

O alto percentual de idosos com perdas cognitivas avaliadas pelo MMSE pode estar relacionado à baixa atividade intelectual, baixo nível econômico e baixa escolaridade. Fratiglioni, Paillard-Borg e Wiblad (2004) relataram, a partir de revisão sistemática, que os

estilos de vida social, mental e fisicamente ativo estiveram associados a efeitos positivos na cognição, porque essas atividades atuam concomitante e associativamente.

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

CONCLUSÕES

A depressão nos idosos institucionalizados, avaliada pela EDG e pelo MINI 5.0, identificada em 63,6% deles, associou-se à menor condição de letramento, ausência ou raridade de visitas familiares, de saída da instituição, de submissão aos exames de rotina e à maior complexidade da ocupação anterior à institucionalização. Concomitantemente, as perdas cognitivas associaram-se à qualidade de vida normal ou melhor que previsível, denotando a importância de submeter idosos institucionalizados a uma avaliação multidimensional, no sentido de auxiliar modificações na busca do cuidado holístico.

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

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

REFERÊNCIAS

- Abma, T., Bruijn, A., Kardol, T., Schols, J., & Widdershoven, G. (2012). Responsibilities in elderly care: Mr Powell's narrative of duty and relations. *Bioethics*, 26(1), 22-31.
- Almeida, O. P., & Almeida S. (1999). A short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriat Psychiatry*, 4, 858-865.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). *Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências* (2ª ed.). Lisbon: GEECD.
- Batista, A. S., & Araújo, A. B. (2011). Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Rev Soc Estad*, 26(1), 175-195.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*, 52(1), 1-7.
- Blank, K., Gruman, C., & Robison, J. T. (2004). Case-finding for depression in elderly people: balancing ease of administration with validity in varied treatment settings. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*, 59, 378-84.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2ª ed.). World Health Organization.
- Brasil. (2010). *Tábua completa de mortalidade – mulheres*. IBGE, Diretoria de Pesquisas (DPE), Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIIS).
- Brito-Marques, P. R., & Cabral Filho, J. F. (2005). Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: a study in Brazil northeast. *Arq Neuropsiquiatr*, 63(3A), 583-587.
- Caramelli, P., Barbosa, M. T., Sakurai, E., Santos, E. L., Beato, R. G., Machado, J. C. B., & et al. (2011). The Pietà study. Epidemiological investigation on successful brain aging in Caeté (MG), Brazil. Methods and baseline cohort characteristics. *Arq Neuropsiquiatr*, 69(4), 579-584.
- Castro-Costa, É., Fuzikawa, C., Uchoa, E., Firmo, J. O. A., & Lima-Costa, M. F. (2008). Norms for the mini-mental state examination. Adjustment of the cut-off point in

population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). *Arq Neuropsiquiatr*, 66(3-A), 524-528.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. (2008). *Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS)* (p. 1-112). Brasília: CFP.

Chaves, M. L. F. (2010). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental*. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia. Acedido em junho de 2010, em http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.

Converso, M. E. R., & Iartelli, I. (2007). Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr*, 56(4), 267-272.

Corrêa, A. A. M., Moreira-Almeida, A., Menezes, P. R., Vallada, H., & Scazufca, M. (2011). Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev Bras Psiquiatr*, 33(2), 157-164.

Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the minio-mental state examination by age and educational level. *JAMA*, 269(18), 2386-2391.

De Vriendt, P., Gorus, E., & Mets, T. (2012). Conversion of the mini-mental state examination to the International Classification of functioning, disability and health terminology and scoring system. *Gerontol*, 58, 112-119.

Ertan, T., & Eker, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr*, 12(2), 163-72.

Fernandes, R. C. L., Silva, K. S., Bonan, C., Zahar, S. E. V., & Marinheiro, L. P. F. (2009). Cognitive function in menopausal women evaluated with the Mini-Mental State Examination and Word-List Memory Test. *Cad Saúde Pública*, 25(9), 1883-1893.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*, 3, 343-353.

Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Mayatan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.

- Freitas, M. A. V., & Scheicher, M. E. (2010). Quality of life of institutionalized elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 13(3), 395-401.
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Hegde, V. N., Kosgi, S., Rao, S., Nagesh, P., & Mudgal, S. M. (2012). A study of psychiatric and physical morbidity among residents of old age home. *Int J Health Sci Res*, 2(1), 57-74.
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2009). Examining resilience of Quality of Life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontol*, 50(1), 36-47.
- Holroyd, A., & Clayton, A. H. (2002). Measuring depression in the elderly: which scale is best? *Medscape General Medicine*, 2(4). Retrieved February 13, 2005, from www.medscape.com Web site: <http://www.medscape.com/viewarticle/430554>.
- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*, 7, 86-94.
- Jouk, A., & Tuokko, H. (2012). A reduced scoring system for the Clock Drawing Test using a population-based sample. *Int Psychogeriatr Assoc*, 24(11), 1738-1748.
- Kochhann, R., Varela, J. S., Lisboa, C. S. M., Chaves, M. L. F. (2010). The mini mental state examination. Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol*, 4(1), 35-41.
- Laks, J., Batista, E. M. R., Guilherme, E. R. L., Contino, A. L. B., Faria, M. E. V., Figueira, I., & et al. (2003). Mini-mental state examination in community-dwelling elderly: preliminary data from Santo Antonio de Padua, Rio de Janeiro, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3B), 782-785.
- Laks, J., Batista, E. M. R., Guilherme, E. R. L., Contino, A. L. B., Faria, M. E. V., Rodrigues, C. S., & et al. (2005). Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arq Neuropsiquiatr*, 63(2), 207-212.
- Lenardt, M. H., Michel, T., Wachholtz, P. A., Borghi, A. S., & Seima, M. D. (2009). O desempenho de idosos institucionalizados no miniexame do estado mental. *Acta Paul Enferm*, 22(5), 638-644.

- Lima, F. M. (2009). *Qualidade de vida no idoso: validação transcultural para o português do Brasil do Control Autonomy, Self-Realization and Pelasure Questionnaire – CAPS-19*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Pernambuco, Pernambuco.
- Mitchell, A. J., Bird, V., Rizzo, M., & Meader, N. (2010). Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS₃₀ and GDS₁₅. *J Affect Dis*, 125(1-3), 10-17.
- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: quality of life and daily living activities. A population based study. *Arch Gerontol Geriatr*, 54(2), 298-304.
- Moraes, C., Pinto JR, J. A., Lopes, M. A., Litvoc, J., & Bottino, C. M. (2010). Impact of sociodemographic and health variables on mini-mental state examination in a community-based sample of older people. *Eur Psychiatry Clin Neurosci*, 260(7), 535-542.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Herrera Jr E., Porto, C. S., Charchat-Fichman, H., Carthery, M. T. & et al. (2004). Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *J Intern Neuropsychol Soc*, 10(4), 634-638.
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Dias Neto, V. S. (2009). Perda cognitiva em idosos. *Rev Fac Cienc Med*, 11(3), 5-8.
- Oliveira, K., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol Estudo Maringá*, 11(2), 351-359.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Patrick, B. C., Skinner, E. A., & Connell, J. P. (1993). What motivates children's behavior and emotion? Joint effects of perceived control and autonomy in the academic domain. *J Pers Soc Psychol*, 65(4), 781-791.
- Pereira, D. S., & Guerra, I. (2010). Análise do nível de atividade física nos asilos e instituições de apoio aos idosos na cidade de Juazeiro do Norte/CE. *Conex Ci Tecnol*, Fortaleza/CE, 4(1), 9-16.
- Plati, M. C. F., Covre, P., Lukasova, K., & Macedo, E. C. (2006). Sintomas depressivos e desempenho cognitivo nos idosos: relações entre institucionalização e realização de atividades. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(2), 118-121.

- Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health, 23*(1), 177-194.
- Santana, A. J., & Barboza Filho, J. C. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. *Rev Baiana Saúde Pública, 31*(1), 134-146.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr, 59*, 20-23.
- Shulman, K. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatr, 15*, 548-561.
- Sim, J., Bartlam, B., Bernard, M. (2011). The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: evaluation of its use in a retirement community. *Qual Life Res, 20*(7), 997-1004.
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciênc Saúde Coletiva, 14*(1), 253-259.
- Souza, I. S. M., Teixeira, K. M. D., Mafra, S. C. T., & Tinôco, A. L. A. (2011). Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados em instituição de longa permanência para idosos. *Oikos: Rev Bras Econ Domest, Viçosa, 22*(2), 2-18.
- Tomasini, S. L. V., & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rev Bras Ciênc Envelhec Human, 4*(1), 88-102.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Coping strategies, functional difficulties, and associated factors in institutionalized elderly. *Cad Saúde Pública, 25*(2), 436-444.
- WHO. World Health Organization. (2001). Health statistics and health information systems. *Definition of an older or elderly person*. Proposed working definition of an older person in African for the MDS Project. Health statistics and health information systems. Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 21 and 22 June.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum O, Huang V, Adey M, & et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res, 17*, 37-49.

**5 ARTIGO - SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E
COMPROMETIMENTO COGNITIVO DE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Artigo a ser submetido ao periódico Aging and Health-Qualis/CAPS A2 em Medicina II e B1 em Psicologia

Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados

Depressive symptomatology and cognitive impairment of institutionalized elderly

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Antonio Peregrino

Othon Coelho Bastos Filho

Não há conflito de interesses

Endereço para correspondência

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Endereço: Rua Dona Magina Pontual – Ed. Maria Carolina, 126, aptº 1902 - Boa Viagem, Recife - PE.
CEP: 51021-510

Telefone: (81) 3462-2390/ 91620835

Othon Coelho Bastos Filho

Endereço: Av. Domingos Ferreira – Empresarial Domingos Ferreira, 890, sala 407 – Boa Viagem,
Recife – PE. CEP: 51011-050

Telefone: (081) 3465-7230

Antônio Peregrino

Endereço: Rua das Pernambucanas, 407 – Ed. Kronos, sala 1309 – Graças – PE- CEP- 52011-010.

Telefone: (081) 3421-6795

RESUMO

Introdução: Admitir que a assistência em saúde deve contemplar o cuidado cultural, motivou a recomendação de pesquisas que não contemplem exclusivamente os aspectos fisiológicos do envelhecimento. **Objetivo:** Descrever os sintomas depressivos identificados pela Escala de Depressão Geriátrica, estabelecendo relação com as perdas cognitivas e domínios depressivos de idosos institucionalizados. **Método:** Realizou-se estudo descritivo, transversal, observacional, com comparação de grupos envolvendo 96 idosos, com 65 anos ou mais de idade, residindo em uma dentre nove instituições de longa permanência, sendo sete localizadas no Recife e duas em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, no período de maio a julho de 2011. Empregando a Escala de Depressão Geriátrica, os testes mini-mental, de desenho do relógio e de recordação de palavras da bateria CERAD, bem como classificando os sintomas depressivos da escala segundo os domínios de Blazer II e Hydels, para estabelecer relação com as perdas cognitivas, foram determinadas as associações entre sintomas depressivos, domínios de Blazer II e Hydels e as pontuações relacionadas às perdas cognitivas, com o teste do Qui Quadrado ou o teste exato de Fisher, em nível de significância de 0,05. **Resultados:** Identificou-se que os sintomas depressivos de idosos institucionalizados diferenciam-se quanto à desorganização visuoespacial, o prejuízo da memória imediata e as perdas cognitivas globais. Dentre os 30 sintomas depressivos da escala, houve associação significativa de 18 com o teste do relógio, oito, com o de recordação imediata e nove, com o MMSE. Os sintomas depressivos significativamente associados às perdas cognitivas predominaram no domínio emocional de Blazer II e Hydels, seguindo-se o cognitivo. **Conclusão:** O detalhamento dos sintomas depressivos poderá facilitar a adoção de ações na institucionalização para redução da depressão.

Descritores: Idosos. Institucionalização. Depressão. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: By admitting that health assistance should address cultural care, there is a recommendation to perform research that contemplate not only the physiological aspects of aging. **Objective:** To describe the depressive symptoms identified by the Geriatric Depression Scale, establishing relationship with cognitive impairment and depressive domains of institutionalized elderly. **Methods:** This study was a cross-sectional, observational, with groups comparison involving 96 elderly aged 65 years or older, residing in one of nine long-stay institutions, seven located in Recife and two in Jaboatão Guararapes Pernambuco, Brazil, in the period May to July 2011. Employing the Geriatric Depression Scale, the mini-mental test, clock drawing test and remembering words CERAD battery, as well as classifying the depressive symptoms scale according to Blazer II & Hydels' domains to establish relation with cognitive losses, one has determined associations between depressive symptoms, Blazer II & Hydels' domains and scores related to cognitive losses, with the chi square test or Fisher's exact test at a significance level of 0.05. **Results:** One identified that depressive symptoms in elderly differ according to visuospatial disorganization, immediate memory reduction and global cognitive losses. Among the 30 depressive symptoms of the scale, there was significant association of 18 with the clock drawing test, eight, with immediate recall and nine, with the MMSE. Depressive symptoms were significantly associated with cognitive losses predominated in emotional Blazer II & Hydels' domain, followed by the cognitive domain. **Conclusion:** The breakdown of depressive symptoms may facilitate the adoption of actions to reduce the depression of institutionalization.

Keywords: Elderly. Institutionalization. Depression. Quality of life.

INTRODUÇÃO

As instituições de longa permanência para idosos, no Brasil, assumem o caráter de local para viver, mas não favorecem o envelhecimento positivo, contrariando orientação da Organização Mundial de Saúde (Camarano & Kanso, 2010). À guisa de oferecer maior segurança para os idosos, estabelecem normas de convivência que atuam como fatores limitantes das possibilidades de escolhas dos idosos, ou seja, restringem-lhes a liberdade de se assumirem como sujeitos de direito e de vontade, restringem-lhes a autonomia.

Ao contemplarem exclusivamente os cuidados de moradia e alimentação, sem atividades de lazer social e cultural, empobrecem-lhes o viver, o convívio social e favorecem os sentimentos de perda de identidade, dos referenciais sociais com que mantinham contato, incluindo filhos e amigos (Hegde et al., 2012, Vivan & Argimon, 2009). Esses sentimentos, somados às perdas inerentes ao envelhecimento, são reconhecidamente fatores de risco para depressão, de tal sorte que os percentuais de depressão entre idosos institucionalizados são maiores que 50%, mesmo nas pesquisas internacionais, cujas instituições contemplam a assistência à saúde (Luppa et al., 2012, Prieto-Flores et al., 2011).

Ainda que se considerem as diferenças culturais e o valor atribuído aos idosos em outros países, que não o Brasil, o percentual de depressão em idosos é preocupante e tem motivado um número crescente de estudos. Ainda assim, não se localizou na literatura publicada entre 1989 e 2012 trabalho que contemplasse o detalhamento dos sintomas depressivos de idosos institucionalizados, fato que pode prejudicar cuidado mais adequado a suas necessidades.

O envelhecimento populacional mundial é uma realidade que tem exigido modificações sociais nunca antes verificadas, exigindo mudanças sociais, culturais, econômicas e políticas. Por esse motivo, a Organização Mundial de Saúde, bem como as instituições dedicadas ao estudo da sustentabilidade, ou seja, da adoção de estilos de vida que possam ser mantidos para as gerações subsequentes, têm promovido amplas discussões. Dentre os temas está a contextualização de que o cuidar tem como requisito um conhecimento sólido, que possa nortear mudança de atitudes e mesmo de valores populacionais concernentes ao envelhecer (Hammerschmidt et al., 2007).

Nossa sociedade de conhecimento tem como principal elemento o capital humano, tomado como todo o conjunto de habilidades, capacidades, competências e características dos seres e do meio ambiente para que se possam assegurar as melhores condições de vida, as

quais possam ser disponibilizadas a todos os indivíduos. Nesse contexto e considerando que o envelhecimento é um processo fisiológico normal, novo, emergente, é preciso refletir e contemplar todos os aspectos a ele atinentes, incluindo o cuidado cultural.

Hammerschmidt et al. (2007) contextualizam que o cuidado cultural pode ser definido como “valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidas, que auxiliam, apoiam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências”.

Identificar que tanto a institucionalização quanto as perdas cognitivas favorecem a depressão do idoso, indica a necessidade de detalhar esse conhecimento para oferecer aos idosos o cuidado cultural, que garantirá a sustentabilidade, na medida em que esse conhecimento, adicionalmente, poderá reduzir os custos saúde por meio de condutas de prevenção primária, por meio da educação para a saúde.

Por ter identificado a escassez de estudos sobre as características da institucionalização em municípios do Nordeste Brasileiro e admitindo que a heterogeneidade sociocultural local diferencie esta região de outras, este artigo tem por objetivo descrever os sintomas depressivos identificados pela Escala de Depressão Geriátrica, estabelecendo relação com as perdas cognitivas de idosos institucionalizados e domínios sintomatológicos depressivos.

MÉTODOS

Procedeu-se a estudo descritivo, transversal, observacional, com comparação de grupos, realizado em nove instituições privadas de longa permanência para idosos, sendo sete localizadas no Recife, e duas no município de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil, escolhidas pelo fato de terem sido consideradas adequadas a prestar cuidados a idosos, por uma comissão de especialistas a serviço da Agência Nacional de vigilância Sanitária (CFP, 2008).

A população esteve constituída por 425 idosos com de 65 anos de idade ou mais, morando em uma das nove instituições investigadas, os quais obedeciam aos critérios de inclusão, quais sejam: idade igual ou maior que 65 anos, comprovada por documento de identificação ou pela informação da instituição de longa permanência onde moravam, para contemplar apenas gerontes; morar em instituição de longa permanência para idosos no período de 03 de maio a 25 de julho de 2011, quando a coleta dos dados foi realizada e concordar em participar do estudo pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido, após ter recebido informações e tirado suas dúvidas sobre os objetivos da pesquisa.

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

Adotou-se amostragem de conveniência, estratificada segundo instituição de longa permanência para idosos.

O cálculo amostral, realizado com o programa estatístico Epi-Info versão 3.5.3, versão *Windows*[®], de Janeiro de 2011, partiu de um universo de 425 idosos, considerando prevalência de depressão igual a 10%, dado que sua variação em estudos brasileiros de base populacional oscila entre 5% e 10%, e erro 0,5% com intervalo de confiança 95%, o tamanho da amostra final foi estimado em 105 idosos (Holroyd & Clayton, 2002).

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

Foram empregados cinco instrumentos de coleta dos dados dos idosos, para contemplar três aspectos, quais sejam: características sociodemográficas e da instituição de longa permanência para idosos; triagem de depressão e triagem de perdas cognitivas, conforme descrição a seguir: a) questionário de dados sociodemográficos acrescidos de informações sobre a instituição de longa permanência para idosos, construído para esta pesquisa; b) avaliação de depressão pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30), na versão brasileira traduzida e validada (Almeida & Almeida, 1999, Barreto et al., 2008, Paradela, Lourenço & Veras, 2005, Yesavage et al., 1983); c) rastreamento cognitivo pelo mini-exame do estado mental (MMSE), teste de recordação de palavras da bateria CERAD (Brucki et al., 2003) e Teste de desenho do relógio (Hamdan & Hamdan, 2009).

A Escala de Depressão Geriátrica, na forma longa, com 30 sintomas, foi empregada para restringir a possibilidade de subestimação da depressão do idoso, o que pode contribuir para redução do risco de mortalidade (Abma et al., 2012, Hedge et al., 2012).

Pelo MMSE, foram avaliados orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, habilidades de linguagem e habilidades visuoespaciais. A escala foi empregada como teste de rastreio para perda cognitiva, mas não se prestou para o diagnóstico de demência (Chaves, 2010).

Quanto ao teste de desenho do relógio, foi empregado para investigação de funções cognitivas. Consiste em desenhar o mostrador de um relógio, posicionando os ponteiros de horas e minutos às 11:10 h, o que requer diferentes habilidades cognitivas, como compreensão auditiva e visual, concentração, controle executivo e conhecimento. Presta-se à investigação da desorganização visuoespacial (Jouk & Tuokko, 2012, Schulman, 2000).

O teste de memorização de palavras da bateria CERAD foi empregado para identificar perdas cognitivas relacionadas à recordação imediata e sua categorização obedeceu às instruções de Bertolucci et al. (1994).

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, registrada no CAAE 0312.0.097.000-11, em maio de 2011, fez-se contato com as direções das nove instituições de longa permanência para idosos (ILPI) para obtenção da anuência em coletar dados junto aos idosos moradores.

Na primeira visita a cada uma das ILPI, o pesquisador reuniu-se com o responsável pela instituição para identificação dos idosos moradores que poderiam participar da pesquisa, os quais integraram uma lista em ordem alfabética. Após aplicação da lista de números aleatórios, o investigador procedeu à entrevista com cada idoso selecionado para identificação daqueles que cumpriam os critérios de inclusão. No caso de o idoso apresentar qualquer dos critérios de exclusão, procedeu-se a sua substituição, até que o total amostral fosse cumprido.

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

Dois universitários de Psicologia foram treinados pelo pesquisador para proceder à coleta dos dados e participaram semanalmente de reunião para discussão de possíveis dúvidas. A coleta dos dados obedeceu a um formulário único, organizado segundo dificuldade de realização de cada avaliação e esteve assim composto: a) questionário de investigação sociodemográfica e das características relativas à institucionalização; b) escala geriátrica de depressão; c) escala de mini-exame mental (MMSE), d) teste de memorização de palavras da bateria CERAD; e) teste de desenho do relógio.

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

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

A pontuação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-30) foi obtida respeitando as orientações originais do teste (Yesavage et al., 1983), nas quais ausência de depressão corresponde à soma das pontuações menor ou igual a 10; depressão leve quando entre 11 e 20 e depressão grave, com soma maior que 20 pontos (Barreto et al., 2008).

Para análise do teste MMSE, adotaram-se os pontos de corte propostos por Crum et al. (1993), por contemplarem as variações devidas à idade e à escolaridade, os quais estiveram concordes com os pontos de corte propostos por Castro-Costa et al. (2008). Esses pontos de corte permitem sensibilidade do teste igual a 82,4% para iletrados, 75,6% para baixa e média escolaridade e 80% para alta escolaridade, sendo as respectivas especificidades iguais a 97,5%, 96,6% e 95,6% (Anexo B).

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

As pontuações do teste de desenho do relógio obedeceram a dois critérios. No critério de Schulman (2000), os desenhos foram pontuados de zero a cinco, conforme as imperfeições identificadas, zero correspondendo à inabilidade absoluta para representar o relógio e cinco, como o desenho de um relógio perfeito. No critério de Jouk e Tuokko (2012), as pontuações de Schulman foram agrupadas em duas categorias, considerando desorganização visuoespacial quando a pontuação de Schulman foi igual ou maior que três e normal ou com perda leve as pontuações iguais a zero, um ou dois.

Para análise, foi empregado o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS[®]), na versão 17.0. Os dados em escala nominal ou ordinal foram apresentados em tabelas com distribuição de frequências absolutas e relativas. Para comparar grupos e estabelecer relações entre os fatores estudados, foram empregado os testes de Qui Quadrado, ou exato de Fisher, e t de *Student*, todos em nível de significância de 0,05.

Todas as recomendações do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas no decorrer da pesquisa, facultando a todos os participantes as explicações relativas aos objetivos, aos direitos e aos deveres deles e do pesquisador. Em todas as apresentações dos resultados da presente pesquisa será mantido sigilo de identidade dos participantes, bem como das instituições locais de estudo.

RESULTADOS

A partir da associação entre os sintomas depressivos da EDG com os resultados cognitivos do teste de desenho do relógio, foi possível constatar que, dentre os 30 sintomas depressivos, 10 (33,3%) apresentaram frequência semelhante em idosos com e sem desorganização visuoespacial.

A desorganização visuoespacial associou-se significativamente com a sensação de desvalia, de aborrecimento frequente, de pensamentos negativos com frequente perda de humor e medo de infortúnio. Também se associou ao sentimento frequente de desamparo ou adoecimento, inquietude, percepção de problema de memória, tristeza e sentimento de inutilidade (Tabela 1).

Os idosos, apresentando desorganização visuoespacial, declararam preocupação excessiva com o passado, dificuldade para começar novos projetos, com sentimento de desesperança, falta de sorte, preocupação com coisas irrelevantes, manifestando choro fácil, dificuldade de concentração, desgosto ao despertar e dificuldade para tomar decisões (Tabela 1).

Todos estes sintomas permitiram diferenciar idosos com desorganização visuoespacial, quando comparados àqueles com essa função preservada ou que cometiam pequenos erros relacionados às habilidades construtivas, uma vez que alcançaram significância estatística (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo comprometimento cognitivo avaliado pelo teste do relógio - Recife-2011/2012

Sintomas depressivos da EDG	Teste do Relógio		Valor de p*
	Desorganização visuoespacial (N=70) n (%)	Normal ou pequenos erros (N=26) n (%)	
Insatisfação com a vida	39 (55,7)	19 (73,1)	0,122
Abandono de interesses e atividades	41 (58,5)	14 (53,8)	0,677
Sensação de desvalia da vida	48 (68,5)	5 (19,2)	<0,001
Sensação de aborrecimento frequente	36 (51,4)	4 (15,3)	0,001
Perda de fé no futuro	39 (55,7)	16 (61,5)	0,608
Pensamentos negativos	39 (55,7)	8 (30,7)	0,030
Perda frequente de bom humor	39 (55,7)	21 (80,7)	0,024
Medo de ocorrência de algo de mal	35 (50,0)	8 (30,7)	0,092
Sentimento frequente de infelicidade	37 (52,8)	18 (69,2)	0,150
Sentimento frequente de desamparo ou adoecimento	36 (51,4)	3 (11,5)	<0,001
Sentimento frequente de inquietude	35 (50,0)	4 (15,3)	0,002
Preferência para se manter isolado	46 (65,7)	12 (46,1)	0,082
Preocupação excessiva com o futuro	30 (42,8)	8 (30,7)	0,282
Percepção de problema de memória	39 (55,7)	2 (7,7)	<0,001
Desgosto de estar vivo	47 (67,1)	21 (80,7)	0,192
Tristeza frequente	36 (51,4)	7 (26,9)	0,032
Sentimento de inutilidade	32 (45,7)	4 (15,3)	0,006
Preocupação excessiva com o passado	33 (47,1)	5 (19,2)	0,013
Desinteresse pela vida	36 (51,4)	18 (69,2)	0,118
Dificuldade para começar novos projetos	52 (74,2)	7 (26,9)	<0,001
Sentimento de perda de energia	40 (57,1)	19 (73,0)	0,154
Sentimento de desesperança	38 (54,2)	3 (11,5)	<0,001
Percepção de falta de sorte	37 (52,8)	5 (19,2)	0,003
Preocupação com coisas irrelevantes	32 (45,3)	2 (7,7)	0,001
Choro fácil	37 (52,8)	7 (26,9)	0,023
Dificuldade de concentração	46 (65,7)	9 (34,6)	0,006
Desgosto ao despertar	45 (64,2)	23 (88,4)	0,021
Evitação de reuniões sociais	40 (57,1)	13 (50,0)	0,532
Dificuldade de decidir	29 (41,4)	19 (73,1)	0,006
Dificuldade de raciocínio	31 (44,2)	15 (57,7)	0,243

Nota: Valor de p calculado com o teste exato de Fisher

Na Tabela 2, na qual está expressa a relação entre as variáveis atinentes à depressão, que compõem a EDG, e a avaliação das perdas de recordação imediata, constituintes do teste de palavras da bateria CERAD, identificou-se associação significativa em oito dos 30 sintomas de depressão, por meio de tabela de contingência, 2X2, contrapondo presença e ausência de cada um dos sintomas com presença e ausência das perdas de recordação imediata.

A insatisfação com a vida foi o único desses sintomas predominante no grupo sem perdas de recordação imediata, enquanto que a sensação de desvalia da vida, os sentimentos

frequentes de desamparo ou adoecimento e de intranquilidade, a tristeza frequente, a dificuldade para começar novos projetos, a percepção de falta de sorte e o choro fácil predominaram entre os idosos com perdas de recordação imediata. É relevante ressaltar que o abandono de interesses e atividades, a sensação de aborrecimento frequente, a perda frequente do bom humor e o sentimento de inutilidade foram mais frequentes dentre os idosos com perdas de recordação imediata, porém não alcançaram significância estatística (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo perdas cognitivas da recordação imediata – Recife-2011/2012

Sintomas depressivos da EDG	Perdas de recordação imediata pelo teste de palavras		Valor de p*
	presente (N=82) n (%)	ausente (N=14) n (%)	
Insatisfação com a vida	45 (54,8)	13 (92,8)	0,007
Abandono de interesses e atividades	50 (60,9)	5 (35,7)	0,077
Sensação de desvalia da vida	51 (62,1)	2 (14,2)	0,001
Sensação de aborrecimento frequente	37 (45,1)	3 (21,4)	0,097
Perda de fé no futuro	46 (56,1)	9 (64,2)	0,771
Pensamentos negativos	42 (51,2)	5 (35,7)	0,388
Perda frequente de bom humor	48 (58,5)	12 (85,7)	0,073
Medo de ocorrência de algo de mal	39 (47,5)	4 (28,5)	0,249
Sentimento frequente de infelicidade	44 (53,6)	11 (78,5)	0,142
Sentimento frequente de desamparo ou adoecimento	37 (45,1)	2 (14,2)	0,039
Sentimento frequente de intranquilidade	37 (45,1)	2 (14,2)	0,039
Preferencia para se manter isolado	50 (60,9)	8 (57,1)	0,777
Preocupação excessiva com o futuro	35 (42,6)	3 (21,4)	0,153
Percepção de problema de memória	38 (46,3)	3 (21,4)	0,142
Desgosto de estar vivo	57 (69,5)	11 (78,5)	0,751
Tristeza frequente	41 (50,0)	2 (14,2)	0,018
Sentimento de inutilidade	34 (41,6)	2 (14,2)	0,073
Preocupação excessiva com o passado	34 (41,6)	4 (28,5)	0,555
Desinteresse pela vida	44 (53,6)	10 (71,4)	0,256
Dificuldade para começar novos projetos	54 (65,8)	5 (35,7)	0,041
Sentimento de perda de energia	49 (59,7)	10 (71,4)	0,556
Sentimento de desesperança	38 (46,3)	3 (31,4)	0,142
Percepção de falta de sorte	40 (48,7)	2 (14,2)	0,020
Preocupação com coisas irrelevantes	30 (36,5)	4 (28,5)	0,764
Choro fácil	42 (51,2)	2 (14,2)	0,018
Dificuldade de concentração	49 (59,7)	6 (42,8)	0,258
Desgosto ao despertar	59 (71,9)	9 (64,2)	0,541
Evitação de reuniões sociais	45 (54,8)	8 (57,1)	1,000
Dificuldade de decidir	38 (46,3)	10 (71,4)	0,146
Dificuldade de raciocínio	37 (45,1)	9 (64,2)	0,250

Nota: Valor de p calculado com o teste exato de Fisher

Da construção da tabela de contingência incluindo presença e ausência de cada um dos sintomas depressivos da EDG com as características das perdas cognitivas pelo MMSE, foi possível identificar diferentes frequências nas associações.

A sensação de aborrecimento frequente, medo de ocorrência de infortúnio, sentimentos frequentes de desamparo ou adoecimento, de inquietude e de desesperança, percepção de problema de memória e de falta de sorte, dentre os idosos com perda cognitiva global moderada ou grave foi evidenciada, enquanto que, para os 69 idosos com cognição mental mantida ou com leve comprometimento, essa associação significativa restringiu-se à insatisfação com a vida e à preocupação excessiva com o futuro (Tabela 3).

Constatou-se também frequência predominante de sensação de desvalia da vida, do sentimento de inutilidade, da preocupação com coisas irrelevantes e da dificuldade de concentração, dentre os idosos com perdas cognitivas globais moderadas ou graves, diferindo dos idosos com perdas no máximo leves, para quem foram mais frequentes a perda de fé no futuro e o desgosto de estar vivo, mas todas essas características não atingiram significância estatística, mantendo o valor de p entre 0,05 e 0,10 (Tabela 3).

Ressalte-se que exclusivamente oito dos 30 sintomas depressivos da EDG devem ser considerados pelos profissionais de saúde, quando do atendimento do idoso institucionalizado (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo perdas cognitivas avaliadas pelo MMSE – Recife-2011/2012

Sintomas depressivos da EDG	Perdas cognitivas pelo MMSE		Valor de p*
	moderada ou grave (N=27) n (%)	normal ou leve (N=69) n (%)	
Insatisfação com a vida	9 (33,3)	49 (71,0)	0,007
Abandono de interesses e atividades	16 (59,2)	39 (56,5)	0,225
Sensação de desvalia da vida	20 (74,1)	33 (47,8)	0,052
Sensação de aborrecimento frequente	18 (66,7)	22 (31,8)	0,016
Perda de fé no futuro	10 (37,0)	45 (65,2)	0,053
Pensamentos negativos	15 (55,5)	32 (46,3)	0,172
Perda frequente de bom humor	14 (51,8)	46 (66,7)	0,394
Medo de ocorrência de algo de mal	17 (62,9)	26 (37,7)	0,037
Sentimento frequente de infelicidade	12 (44,4)	43 (62,32)	0,359
Sentimento frequente de desamparo ou adoecimento	18 (66,7)	21 (30,4)	0,002
Sentimento frequente de intranquilidade	18 (66,7)	21 (30,4)	0,012
Preferencia para se manter isolado	18 (6,7)	40 (57,9)	0,432
Preocupação excessiva com o futuro	10 (33,0)	28 (40,5)	0,008
Percepção de problema de memória	19 (70,3)	22 (31,8)	0,002
Desgosto de estar vivo	14 (51,8)	54 (78,3)	0,080
Tristeza frequente	13 (48,1)	30 (43,4)	0,933
Sentimento de inutilidade	15 (53,5)	21 (30,4)	0,097
Preocupação excessiva com o passado	15 (53,5)	23 (33,3)	0,123
Desinteresse pela vida	12 (44,4)	42 (60,8)	0,536
Dificuldade para começar novos projetos	18 (66,7)	41 (59,4)	0,141
Sentimento de perda de energia	17 (62,9)	42 (60,8)	0,967
Sentimento de desesperança	19 (70,3)	22 (31,8)	0,004
Percepção de falta de sorte	18 (66,7)	24 (34,7)	0,037
Preocupação com coisas irrelevantes	13 (48,1)	21 (30,4)	0,052
Choro fácil	17 (62,9)	27 (39,1)	0,150
Dificuldade de concentração	21 (77,7)	34 (49,2)	0,091
Desgosto ao despertar	16 (59,2)	52 (75,3)	0,158
Evitação de reuniões sociais	15 (57,5)	38 (55,0)	0,684
Dificuldade de decidir	12 (44,4)	36 (52,1)	0,884
Dificuldade de raciocínio	11 (40,7)	35 (50,7)	0,825

Nota: Valor de p calculado com o teste exato de Fisher

No Quadro 1, estão resumidas as associações significantes entre os sintomas depressivos avaliados pela EDG, e as perdas cognitivas identificadas pelos testes de desenho do relógio, de recordação imediata e perdas cognitivas globais. Identificou-se que a depressão mais frequentemente comprometeu as funções executivas e as habilidades construtivas, uma vez que, dentre os 30 sintomas avaliados pela EDG, 18 (60%) estiveram associados com tais perdas. A memória recente, avaliada pela recordação imediata que compõe a bateria de testes

CERAD, e a função cognitiva global, investigada por meio do mini exame do estado mental, associaram-se a menor número de sintomas depressivos. O comprometimento da recordação imediata associou-se a 8 (26,7%) sintomas depressivos, enquanto que as perdas cognitivas globais o fizeram a 9 (30%) desses sintomas.

Ao detalhar estas associações, identificou-se que a sensação de desvalia, a tristeza frequente, a dificuldade de começar novos projetos e a queixa de frequente vontade de chorar foram significantes para idosos com comprometimento de funções executivas e construtivas associadas à redução da memória recente (Tabela 5).

Sintomas como sensação de aborrecimento frequente, percepção de problema de memória e sentimento de desesperança associaram-se à concomitância de comprometimento da função cognitiva global, de funções executivas e de habilidades construtivas (Quadro 1).

Nos idosos com comprometimento dos três aspectos avaliados, constatou-se associação com sintomas de sentimento frequente de desamparo ou adoecimento, intranquilidade e desfavorecimento da sorte, quando o idoso se comparava com outras pessoas (Quadro 1).

Independente de perdas cognitivas, estiveram o abandono de interesses e atividades, a perda da fé no futuro, o sentimento frequente de infelicidade, a preferência de se manter isolado em casa e evitando reuniões sociais, o desgosto de estar vivo associado ao desinteresse pela vida, bem como o sentimento de perda de energia e de dificuldade de raciocínio (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição das características depressivas de 96 idosos institucionalizados segundo perdas cognitivas identificadas com significância – Recife-2011/2012

Sintomas depressivos da EDG	Testes		
	Teste do relógio	Recordação imediata	MMSE
Insatisfação com a vida	-	X	X
Abandono de interesses e atividades	-	-	-
Sensação de desvalia da vida	X	X	-
Sensação de aborrecimento frequente	X	-	X
Perda de fé no futuro	-	-	-
Pensamentos negativos	X	-	-
Perda frequente de bom humor	X	-	-
Medo de ocorrência de algo de mal	-	-	X
Sentimento frequente de infelicidade	-	-	-
Sentimento frequente de desamparo ou adoecimento	X	X	X
Sentimento frequente de inquietude	X	X	X
Preferência para se manter isolado	-	-	-
Preocupação excessiva com o futuro	-	-	X
Percepção de problema de memória	X	-	X
Desgosto de estar vivo	-	-	-
Tristeza frequente	X	X	-
Sentimento de inutilidade	X	-	-
Preocupação excessiva com o passado	X	-	-
Desinteresse pela vida	-	-	-
Dificuldade para começar novos projetos	X	X	-
Sentimento de perda de energia	-	-	-
Sentimento de desesperança	X	-	X
Percepção de falta de sorte	X	X	X
Preocupação com coisas irrelevantes	X	-	-
Choro fácil	X	X	-
Dificuldade de concentração	X	-	-
Desgosto ao despertar	X	-	-
Evitação de reuniões sociais	-	-	-
Dificuldade de decidir	X	-	-
Dificuldade de raciocínio	-	-	-
TOTAL DE VARIÁVEIS ASSOCIADAS	18	8	9

Nota: Valor de p calculado com o teste exato de Fisher

DISCUSSÃO

Ainda que se considere que os estudos sobre depressão em idosos são numerosos, estes escasseiam quando se referem à população institucionalizada, embora seja uma das mais frequentes causas de sofrimento emocional do idoso, que lhe diminui significativamente a qualidade de vida.

Sob a ótica da sustentabilidade e do cuidado cultural, a institucionalização é um processo que suscita controvérsia na medida em que permite um ambiente, por vezes, mais ordenado e mais saudável no idoso, no que se refere à higiene e à alimentação. Pode também representar ganhos, especialmente quando o idoso não goza de suporte social porque passa a receber cuidados que seriam inerentes a sua família. Esse aspecto esteve presente neste estudo, especialmente para pacientes com mais de 90 anos.

Contraditoriamente a institucionalização pode reforçar o estigma ligado ao idoso, relativo à solidão, à improdutividade, à inatividade, às perdas físicas, dentre tantas outras com que a sociedade o adjectiva. Torna-se necessário, então, um esforço da Academia para assegurar melhores possibilidades de qualidade de vida, por meio do desenvolvimento de pesquisas.

O conhecimento dos sintomas depressivos no idoso e de sua associação com as perdas cognitivas, aumentando o horizonte da compreensão do modo pelo qual esta população atribui valores ao seu contexto individual pode atuar como fator facilitador da adaptação dos cuidadores na definição do conjunto de ações realizadas ou a serem implantadas nas ILPIs, melhorando as condições de bem estar.

A identificação de que os sentimentos frequentes de infelicidade, desamparo ou adoecimento, de inutilidade, bem como o desgosto de estar vivo, estiveram presentes exclusivamente nos idosos com depressão leve ou grave, pode servir de alerta aos cuidadores no sentido de desencadear atividades de lazer, sociais ou culturais, auxiliando o idoso na vivência de suas restrições, para que reelabore esses sentimentos. Pode servir também para facilitar a negociação com o idoso em sua adesão às atividades de promoção, desenvolvimento e manutenção da saúde, e, com isso, contribuir para a sustentabilidade dessas ações.

A mesma reflexão vale para os sintomas de dificuldade de concentração, pensamentos negativos, abandono de interesses e atividades, importantes porque podem diferenciar, pela frequência, idosos com e sem depressão.

Hammerschmidt et al. (2007) reforçam essa afirmação ao explicarem que a introdução de métodos adequados no processo do cuidado cultural a idosos requer subsídios ao cuidador para preservação da identidade cultural do ser idoso, ou seja, todo detalhamento sobre sintomas depressivos em idosos, na verdade, elucida as crenças pessoais e os fatores históricos e culturais que este indivíduo traz consigo para a ILPI. O conhecimento poderá fazer com que os cuidadores se valham do saber do idoso também em benefício de seus companheiros de moradia.

Blazer II (2003), contextualizando a depressão de idosos, oferece uma abordagem diferente. Comenta que a perspectiva biopsicossocial da depressão, na finitude da vida, tem sido omitida sistematicamente pelos diversos especialistas que escreveram a respeito, especialmente quando o idoso não tem o diagnóstico enquadrado como depressão maior. A justificativa para esse fato, segundo o autor, é que o diagnóstico de depressão prende-se às características biológicas, marcadamente às perdas cognitivas, quando, no idoso, os aspectos psicológicos, sociais, espirituais e existenciais atuam como fatores extremamente relevantes, contribuindo ou determinando a depressão. Chega a afirmar que esses fatores podem distorcer a cognição, gerando expectativas irrealistas de vida, particularmente em idosos com funções cognitivas mantidas, avaliadas por testes com qualidades psicométricas.

Essas considerações de Blazer II (2003), reforçadas por uma revisão sobre as origens da depressão no idoso, publicada em 2005, parecem explicar os resultados da presente pesquisa. Ao associar os sintomas depressivos da Escala de Depressão Geriátrica com o grau de depressão, a desorganização visuoespacial, a perda da recordação imediata e as perdas cognitivas globais, contrapondo àquelas com significância estatística aos domínios da sintomatologia depressiva definidos por Blazer II e Hybels (2005), observou-se a importância da discriminação dos sintomas depressivos.

Constatar que metade dos sintomas depressivos significativamente associados a perdas cognitivas pertencia ao domínio emocional indicou a pertinência dos estudos sobre gerotranscendência, liderados por Tornstam (1989), aos quais outros pesquisadores aderiram (Coward, 2003, Luppá et al., 2012, Patton, 2006, Okura et al., 2011). A gerotranscendência, deslocando a atenção do idoso, da visão materialista e racional para uma visão transcendente, acompanhada do aumento da satisfação da vida, valorizando a progressão natural da maturidade e da esperança para a finitude, pode reduzir os efeitos da sintomatologia depressiva no domínio emocional.

A identificação de que sete dos 30 sintomas depressivos estavam relacionados ao domínio cognitivo da abordagem biopsicossocial de Blazer II (2003) parece indicar a possibilidade de o desenvolvimento de atividades nas ILPIs contribuir para a redução desses sentimentos depressivos, na medida em que reduzem o estresse da vida institucionalizada, do afastamento familiar, do neuroticismo, que a inércia motora e mental promovem. Esse neuroticismo, um constructo raramente aplicado por psiquiatras norte-americanos, mas largamente empregado na Europa e na Austrália, tem sido reconhecido como fator fortemente ligado a perdas cognitivas e desencadeado pela institucionalização (Blazer II & Hybels, 2005).

Em relação às dúvidas de valores e crenças, nas quais estiveram a percepção de problema de memória, a dificuldade de concentração e a dificuldade de raciocínio, parece pertinente considerar o estudo de Schneider et al. (2004). Ao investigarem a relação entre depressão e sensação de bem-estar de idosos, os autores alertaram que a conexão entre perdas cognitivas objetivas e subjetivas devem ser analisadas com cautela, sempre considerando seu local de moradia e não apenas presença de comorbidades, uso de medicação ou queixas físicas. O local de moradia é um dos determinantes sociais de distorção cognitiva, porque interfere sobre o controle emocional, a autoestima, a avaliação dos eventos estressores da vida, prejudicando a função neural. Nesse sentido, Blazer II e Hybels (2005) apontam que o entorno do idoso pode promover redução da neurotransmissão serotoninérgica, decrescendo dramaticamente a função de diversas regiões cerebrais e contribuindo para a depressão.

Para compreender a relação entre depressão do idoso e neurotransmissão serotoninérgica, é preciso considerar a interação dos neuromônios noradrenalina (responsável pelas sensações de energia e interesse), serotonina (5-hidroxi-triptamina – 5HT, responsável pela cognição incluindo memória de curto e longo prazo) e dopamina (responsável pela iniciativa), os quais, juntos podem promover emoção, humor e função cognitiva, como também ansiedade e irritabilidade, cuja ação depende de neuro-receptores, localizados nas células neurais (Rodríguez et al., 2012).

Com o envelhecimento, todas as células, inclusive as do sistema nervoso central, reduzem seu metabolismo. Dessa forma, o sistema serotoninérgico também fica comprometido, pela redução dos receptores de serotonina e pela perda da plasticidade neuronal, reduzindo a síntese neuro-hormonal, bem como a quantidade de neuro-receptores da serotonina nas sinapses dos neurônios no hipotálamo, no cerebelo, na ponte, no sistema límbico, na amígdala e na medula espinhal (Rodríguez et al., 2012).

A redução dos receptores 5-HT_{1A} afeta as funções cognitivas, interferindo na aquisição e na consolidação da memória de trabalho e na memória espacial. A redução dos receptores 5-HT_{2A} compromete a consolidação da memória e a aprendizagem. Essas alterações determinam também alterações na liberação da acetilcolina e da dopamina, conseqüentemente, comprometem as emoções e a percepção do meio ambiente, do que decorre a afirmação de Blazer e Hydels (2005) de que o entorno do idoso pode prejudicar sua cognição por alteração do sistema serotoninérgico (Rodríguez et al., 2012; Meltzer et al., 1998).

Teixeira et al. (2012), expõem que a afirmação de a ILPI reduzir a autonomia do idoso é relevante por vários motivos. Primeiro, por desconsiderar que todos os indivíduos dependem

de interações pessoais ricas para se desenvolverem, independente da idade cronológica. Em segundo lugar, porque ao idoso se tornar dependente ele é excluído do ordenamento social. Ao ser tornado “invisível”, desencadeia o sentimento de desamparo, o desgosto de estar vivo, a percepção de falta de sorte, sentimentos depressivos que independem de perdas cognitivas. Em decorrência dessa cadeia de eventos e também como forma de resiliência, opta por manter-se isolado, evitando reuniões sociais.

Este estudo, ao apontar as conexões entre sintomas depressivos, perdas cognitivas e domínios biopsicossociais pode direcionar as formas de trabalho dos cuidadores para gerar processos autonomizantes por meio da participação e da reinserção dos idosos na sociedade, como indivíduos úteis que podem e devem partilhar suas crenças especialmente com os jovens.

Os achados deste estudo permitem concluir a existência de associação significativa entre os sintomas depressivos investigados pela Escala de Depressão Geriátrica e as perdas cognitivas, indicando que os domínios emocional e cognitivo foram aqueles mais frequentemente associados à depressão e às perdas visuoespaciais. Essas associações poderão contribuir para o desenvolvimento nas ILPIs investigadas de ações automatizantes com possibilidade de conferir melhor qualidade de vida aos idosos.

REFERÊNCIAS

- Abma, T., Bruijn, A., Kardol, T., Schols, J., & Widdershoven, G. (2012). Responsibilities in elderly care: Mr Powell's narrative of duty and relations. *Bioethics*, 26(1), 22-31.
- Almeida, O. P., & Almeida S. (1999). A short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriat Psychiatry*, 4, 858-865.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). *Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências* (2ª ed.). Lisbon: GEECD.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*, 52(1), 1-7.
- Blazer II, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol*, 58A(3), 249-265.

- Blazer II, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychol Med*, 35, 1-12.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci P. H. F., & Okamoto. I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, 61(3-B), 777-781.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Est Pop*, Rio de Janeiro, 27(1), 233-235.
- Castro-Costa, É., Fuzikawa, C., Uchoa, E., Firmo, J. O. A., & Lima-Costa, M. F. (2008). Norms for the mini-mental state examination. Adjustment of the cut-off point in population-based studies (evidences from the Bambuí health aging study). *Arq Neuropsiquiatr*, 66(3-A), 524-528.
- Chaves, M. L. F. (2010). *Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental*. São Paulo: Academia Brasileira de Neurologia. Acedido em junho de 2010, em http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). *Relatório de Inspeção a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS)* (p. 1-112). Brasília: CFP.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of self-transcendence in a breast cancer support group II. *Oncol Nurs Forum*, 30(2), 291-300.
- Crum, R. M., Anthony. J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the minio-mental state examination by age and educational level. *J Am Med Assoc*, 269(18), 2386-2391.
- De Vriendt, P., Gorus, E., & Mets, T. (2012). Conversion of the mini-mental state examination to the International Classification of functioning, disability and health terminology and scoring system. *Gerontol*, 58, 112-119.
- Hamdan, A. C. & Hamdan, E. M. L. R. (2009). Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer. *Rev Bras Ciênc Envelhic Human*, Paso Fundo, 6(1), 98-105.
- Hammerschidt, K. S. A., Zagonel, I. P. S. & Lenardt, M. H. (2007). Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm*, 20(3), 363-367.

- Hegde, V. N., Kosgi, S., Rao, S., Nagesh, P., & Mudgal, S. M. (2012). A study of psychiatric and physical morbidity among residents of old age home. *Int J Health Sci Res*, 2(1), 57-74.
- Holroyd, A., & Clayton, A. H. (2002). Measuring depression in the elderly: which scale is best? *Medscape General Medicine*, 2(4). Retrieved February 13, 2005, from www.medscape.com Web site: <http://www.medscape.com/viewarticle/430554>.
- Jouk, A., & Tuokko, H. (2012). A reduced scoring system for the Clock Drawing Test using a population-based sample. *Int Psychogeriatr Assoc*, 24(11), 1738-1748.
- Luppa, M., Riedel-Heller, S. G., Luck, T., Wiese, B., van den Bussche, K., Haller, f., & et al. (2012). Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Soc Psychiatr Epidemiol*, 47(2), 263-270.
- Meltzer, C. C., Smith, G., DeKosky, S. T., Pollock, B. G., Mathis, C. A., Moore, R. Y., & et al. (1998). Serotonin in aging, late-life depression, and Alzheimer's disease: the emerging role of functional imaging. *Neuropsychopharmacol*, 18, 407-430.
- Okura, T., Plassman, B. L., Steffens, D. C., Llewellyn, D. J., Potter, G. G., & Langa, K. M. (2011). Neuropsychiatric symptoms and the risk of institutionalization and death: the aging, demographics and memory study. *J Am Geriatr Soc*, 59(3), 473-481.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Patton, J. F. (2006). Jungian spirituality: a developmental context for late-life growth. *Am J Hosp Palliat Care*, 23(4), 304-308.
- Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health*, 23(1), 177-194.
- Rodríguez, J. J., Noristani, H. N., & Verkhatsky. (2012). The serotonergic system in ageing and Alzheimer's disease. *Progress Neurobiol*, 99, 15-41.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G., & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Arch Gerontol Geriatr*, 39, 227-237.

- Shulman, K. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatr*, 15, 548-561.
- Teixeira, J. S., Corrêa, J. C., Rafael, C. B. S., Miranda, V. P. N., & Ferreira, M. E. C. (2012). Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 15(1), 1-10.
- Tornstam, L. (1989). Gerotranscendence – a meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Ageing, Clinical Experimen Research*, 1(1), 55-64.
- Vivan, A. S., & Argimon, I. I. L. (2009). Coping strategies, functional diffi culties, and associated factors in institutionalized elderly. *Cad Saúde Pública*, 25(2), 436-444.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum O, Huang V, Adey M, & et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA

Pesquisadores:

José Antônio Spencer Hartmann Júnior (Pesquisador Principal)

Othon Bastos (Orientador)

Antônio Peregrino (Co-orientador)

Justificativa dos objetivos: busca descrever as características clínicas e a prevalência das síndromes depressivas, qualidade de vida e variáveis psicossociais associadas em idosos acometidos de depressão moradores de Instituições Públicas e Privadas de Longa Permanência. Além de caracterizar clinicamente as síndromes depressivas, as comorbidades mais frequentes, o envolvimento e/ou participação da família quanto à sua assistência, a prevalência das síndromes depressivas e as variáveis psicossociais que podem estar associadas à depressão.

Metodologia: Para a realização dessa pesquisa, serão utilizados: um formulário de identificação de dados sociodemográficos acrescidos de questões psicossociais construídas pelo pesquisador; a Escala MINI para o diagnóstico da depressão; a Escala de Depressão Geriátrica para avaliar a intensidade dos sintomas depressivos; o Questionário CASP-19 para avaliação da qualidade de vida do idoso. Para o rastreamento cognitivo dos idosos serão usados o Mini-Mental, Teste de desenho do relógio e o Teste de Evocação.

Riscos e Desconfortos: os riscos relacionados com sua participação são principalmente relativos a possibilidade de sua identificação, uma vez que todos os participantes são ligados a mesma instituição. Portanto, se evitará colocar nomes no material, substituindo-os por números. Os resultados serão apresentados de maneira que não seja possível identificar os sujeitos colaboradores (resultados por aglomeração). Você poderá interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, se assim o desejar ou se houver incômodo, desconforto, cansaço, constrangimento ou inconveniência.

Benefícios: Os benefícios relacionados com a sua participação são: que os resultados dessa pesquisa possam oferecer subsídios para as equipes de saúde no tratamento de pacientes idosos, especificamente aqueles que apresentam síndromes depressivas. Realizar o primeiro estudo de prevalência e caracterização de síndromes depressivas em idosos institucionalizados do Brasil, abrangendo toda uma grande região metropolitana como a da cidade de Recife. Contribuir no meio acadêmico e científico junto a profissionais que, direta ou indiretamente, trabalham com esta clientela. Oferecer subsídios para as instituições onde será realizada a pesquisa e para outras que estejam dispostas a trocar informações sobre a pesquisa. Contribuir para uma melhor qualidade de vida dessa população e abrir possibilidades para estudos posteriores e novas pesquisas.

Direitos do Sujeito Pesquisado:

1. Garantia de esclarecimento e respostas a qualquer pergunta;
2. Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso);
3. Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Dúvidas e Esclarecimentos:

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Endereço: Rua Dona Margarida Pontual – Ed. Maria Carolina, 126, aptº 1902 – Boa Viagem, Recife – PE.
CEP: 51021-510

Telefone: (81) 3462- 2390 / 9162 0835

Othon Bastos

Endereço: Av. Domingos Ferreira – Empresarial Domingos Ferreira, 890, sala 407 – Boa Viagem, Recife – PE. CEP: 51011-050

Telefone: (81) 3465-7230

Antônio Peregrino

Endereço: Rua das Pernambucanas, Ed. Kronos, sala 1308 – Graças – PE.

Telefone: (81) 3421-6795

OBS.: Para situações não resolvidas pelos pesquisadores, contatar com o Comitê de Ética da UPE (Universidade de Pernambuco), através do endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/n, Santo Amaro – Recife/PE, fone: (81) 3183-3775.

Eu, _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a divulgação e publicação de toda a documentação necessária em periódicos, revista bem como apresentação em congressos, “workshops” e quaisquer eventos de caráter científico, assinando este TCLE em duas vias, ficando uma via sob meu poder e outra para ser entregue ao pesquisador.

Local: _____ Data: ____/____/_____

Assinatura do sujeito (ou responsável)

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data: _____/_____/_____ Local: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade: _____

Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

Estado civil: 1 Casado/Companheiro 2 Solteiro 3 Viúvo 4 Separado 5 Outro

Desde quando reside em lar geriátrico? _____

Recebe visita de familiar ou pessoa amiga? 1 Não 2 Sim Com frequência?

Ausenta-se da instituição, a fim de fazer compras, realizar passeios, ir a festas familiares, cinema, teatro, culto religioso, etc.? _____

Anos de escolaridade: _____

Sabe ler: 1 Não 2 Sim

Sabe escrever: 1 Não 2 Sim

Profissão: _____

Sua renda provém: 1 Pensão 2 Aposentadoria 3 Ajuda de terceiros 4 Outro _____

Religião: _____ Praticante: 1 Não 2 Sim

Como está a saúde: 1 Boa 2 Regular 3 Má

Faz exames de rotina com seu médico? 1 Não 2 Sim

Observações: _____

APÊNDICE C – ARTIGO: IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: RELAÇÃO DE ESTADOS DEPRESSIVOS COM SINTOMAS FÍSICOS E COGNITIVOS

Idosos Institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos

Elderly Institutionalized: Relationship Between Depression Physical and Cognitive Symptoms

Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Roseane Amorim da Silva², Othon Bastos³

RESUMO

Os autores buscam identificar aspectos psicossociais relacionados a estados depressivos em idosos internos de instituições públicas de longa permanência, situadas no Agreste meridional do Estado de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com coleta de dados realizada em dois Lares Geriátricos Públicos, utilizando como instrumentos um formulário de identificação de dados sócio demográficos, o *Easycare* - instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso e o Inventário de Depressão de *Beck*. Os resultados apontaram diferentes graus de intensidade dos sintomas depressivos, associados a problemas físicos e cognitivos. Destaca-se a rejeição familiar entre os aspectos psicossociais.

Palavras-chave: Aspectos psicossociais, Processo de envelhecimento, Depressão, rejeição familiar.

ABSTRACT

This article aims to identify psychosocial factors related to depressive states in elderly patients from a public long-stay institution of two cities in the hinterland of the State of Pernambuco, Brazil. This is a quantitative research, with data collection from a geriatric home. The following questionnaires were used: of socio-demographic data identification, the Scale for Geriatric Diagnostic Assessment of Elderly Life Quality and the Beck Depression Inventory. The results showed different depression degrees, suggesting association with physical and cognitive problems. Family rejection stood out among the psychosocial factors.

Key Words: the aging process, depression, psychosocial factors, family rejection.

1. Psicólogo e Mestre em Psicologia Clínica pela UNICAP. Professor da Universidade de Pernambuco-UPE. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br; 2-Acadêmica em Psicologia do UPE-FACETEG; 3-Professor Emérito da UPE Professor Titular da UFPE e UPE.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos, a população brasileira vem passando por um processo de transição demográfica, caracterizado pelo aumento da população idosa. Segundo os últimos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNDA) realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico, 2007), o Brasil tem cerca de 14 milhões de brasileiros com idade acima de 60 anos.

O Envelhecimento da população brasileira é um fenômeno crescente que necessita ser melhor estudado, a fim de assegurar uma mais satisfatória qualidade de vida para essa população. O crescimento populacional do idoso determina um proporcional aumento de patologias comprometendo sua saúde física e mental.

O processo de envelhecimento impõe um declínio das capacidades tanto física, como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. Mudanças nas estruturas familiares, a falta de políticas públicas e os preconceitos em relação ao envelhecimento, estão entre os principais fatores que atingem este grupo populacional. Verificam-se entre os inúmeros prejuízos para a pessoa do idoso, inúmeras perdas biológicas, cognitivas e sociais, destacando-se a depressão. A depressão é caracterizada por um conjunto de sintomas e sinais como perda de interesse e prazer em atividades anteriormente significativas, humor triste, distúrbio do sono e do apetite, diminuição do interesse sexual, retardo psicomotor, dificuldade cognitiva, desesperança, diminuição da autoestima, sentimento de desamparo, pensamento de morte e tendências suicidas, entre outros.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) haverá nas próximas duas décadas uma mudança nas necessidades de saúde da população mundial, uma vez que os transtornos psicológicos estarão substituindo problemas causados por infecções ou nutrição deficiente. Fatores, além do próprio aumento da população idosa, a maior ingestão de medicamentos e a vulnerabilidade a estressores externos e internos contribuem para fazer da depressão um dos transtornos médicos mais comuns e que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos, e sua produtividade e capacidade social.

Ainda, segundo a Organização Mundial de Saúde Mental, os transtornos depressivos vêm se disseminando na população geral, mas também entre os idosos de modo

alarmante, gerando acentuada incapacitação funcional (OMS, 2008) Calcula-se que cerca de 15% da população com mais de 60 anos seja acometida pela doença, chegando a atingir índices entre 12% a 16% em populações de idosos institucionalizados (Figueiredo, 2007).

Bastos (1981) identifica as mudanças sócio-econômico-culturais e seus impactos no estilo de vida dos idosos. Destaca os fenômenos de urbanização, industrialização, êxodo rural, superlotação das áreas metropolitanas e o declínio do sistema patriarcal, entre outros fatores que atingiram o estado de humor do idoso, com graves prejuízos psicológicos em decorrência das necessidades de adaptação impostas pelo novo modelo psicossocial em formação. “[...] o Idoso, sente-se, então, insatisfeito ante as mudanças, revolta-se, torna-se hostil, julga-se comumente rejeitado pela própria família, considera-se peso morto dentro do grupo social e vê-se sobrando em face das novas gerações [...]” (Bastos, 1981).

É fato que sentimentos de solidão, perda sentido de vida, de renúncia, enfeamento do corpo, abandono e restrições sociais são ocorrências frequentes sofridas pelo idoso “A idade das perdas” marca indelevelmente a experiência desta faixa etária que se percebe aturdida frente a uma sociedade cada vez mais cultuadora da juventude. Poderemos afirmar, portanto, que a sintomatologia da depressão em idosos é permeada de elementos que dizem respeito não apenas à doença, mas ao próprio momento de vida. Este fenômeno envolve peculiaridades que impulsionam os indivíduos a construir representações que lhes auxiliem a atribuir sentido, a desenvolver formas de conviver com a doença e de agir na vida social de um modo geral.

Vários autores têm estudado os estados depressivos entre idoso. As amostras examinadas variam de indivíduos da população geral (Chung, 2008), residentes em lares geriátricos (Taqui, Itrat, Qidwai, Kadri, 2007) ou atendidos por serviço domiciliar de enfermagem (Chung, 2008). A atenção recai, geralmente sobre fatores biológicos da depressão e menos nos aspectos psicossociais associados ao transtorno. Uma questão observada nos artigos sobre o tema é o fato de que nem sempre está bem caracterizado nosologicamente o transtorno depressivo apresentado pelo paciente.

Há estudos que citam alguns fatores de risco para a ocorrência de transtorno depressivo na velhice. Bruce (2002) relaciona eventos de vida, dificuldades correntes, morte de companheiro ou outro ente querido, problemas médicos, incapacidades funcionais e pouco contato social

com o surgimento da depressão em idosos. Já Alexopoulos (2005) indica outros fatores como baixo status socioeconômico e transferência para abrigos geriátricos, quando esta não é voluntária, mas feita por necessidades médicas ou decisões da família.

Em estudo realizado na Dinamarca (Djernes, 2006), a depressão foi analisada em duas esferas: sintomas depressivos e transtornos depressivos, sendo, os principais preditores de sintomas e transtornos: o sexo feminino, doenças somáticas, declínio cognitivo funcional, falta ou perda de contatos sociais e um histórico de depressão. Utilizou abordagem epidemiológica bem distinta, com fatores etiológicos e sintomatologia clínica, igualmente diferentes, o que facilitou a análise da depressão.

Oxman e Sengupta (2002) afirmam que em torno de um a dois terços dos idosos deprimidos em sua amostra responderam bem a intervenções não específicas (ou seja, intervenções psicossociais), o que demonstra a importância de se estudar mais esses aspectos para garantir melhor atendimento. Uma intervenção não-específica citada por White e colaboradores (2002) indica que os idosos que aprenderam a utilizar a Internet, em um estudo com grupos experimental e de controle, apresentaram menores índices de solidão e depressão do que aqueles que não utilizaram essa tecnologia. Autores brasileiros também defendem que a depressão no geronte seja mais amplamente estudada, afirmando que o idoso se submete a mais estressores psicológicos e sociais do que qualquer outra faixa etária, tais como empobrecimento financeiro, declínio social, perda de papéis produtivos, solidão e perda de pessoas queridas. Além disso, a deterioração da capacidade física e mental restringe sua capacidade de interagir com o ambiente, reforçando o isolamento (Guimarães, Caldas, 2006).

Considerando-se os estados depressivos em quaisquer de suas dimensões, podemos encontrar diferentes taxas de prevalência, as quais variam bastante de acordo com o país, o instrumento utilizado para diagnóstico e o tipo de metodologia empregada. Dessa forma, encontramos entre idosos residentes em comunidade, valores de prevalência de 15% a 40% de sintomas depressivos (Stek, Kloof, Beekman, Van Tilburg, Westendorp, 2004; Chung, 2008). Já entre os que estão institucionalizados em abrigos geriátricos, têm-se taxas que variam de 10% a 30% (Blazer, 2003). Por fim, há um percentual de 14% a 42% de depressão maior entre os idosos que são atendidos em domicílio por serviços de enfermagem (Djernes, 2006). Dados brasileiros apresentam uma prevalência de cerca de 4% para depressão maior e 15% para sintomas depressivos em idosos de forma geral

(Cupertino, Oliveira, Guedes, Coelho, Milano, Rubac et al, 2006). Os autores não mencionam a tipologia depressiva, acrescentam apenas que se trata de uma hipótese explicativa da presença de sintomas depressivos na velhice cujas variáveis estão presentes na infância ou adolescência exercendo efeito a longo prazo na saúde emocional dos idosos. Ou seja, no curso da vida, muitos indivíduos crescem e se desenvolvem em contextos e situações que repercutem na saúde psicológica. Os possíveis eventos estressores negativos na infância, tais como brigas e/ou separação dos pais, vivência escolar, morte na família, exigências e/ou rejeição de colegas, disciplina dos pais, hospitalização, doença e mudança de casa podem estar relacionadas com sintomas depressivos em outros momentos do curso da vida, resultando em danos para o desenvolvimento global do indivíduo (Idem).

Acredita-se que discrepâncias estatísticas em relação a populações de países de primeiro mundo, decorrem de condições de alojamento bem superiores à maioria existente no Brasil. Portanto, pode-se dizer que os estados depressivos em idosos constituem um problema de grande magnitude para a saúde pública, independentemente das discordâncias com relação a sua prevalência (Guimarães e Caldas, 2006).

Baldwin (2002) estudou 1002 publicações sobre depressão em idosos e encontrou 90% de estudos transversais e menos de 10% de estudos com grupos-controle com amostras randomizadas. Os temas mais comuns estudados foram depressão, comorbidades e etiologia da depressão, que representavam 50% dos artigos analisados. As comorbidades mais pesquisadas foram: Acidente Vascular Cerebral e Doença de Parkinson, embora o interesse em outras comorbidades esteja aumentando (Doença de Alzheimer, cardiopatias, fraturas da bacia e doenças pulmonares crônicas).

Um fator curioso desta metanálise, é que não houve significativo interesse na apreensão dos aspectos psicológicos e psicossociais dos pacientes. Embora, saiba-se da importância de fatores psicossociais na etiopatogenia da depressão em idosos, a forma como esta relação ocorre ainda se constitui insuficiente.

Vejamos, então, como é possível conceber como aspectos psicossociais influenciam o estado de humor dos idosos, em um segmento específico de habitantes de uma instituição pública de longa permanência.

IDOSO E FAMÍLIA: ASILO OU CASA

Foi-se o tempo em que, como um culto aos antigos, num ritual de respeito à sabedoria dos ancestrais, as famílias tradicionalmente honravam cuidar de seus idosos. Hoje em dia prevalece o modelo social da família nuclear, em que convivem num mesmo lar apenas pais e filhos. Este fenômeno nos leva a um grande aumento do número de idosos em instituições asilares. O afastamento de idosos dos seus filhos e netos, entre outros, assim, tornou-se comum e, às vezes, há perda total de contato entre os idosos e a sua família (Freitas, Oliveira, Ribeiro e Souza, 2006).

Pesquisa realizada sobre a importância da família para a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo do idoso constatou que a grande maioria dos idosos residentes no Lar Barão do Amparo, em Minas Gerais, teve internação involuntária. Muitos deles dizem ser o motivo, problemas de saúde física e/ou mental e também a falta de condições materiais ou psicológicas da família para cuidar dos mesmos. A maioria dos idosos do Lar Barão do Amparo afirmou possuir família, no entanto, não eram todos que recebiam visitas de seus familiares, e os que recebiam não eram frequentes (Freitas, Oliveira, Ribeiro e Souza, 2006).

Alguns fatores para a adequação de uma boa qualidade de vida e bem-estar do idoso estão relacionados com a moradia e a família. É no seio da família que se pode participar de um ambiente onde há possibilidade de identificação, pela construção de nossa individualidade em companheirismo, respeito e dignidade. Outro fator importante do lar é a alimentação equilibrada e saudável, pois ao oferecer este tipo de suporte diário, lazer e cultura se tornam mais fáceis para a sua inclusão social, melhorando sua concentração que no processo de envelhecimento habitualmente pode diminuir (Freitas, Oliveira, Ribeiro e Souza, 2006).

Nas instituições asilares é muito difícil encontrar e contemplar tais fatores, principalmente nos asilos públicos, devido à falta de estrutura do local, como espaço restrito, poucos quartos, não permitindo a individualidade, ausência de pátios e jardins, deficiência de profissionais qualificados, dificuldade financeira e também o pouco ou nenhum contato com os familiares.

Os profissionais das instituições asilares, enfermeiros, atendentes, psicólogos e assistentes sociais,

podem ajudar as famílias e os idosos a lidarem melhor com esta condição. Há necessidades psicológicas e afetivas que só podem ser mediadas de forma mais positiva caso haja diálogos entre idosos e familiares. Ser idoso é ter um corpo condicionado em termos orgânicos, sociais e psicológicos. Logo, no que tange a essas três dimensões, faz-se necessário cuidar do corpo, das atividades sociais e do bem-estar psicológico, e a família tem papel preponderante neste bem-estar.

IDOSOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA.

Um estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade, realizado pelo Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá, utilizando a escala de Hamilton para a Avaliação de Depressão, constatou que idosos asilados apresentaram escores mais altos (60%) na HAM-D, condizentes com depressão grave e muito grave do que idosos hospitalizados (56,67%), e a menor prevalência foi constatada em idosos residentes em domicílio (23,34%). Este estudo aponta para a importância de dedicar a atenção adequada à saúde mental do idoso/a em situação de abrigo objetivando o diagnóstico, a elaboração de práticas preventivas e o tratamento de patologias mentais (Porcu, Scantamburlo, Albrecht, Silva, Vallim, Araújo et al 2002).

Uma pesquisa acerca da prevalência da depressão em idosos/as institucionalizados no Abrigo Amantino Câmara, no município de Mossoró/RN, por meio da Escala de Depressão Geriátrica, adaptada de Yesavage J. A., Brink, obteve a prevalência de depressão nos idosos institucionalizados de 51%, estando compatível com dados encontrados na literatura, e faz sugerir que esse transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade, principalmente, em situações de abrigo, porém não faz parte do processo normal de envelhecimento (Cheloni, 2003).

Em estudo sobre análise da depressão em idosos institucionalizados. “Ozanan – Muriaé – MG”, foram entrevistados por alunos do Projeto Lar Ozanan, sob a supervisão da Prof^ª. Roberta Bruno, 30 Idosos, com idades entre 50 e 82 anos, 12 mulheres e 18 homens. O método avaliativo utilizado foi à escala de Depressão Geriátrica (GDS) adaptada por J. A. Yesavage, et al. Os resultados obtidos apontam que: 17% das mulheres não apresentavam depressão, 66% depressão leve e 17% depressão leve a

moderada. Já entre os homens, os resultados foram: 22% não apresentavam depressão, 44% depressão leve e 34% depressão moderada. A falta dos familiares, o sedentarismo e a suposta invalidez contribuem para deprimi-los (Bruno, Nunes e Peixoto, 2007).

OBJETIVO

Estudar aspectos físicos e psicopatológicos dos idosos de instituições públicas do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco.

METODOLOGIA

Amostra: Participaram deste estudo 30 idosos, sendo 5 do sexo masculino e 25 do feminino residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns e o Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Canhotinho, localizados na Região Agreste do Estado de Pernambuco. A faixa etária da amostra variou de 60 a 84 anos. Mais de 50% possuíam família, mas os familiares pouco ou em alguns casos não apareciam para visitá-lo/as.

Instrumento: Para a realização deste estudo foram utilizados os instrumentos: Easycare – instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso (Souza, Galante, e Figueiredo, 2003), e o Inventário de Depressão de Beck (Bauer, 2006). Carta de anuência e Termo de consentimento livre e esclarecido.

O Easycare trata-se de um sistema de avaliação simples, rápido e abrangente do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa. Focaliza-se, sobretudo na qualidade de vida e reconhece o papel dos prestadores de cuidados informais.

As áreas contempladas pelo Easycare são: incapacidades físicas, qualidade de vida percebida pelo sujeito, área instrumental/funcional, mobilidade, atividades referentes a cuidados pessoais, controle esfinteriano, Escala Geriátrica de Depressão (4 itens) e teste de diminuição cognitiva. Além destas áreas, o Easycare possui ainda uma página designada por “Fixação de Objetivos” que consiste em identificar aquilo que a pessoa desejaria modificar ou melhorar na sua vida. No presente estudo foi desconsiderada a Escala Geriátrica de Depressão, em virtude de ter sido usada outra mais completa o Inventário de Depressão de Beck (IDB), também foi focalizada a fixação de objetivos, uma vez que não fazia parte das metas da presente pesquisa. Na área instrumental/funcional que se refere às capacidades para fazer: trabalho doméstico, ir às compras, administrar o próprio dinheiro, entre outras questões, em virtude deste

instrumento ter sido aplicado em senhoras em regime de alojamento e no abrigo tais atividades serem realizadas por funcionários/as foram adaptadas às perguntas, colocando-se sempre: se caso fosse necessário se a pessoa conseguiria realizar as atividades mencionadas.

O inventário de Depressão de Beck é uma escala composta por 21 itens que permite analisar o grau de depressão através de um Escore padrão proposto.

Procedimentos: Inicialmente foram realizadas visitas aos Abrigos com a finalidade de levar a Carta de anuência e pedir permissão para a realização da pesquisa e com esta, o agendamento para as demais visitas. Posteriormente foi aplicado o instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso e logo em seguida o Inventário de Depressão de Beck. Com alguns participantes foi possível aplicar os dois instrumentos no mesmo dia, com outras e outros devido a cansarem-se rápido foi preciso aplicar tais instrumentos em dias diferentes, mas sempre seguindo a ordem questionário de avaliação da qualidade de vida e o Inventário de Depressão de Beck.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados na seguinte ordem, os questionários sobre a Avaliação da qualidade de vida do idoso, o teste cognitivo e em seguida o Inventário de Depressão de Beck.

Na categoria incapacidade física, a pontuação máxima é 12 pontos, a resposta mínima apresentada foi 0 e a máxima 4. Neste item mais da metade da amostra, 60% não apresentaram dificuldades, 36,66% apresentaram algum tipo de incapacidade, a exemplo de problemas com a visão e 3,33% problemas com a fala/linguagem, conforme tabela 1.

Na categoria qualidade de vida percebida pelo sujeito a pontuação máxima corresponde a 15 pontos, indicando menor qualidade de vida. Neste item a pontuação mínima foi 7 e a máxima 15. Quase metade 43,33% dos participantes indicou qualidade de vida razoável, 26,66% apresentaram uma menor qualidade de vida e 30% percebem ter uma péssima qualidade. Sabe-se que um conceito que vem se trabalhando é o de suporte social, Louzã e Stoppe (2007) afirmam que de todas as idades, a terceira é a que mais transparece a interpenetração dos planos social, psicológico e somático. Os autores enfatizam a força dos fatores sociais nesta fase da vida.

Para estes autores, o que gera o suporte social são as condições familiares e econômicas de um determinado indivíduo. Fatores socioeconômicos impõem importante

influência nos fatores psicofísicos do processo de envelhecimento. Para Louzã e Stoppe (2007), os estudos sobre suporte social (renda familiar, situação conjugal, relações interpessoais etc.), evidenciam uma clara relação entre diminuição de suporte social e sintomas e distúrbios psicológicos, sendo que, ocorrem com maior frequência em indivíduos idosos. Ou seja, destaca Louzã e Stoppe (2007), o suporte social em déficit, no início do quadro depressivo, pode influenciar a severidade dos sintomas depressivos na evolução da doença.

O próprio processo de alojamento dos idosos em Instituições de longa Permanência, sejam públicas ou privadas, necessita garantir um suporte social efetivo e eficiente para conferir sustentação emocional a uma faixa etária com tantos implicativos como perdas cognitivas e biológicas, onde as condições sociais podem intensificar sintomas depressivos ou desencadeá-los.

O que se observou é que o amparo afetivo da família contribui eficazmente para o suporte social que os cuidados profissionais por melhores que sejam numa estrutura de alojamento do idoso não assegurariam por si mesmos. O que parece aventar a hipótese de que, mesmo que uma Instituição de longa Permanência ofereça as melhores acomodações físicas e de assistência profissional multidisciplinar, a presença da família é indispensável ferramenta terapêutica para uma saudável organização psicológica do idoso institucionalizado.

Esta observação é corroborada no item do isolamento social, onde se constatou que é mais presente na terceira idade e foi associado ao incremento do risco de desenvolvimento de depressão. A insatisfação com o suporte social, facultado pelos familiares, está relacionada ao aumento de sintomas depressivos. Diminuição do suporte social está provavelmente ligada à pior prognóstico de depressão (Smalbrugge; Jongelis; Pot et al, 2005). Aqui pode se perceber a importância do suporte social para a qualidade de vida percebida pelo idoso.

Na categoria área funcional a pontuação máxima é de 23 pontos, a pontuação apresentada foi de 0 a mínima de 18 a máxima. Neste item, 10% indicaram possuir boa área funcional, 46,66% uma área funcional razoável e 43,33% apresentaram algumas dificuldades, principalmente, no que se refere a realizar atividades sozinho/as como fazer a própria refeição, administra o dinheiro e ir às compras (caso fosse necessário), entre outras questões.

Estes dados suscitam outras reflexões importantes sobre como outros fatores contribuem para os estados depressivos dos idosos institucionalizados. A autonomia funcional garante maior bem-estar psicológico nestes idosos,

melhorando sua autoestima, autoimagem e como efeito sua capacidade produtiva com positivos impactos em seu humor por se sentirem úteis. É que constatamos nos dados subsequentes.

Na categoria mobilidade onde a pontuação máxima é 35 pontos, 0 foi a pontuação mínima e 27 a máxima. Neste item, metade dos participantes 50% indicaram uma boa mobilidade, 16,66% mobilidade razoável e 20% apresentaram uma menor mobilidade no que se refere a movimentar-se sozinhas e as dificuldades para subir e descer escadas.

Na categoria sobre os cuidados pessoais em que a pontuação máxima é de 19 pontos, o mínimo foi 0 e o máximo 8. Neste item, mais da metade 56,66% indicaram que conseguem realizar alguns cuidados pessoais, 30% necessitam de ajuda para determinar cuidados, como tomar banho e 13,33% precisam sempre de ajuda para banharem-se, vestirem-se e deslocarem-se de um lugar para outro.

Pesquisas vêm confirmando que com o passar dos anos o nível de flexibilidade afeta o equilíbrio, a postura e o desempenho funcional, aumenta o risco de quedas, diminui a velocidade da marcha e dificulta as atividades da rotina diária, limitações que comprometem atividades como banhar-se e vestir-se, fato constatado no grupo pesquisado, concordando com as pesquisas científicas recentes (Candeloro e Caromano apud Santos, Silva, Baptista, Pereira & Furtado, 2008). O que remete mais uma vez aos fatores que contribuem para estados depressivos nos idosos, a falta de autonomia funcional leva-os a terem baixa autoestima e acreditarem que são inúteis, que em nada podem contribuir a sociedade. Diante do exposto, mostram-se necessária, atividades físicas regulares para os idosos, principalmente, quando asilados, uma vez que afastados da vida em sociedade, tais aspectos tendem a acentuar-se, no sentido de contribuir para um envelhecimento saudável.

Na categoria controle esfinteriano a pontuação máxima é 17 pontos, o mínimo foi 0 e o máximo 8. Neste item, boa parte dos participantes 90% não possuem dificuldades, 3,33% pouca dificuldade e 6,66% uma maior dificuldade, a exemplo da incontinência urinária. A incontinência urinária é reconhecida como uma das maiores causas de institucionalização de idosos. Pesquisas norte-americanas mostram que a prevalência perdas urinárias em idosos institucionalizados é de 50% ou mais (Glashan, Lelis, Bruschini & Fera, 2003). Fator que por debilitar a autoestima também contribui para o desenvolvimento da depressão, principalmente, quando além da incontinência urinária o idoso está longe de familiares e pessoas que apreciam.

Na categoria incapacidade a pontuação máxima é 100 pontos, o mínimo foi 0 e o máximo 48. Neste item, 16,66% não indicaram incapacidade, 40% pequena incapacidade, 3,33% incapacidade em algumas áreas, como a mobilidade, 6,66% traços relevantes de incapacidades e 33,33% uma maior incapacidade. Através dos resultados aqui

levantados e discutidos percebe-se com base em 1002 publicações (Baldwin, 2002), como ainda se faz necessário um aprofundamento na correlação de estados depressivos com aspectos psicossociais.

Tabela 1: Respostas Emitidas pelas idosas ao sistema de avaliação de idosos/as

Sistema de avaliação de idosos/as			
N: 30			
Itens analisados	Classe	Frequência	%
Incapacidade física (máximo 12 pontos)	0 - 1	18	60,00
	2 - 3	11	36,66
	4 - 5	1	3,33
Qualidade de vida percebida pelo sujeito (máximo 15 pontos)	7 - 9	13	43,33
	10 - 12	8	26,66
	13 - 15	9	30,00
Área funcional (máximo 23 pontos)	0 - 5	3	10,00
	6 - 11	14	46,66
	12 - 18	13	43,33
Mobilidade (máximo 35 pontos)	0 - 6	15	50,00
	7 - 13	5	16,66
	14 - 20	6	20,00
	21 - 27	4	13,33
Cuidados pessoais (máximo 19 pontos)	0 - 2	17	56,66
	3 - 5	9	30,00
	6 - 8	4	13,33
Controle esfinteriano (máximo 17 pontos)	0 - 2	27	90,00
	3 - 5	1	3,33
	6 - 8	2	6,66
Incapacidade (máximo 100 pontos)	0 - 9	5	16,66
	10 - 19	12	40,00
	20 - 29	1	3,33
	30 - 39	2	6,66
	40 - 49	10	33,33

Os resultados obtidos no teste de diminuição cognitiva variaram de 7 a 28, conforme a tabela 2. Dos 30 participantes que responderam o teste 13,33% apresentaram normalidade à diminuição ligeira e 86,66% diminuição cognitiva de moderada a severa. Da amostra pesquisada, 4 participantes foram classificados como portadores de normalidade a diminuição ligeira, desses 2 possuem um bom nível de escolaridade e estado de humor que os diferenciam dos outros 28. Dos 26 participantes classificados com diminuição de moderada a severa, 4 são diabéticos, 1 possui incontinência urinária e problemas de reumatismo, 1 vê só com um olho e “é bastante triste” (SIC), 1 movimenta-se com a ajuda de muletas, 5 em cadeiras de roda. Em geral não possuem escolaridade, os que possuem o nível é baixo, têm alguns problemas de saúde e são mais tristes do que os 2, dos 4 que foram classificados com o escore de 0 a 10. Dados que reafirmam os estudos realizados por (Bruce, 2002; Alexopoulos, 2005), que apontam os fatores de risco para ocorrência da depressão, a exemplo de problemas médicos, incapacidades cognitivas e pouco contato social, bem como a

realocação de idosos para abrigos geriátricos quando está não é voluntária. Alguns (as) foram para lá enganados, a família dizendo que iam dá um passeio, passar só uns tempos e deixaram-nos lá, outros apesar de não quererem, já foram sabendo que iriam viver no abrigo. Muitos possuem filhos (as), netos (as) e estes poucas ou nenhuma vez aparecem para visita-los. Enquanto isto, mesmo com o tratamento recebido pelos (as) funcionários (as) dos Lares Geriátricos a falta de afetividade da família e pessoas que apreciavam, a mágoa e a solidão vão deixando grandes marcas nos idosos institucionalizados.

O fato de muitos idosos, mais de 70% não lembrarem o ano e o mês que estavam, perguntas realizadas no teste de diminuição cognitiva mostra como a vida institucionalizada, longe da sociedade é um fator que contribui para a diminuição da cognição em um período mais rápido do que o natural, próprio da velhice, alguns dos idosos em uma faixa etária média de 65 anos, assim como alguns de idade mais avançada não conseguiram responder.

Tabela 2: Resultado emitido pelas idosas ao teste de diminuição cognitivo.

Nível de cognição	Escore	Frequência	%
Normalidade a diminuição ligeira	0 - 10	4	13,33
Diminuição de moderada a severa	11 - 28	26	86,66
Total		30	100,00

Os resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck (IDB) variam de 5 a 30 pontos, conforme tabela 3. Da amostra pesquisada que responderam o IDB, 16,66% apresentaram leve transtorno de humor; 11,11% apontaram limite para depressão clínica, pontuação que requer atendimento com profissional e 44,44% apresentou depressão moderada. As marcas que o abandono familiar causa nos idosos são visíveis, pois é possível não só observar um semblante triste que muitos possuem, mas também através do diálogo é possível constatar suas mágoas, desejos, inquietações e insatisfação diante da vida. Quando indagados sobre o que eles mais querem, a resposta mais apresentada é que querem voltar para suas casas, ficar junto dos seus pares.

Tabela 3: Resultado Emitido pelas idosas ao Inventário de Depressão de Beck (IDB).

Nível de depressão	Escore	Frequência	%
Oscilações consideradas normais.	1 - 0	5	16,66
Leve transtorno do humor.	11 - 16	7	23,33
Limite para depressão clínica	17 - 20	3	10,00
Depressão moderada	21 - 30	15	50,00
Total		30	100,00

A institucionalização de idosos em boa parte dos casos é sinônimo de exclusão, impede o idoso ter autonomia, exercer a cidadania. Dessa forma, a vida em sociedade é a melhor forma de potencializar a rede de relações do sujeito, importante em todas as fases da vida, principalmente, na infância e na velhice, tal rede é potencializada através da reafirmação da complexidade do fenômeno humano e capacidade de contratualidade do sujeito, o que propicia um ambiente favorável para que o idoso tenha o necessário para escrever sua história no mundo com qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi verificado que a respeito da incapacidade física, 16,66% não indicaram incapacidade, 40% pequena incapacidade, 3,33% incapacidade em algumas áreas, como a mobilidade e 6,66% traços relevantes de incapacidade e 33,33% uma maior incapacidade. No teste de cognição, 13,33% apresentaram normalidade á diminuição ligeira e 86,66% diminuição cognitiva de moderada a severa. As que possuem diminuição cognitiva têm alguns problemas de saúde e são mais deprimidas do que as que apresentaram diminuição ligeira. Os resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck (IDB) revelam que, 16,66% apresentaram oscilações consideradas normais; 16,66% apresentaram leve transtorno de humor; 11,11% apontaram limite para depressão clínica, pontuação que requer atendimento com profissional e 44,44% apresentaram depressão moderada.

Concluimos que os idosos pesquisados nesse estudo apresentaram graus diferentes de depressão. Os resultados sugerem que problemas físicos e cognitivos estão associados à depressão. Uma das queixas dos idosos refere-se ao sentimento de rejeição decorrente do abandono familiar. Partindo dessa queixa pode-se propor uma pesquisa que evidencie a relação entre idoso depressivo, relações familiares e o seu respectivo processo de internamento em instituições de longa permanência. A importância deste estudo permitirá conferir visibilidade quanto ao aspecto psicossocial, à rejeição familiar e como influencia no estado do humor dos idosos institucionalizados, o que proporcionará a realização de trabalhos posteriores.

REFERÊNCIAS

Albrecht, Natal Rodrigo; Araújo, Célio Ribeiro; Deltreggia, Carine; Faiola, Rafael Vinícius; Porcu, Mauro; Scantamburlo, Viviane Margareth; Silva, Sarah Pagliarini et al. (2002). *Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade*. Maringá, v. 24, n 3, p. 713-717. Disponível em <http://www.periodicos.uem.br>. Acesso em: 13 de março de 2009.

Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*. V. 365, pp. 1961-1970.

Azevedo, R.L.; Santana, O.S. (2007). *Depressão no idoso: aspectos psicossociais de um fenômeno multifacetado*. Relatório final técnico-científico, Faculdade São Francisco de Barreiras. Disponível em: www.fasb.edu.br-. Acesso em: 12 Out 2008.

Baldwin, R. C. (2002). Research Into Depressive Disorder in Later Life: Who Is Doing What? A Literature Search From 1998-2001. *International Psychogeriatrics*, v 14, issue 4, pp. 335-346.

Bastos, O. (1981). Psicopatologia do envelhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.30, issue 2, pp. 135-140.

Bauer, Sofia. (2006). *Manual de Depressão*. Disponível em <http://www.sofiabauer.com.br>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2009.

Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology*. v. 58A, issue 3, pp. 249-265.

Bruce, M. L. (2002). *Psychosocial Risk Factors for Depressive Disorders in Late Life*. *Biological Psychiatry*, v. 52, pp. 175-184.

Bruno, Roberta; Nunes, Lara Rosa; Peixoto, Rafael C. (2007). *Análise da depressão em idosos institucionalizados – lar Ozanan – Muriaé-Mg*. Revista Científica da FAMINAS- Muriaé- Mg – v. 3, n. 1, sup. 1, p. 250, jan-abr. Disponível em: <http://faminas.edu.br>. Acesso em: 13 de março de 2009.

- Cheloni, Carlos Fernando Pereira; Filho, Milañez Cavalcanti; Medeiros, Antônio Lázaro & Pinheiro, Francisco Lídio Santos (2003). *Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage)*. *Expressão*, Mossoró, 34(1-2); p.61-73; jan.-dez. Disponível em <http://www.uern.br>. Acesso em: 13 de março de 2009.
- Chung, S. (2008). Residential status and depression among Korean elderly people: a comparison between residents of nursing home and those based in the community. *Health and Social Care in the Community*. v. 16, issue 4, pp. 370-377.
- Cupertino, A. P. F. B. et al. (2006). Estresse e suporte social na infância e adolescência relacionados com sintomas depressivos em idosos. *Psicol. Reflex. Crit.* Porto Alegre, v.19, issue 3, pp. 371-378. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 19 Aug 2008.
- Djernes J.K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* v. 113, issue 5, pp. 372-87.
- Figueiredo, Kamilly Rosa. (2007). Depressão no idoso. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br>. Acesso em: 6 de maio de 2009.
- Freitas, Thalita Martins de; Oliveira, Camila Ribas Marques de; Ribeiro, Cláudio; Souza, Carolina da Silva. (2006). *Idosos e família: asilo ou casa*. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 13 de março de 2009.
- Glashan, Regiane de Quadros; Lelis, Maria Alice dos Santos; Fera, Patrícia & Bruschini, Homero. (2003). Intervenções comportamentais e exercícios perineais no manejo da incontinência urinária em mulheres idosas. Disponível em: www.Drashirleydecapos.com.br. Acesso em: 23 de maio de 2009.
- Guimarães, J. M. N.; Caldas, C.P. (2006) The influence of exercise on depressive disorders of the elderly: a systematic review. *Rev. bras. Epidemiol.* São Paulo, v. 9, n. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 19 de agosto 2008.
- Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico – IBGE. (2007). Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 de outubro de 2008.
- Organização Mundial de Saúde. (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10)*. 10. ed., São Paulo: EDUSP.
- Oxman, T. E.; & Sengupta, A. (2002). Treatment of minor depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. v. 10, Issue 3, pp. 256-264.
- Porcu, M.; Scantamburlo, V. M.; Albrecht, N. R.; Silva, S.P.; Vallim, F. L.; Araújo, C.R. et al (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. In: Maringá. v. 24, n. 3, p. 713-717. Disponível em: www.periodicos.uem.br. Acesso em: 10 de março de 2009.
- Smalbruge, M.; Jongelis, L.; Pot, AM, et al (2005). Comorbidity of depression and anxiety in nursing home patients. *Int.J. Geriatr. Psychiatry*, pp. 218-226.
- Santos, Andréia Botelho; Silva, João Claudino dos Santos; Baptista, Maria de Fátima Carvahó; Pereira, Fábio Dutra & Furtado, Hélio Lemos. (2008). *Perfil da Autonomia Funcional de Idosos institucionalizados no Município de Três Rios/RJ – Brasil*. Disponível em: www.castelobranco.br. Acesso em: 23 de maio de 2009.
- Sousa, Liliana; Galante, Helena & Figueiredo, Daniela. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. In: *Rev. Saúde Pública*, vol. 37, n°. 3. São Paulo: June. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2009.
- Stek, M.L.; Kloo, J.; Beekman, A.T.F, van Tilburg, W.; Westendorp, R.G.J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*. v.78, n 3, pp.193-200.

Stoppe, J. A.; Louzã N.M.R. (1997). *Depressão na Terceira Idade: Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. São Paulo. Lemos Editorial.

Taqi, A. M.; Itrat, A.; Qidwai, W.; Kadri, Z. (2007). Depression in the elderly: Does family system play a role? A cross-section study. *BMC Psychiatry*, v. 7, issue 57.

White, E.H.; Mcconnel, E.; Clipp, E.; Branch, L.G.; Sloane, R.; Pieper, C.; Box, T.L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging and Mental Health*. v. 6, issue 3, pp. 213-221.

APÊNDICE D – ARTIGO: TEORIA DA MENTE E DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Revisão

Teoria da Mente e Depressão em Idosos Institucionalizados

Theory of Mind and Depression in Elderly Institutionalized

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Roseane Amorim da Silva², Giliane Cordeiro Gomes³, Elielma Teixeira Paes³, Othon Bastos⁴.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo fazer uma relação entre a teoria da mente e a depressão em idosos institucionalizados. Para isso foi realizada uma revisão de literatura sobre teoria da mente, que posteriormente foi relacionada a duas pesquisas realizadas com idosos institucionalizados do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco em 2009 e 2010. Pôde-se perceber que alguns idosos possuem dificuldades de sociabilidade por possuírem problemas, físicos e/ou cognitivos, e estes contribuem para que ocorra uma defasagem na teoria da mente, sendo esta um fator de risco para o desenvolvimento da depressão. Pode-se concluir que a teoria da mente é um recurso necessário ao ajustamento social, nos relacionamentos interpessoais e na sociabilidade de forma geral.

Palavras-chave: Teoria da mente; depressão, idosos institucionalizados.

ABSTRACT

This study aimed to make a link between theory of mind and depression in elderly institutionalized. For this is a review of literature on theory of mind, which was subsequently linked to two surveys carried out with the institutionalized elderly Wild South of Pernambuco in 2009 and 2010. It might be noted that some elderly people have difficulties because they have problems of social, physical and / or cognitive, and these contribute to a delay occurring in the theory of mind, being a risk factor for the development of depression. It can be concluded that the theory of mind is a necessary resource for social adjustment, interpersonal relationships and sociability in general.

Key words: Theory of mind, depression, elderly institutionalized.

¹ Psicólogo e doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE. Professor da Universidade de Pernambuco UPE.

E-mail: José_spencer@yahoo.com.br;

² Acadêmica em Psicologia da UPE FACETEG;

³ Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG;

⁴ Professor Emérito da UPE Professor Titular da UFPE e UPE.

INTRODUÇÃO

A Ciência na atualidade tem concretizado diversas pesquisas no escopo de compreender o comportamento humano. Nessa perspectiva, dentro da psicologia do Desenvolvimento, emergiram alguns trabalhos e estudos de natureza empírica, facultando a origem a um novo conceito, chamado Teoria da Mente. Esse conceito refere-se a uma habilidade que o sujeito possui de interpretar desejos e intenções do seu próprio comportamento e dos outros, o que pode ser facilmente relacionado às habilidades sociais de interação dos indivíduos. A literatura, neste território, concorda em citar como principal referência conceitual, acerca da Teoria da mente, a capacidade de compreender e atribuir estados mentais ao outro, considerando-se desejos, emoções, intenções e crenças (Wellman & Bartsch, 1988; Wimmer & Perner, 1983).

O estudo da Teoria da Mente nasceu por volta da década de 70, na esfera dos experimentos sobre cognição animal. Jou e Sperd (1999) apontam que um famoso artigo de Premack e Woodruff (1978) intitulado: *Os Chimpanzés têm uma teoria da mente?* Propôs uma grande reflexão e questionamento sobre as habilidades que os chimpanzés teriam em atribuir estados mentais a si próprios e aos outros. Neste experimento foi mostrado ao Chimpanzé (Sarah) algumas soluções possíveis de como alcançar algumas bananas penduradas, o chimpanzé (Sarah) selecionou, a foto na qual o protagonista empilhava as bananas penduradas. Os pesquisadores entenderam então, que Sarah entendeu a intenção do protagonista em predizer o meio pelo qual poderia alcançar as bananas, o que implicava no emprego de alguma atividade mental. Apesar do resultado não solucionar a problemática proposta, serviu para despertar maiores estudos e interesse, nos Psicólogos do desenvolvimento, fazendo com que começassem a surgir hipóteses a respeito da origem e evolução dessa habilidade em crianças pequenas.

Alguns autores, como Carruthers e Smith (1996), alegam que só por volta da década de 90, é que a Teoria da Mente ganhou maior impulso, devido à tradição da Psicologia do Desenvolvimento na década de 70 está muito voltada para os conceitos Piagetianos. Assim a maioria dos estudos tinha como foco ratificar ou refutar Piaget, além disso, a filosofia, as ciências Cognitivas e a

Primatologia começaram a influenciar mais tenazmente, nas últimas décadas, trazendo novas propostas ao modelo Piagetiano.

Entretanto, o desenvolvimento da compreensão da mente das crianças é um feito desenvolvimentista, fazendo parte do desenvolvimento das habilidades recursivas do pensamento e da linguagem. Entende-se que esta estrutura explicativa que se forma na infância e permite a previsão das ações do outro, surgiria por volta dos quatro anos de idade, e que é diretamente dependente da linguagem, memória e da interação da criança com adultos e outras crianças.

Assim, admite-se que se o indivíduo não for capaz de atribuir crenças e desejos aos semelhantes, o mesmo não conseguirá compreender suas condutas (Rivière & Núñez, 2001 apud Sperb & Maulf, 2008). Isto posto, atinge-se o ponto de partida a que se propõem este estudo, refletir sobre a importância da compreensão e das implicações deste constructo teórico, no entendimento acerca da ocorrência e recorrência de episódios depressivos em idosos institucionalizados.

Atualmente o campo de estudo da teoria da Mente está sendo bem explorado. E nesse sentido pode ser usado para pesquisas em áreas de muito interesse, como por exemplo, a população idosa. Que com o crescimento da população com essa faixa etária, projeções recentes indicam que esse segmento poderá ser responsável por 15% da população brasileiro em 2020 (Camaro et al, 1997). Isso evidencia a necessidade de maiores pesquisas e estudos nessa área, no intuito de atender a uma demanda crescente, e tão complexa diante dos fatores que acompanham o envelhecimento, a exemplo da depressão nessa fase da vida.

A depressão, doença tão comum atualmente, tem seu início e evolução marcados por diversos fatores, biológicos, históricos, ambientais e psicológicos. Porém alguns autores como Porto, Hermolin e Ventura (2002), apontam de forma acentuada, na depressão, alterações cognitivas como déficits de memória, de atenção, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associado ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves. Sendo assim, sugere-se que seja feita uma reflexão sobre a Teoria da mente, depressão e idosos institucionalizados.

Este estudo torna-se relevante, uma vez que, na revisão de literatura sobre a temática: teoria da mente e depressão em idosos foram encontradas poucas pesquisas na área; dessa forma, esse estudo apresenta-se como uma proposta para compreensão desta realidade cada vez mais presente na sociedade que são os idosos institucionalizados e acometidos pela depressão, bem como busca dá suporte à intervenção de diversos profissionais na área em discussão.

OBJETIVO GERAL

Relacionar a Teoria da Mente e depressão em idosos institucionalizados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar as atividades físicas e cognitivas como fatores protetores da teoria da mente;

Estudar a relação entre déficits sociais e depressão.

METODOLOGIA

Este estudo foi construído a partir de uma revisão de literatura sobre teoria da mente, baseando-se nos resultados obtidos por Wimmer e Perner (1983), Souza (2005), Wellman e Bartsch (1988), Jou e Sperb (1999); teoria da mente e depressão (Inoue; Yamada; Kamba, 2006) em que foi feita uma relação dos estudos encontrados sobre essa temática com duas pesquisas realizadas com idosos (as) institucionalizados do Agreste do Estado de Pernambuco.

O primeiro estudo foi realizado em 2009, é intitulado: *Idosos institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos* (Spencer, Silva e Bastos, 2009). Esta pesquisa foi realizada com 30 idosos de duas instituições de longa permanência de Pernambuco, teve como objetivo estudar aspectos físicos e psicopatológicos dos idosos de instituições públicas do Agreste de Pernambuco. A faixa etária da amostra variou de 60 a 84 anos. Para a realização da mesma foram utilizados os instrumentos: Easycare - instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem estar do idoso (Souza, Galante e Figueiredo 2003), e o Inventário de Depressão de Beck (Bauer 2006).

O segundo estudo foi realizado em 2010, é intitulado: *Depressão em Idosas institucionalizadas: atividades de lazer e remissão de sintomas*. (Spencer et al, 2010). Teve como objetivo avaliar a remissão de estados depressivos em idosas institucionalizadas do Agreste de Pernambuco, relacionando com grupos que participam de atividades de lazer e grupos que não participam de atividades de lazer. Participaram deste estudo 30 idosas, residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns. A faixa etária da amostra variou de 60 a 82 anos. Para realização do mesmo, foi utilizado a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15).

Teoria da mente e depressão em idosos institucionalizados

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos depressivos vêm se disseminando na população geral, e entre os idosos de modo alarmante, gerando acentuadamente incapacitação funcional (OMS, 2008) Calcula-se que cerca de 15% da população com mais de 60 anos seja acometida pela doença, chegando a atingir índices entre 12% a 16% em populações de idosos institucionalizados (Figueiredo apud Junior, 2009) Sendo assim, pode-se afirmar que a depressão em idosos é permeada por elementos que dizem respeito não apenas à psicopatologia, mas em alguns casos as próprias condições que essa população enfrenta nesse momento da vida. O idoso institucionalizado se torna isolado, ocioso e acomodado, perdendo por desuso as aptidões físicas e sociais, nestas condições fecha-se em um círculo vicioso socialmente isolado. Sem realizar atividades, permanece solitário, sente-se fraco, podendo ser acometido por diversos tipos de sofrimento psíquico, em que se destaca a depressão (Júnior et al., 2009).

Correlacionando os termos: teoria da mente depressão e idosos institucionalizados, nesse estudo é colocado como hipótese a seguinte indagação: seria a defasagem na teoria da mente um fator de risco para o desenvolvimento da depressão?

Sugere-se como reflexão que pode existir prejuízos no processamento da TdM em idosos portadores de transtornos depressivos, e que apresentam déficits nos mecanismos sociais, e na capacidade humana de representar/Inferir estados mentais. Alguns autores como Porto, Hermolin e Ventura (2002), apontam de forma acentuada, na depressão, alterações cognitivas como déficits de memória, histórico, ambientais e psicológicos. Em idosos deprimidos, é possível observar algumas mudanças anátomo-funcionais como redução do fluxo sanguíneo no córtex frontal, temporal e giro do cíngulo. Com isso, sugere-se a analogia com a TdM, tendo em vista que a base neural desta, inclui o córtex pré-frontal e que muitos estudos de imagem cerebral indicam que o córtex pré-frontal desempenha um papel importante na fisiopatologia de transtornos do humor, ou seja, déficits de TdM pode estar relacionado com o fundo fisiopatológico do transtorno de humor.

Recentemente as pesquisas de Inoue et. al. (2004), relataram que os pacientes depressivos durante a remissão sintomática têm déficits de TdM. Foi visto que esses pacientes apresentaram dificuldades em responder questões de segunda ordem em tarefas de crença falsa, que se correlaciona com um declínio na habilidade em adaptação social, prevendo ainda uma alta de taxa de recidiva para estes. Entende-se que os estudos de crença falsa tratam de contar uma história a uma pessoa e esperar-se que esta pessoa consiga inferir as crenças do protagonista da história, no caso, que esta pessoa tenha a capacidade de entender que o protagonista tem uma crença diferente da realidade

Por fim, Inoue (2006) ainda indica que os médicos devem dar especial atenção aos ajustamentos sociais, proporcionando traçados em direção a terapia cognitiva e de apoio social, em vista de proporcionar o desenvolvimento de melhor habilidade interpessoal.

Diante do exposto, para que melhor possa ser feita uma relação entre as temáticas discutidas, tem-se

aqui por base, e como grande respaldo, dois estudos realizados em 2009 e 2010 sobre depressão em idosos institucionalizados do Agreste Meridional de Pernambuco. No primeiro estudo intitulado: *Idosos institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos* (Spencer, Silva e Bastos, 2009) foi também investigado a qualidade de vida dos idosos, através do Easycare-instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar físico, Mental e social da pessoa idosa.

Esmiuçando a pesquisa, foi verificado que dos 30 participantes, na categoria incapacidade física, 60% não apresentaram dificuldades, 36,66% apresentaram algum tipo de incapacidade, a exemplo de problemas com a visão e 3,33% problemas com a fala/linguagem, conforme tabela 1.

Na categoria qualidade de vida percebida pelo sujeito, 43,33% dos participantes indicaram qualidade de vida razoável, 26,66% apresentaram uma menor qualidade de Vida e 30% percebem ter uma péssima qualidade. Em relação à área funcional, 10% indicaram possuir boa área funcional, 46,66% uma área funcional razoável e 43,33% apresentaram algumas dificuldades, principalmente, no que se refere a realizar atividades sozinho/as como fazer a própria refeição, administrar o dinheiro e ir às compras (caso fosse necessário), entre outras questões.

Na categoria mobilidade, 50% indicaram boa mobilidade, 16,66% mobilidade razoável e 20% apresentaram uma menor mobilidade no que se refere a movimentarem-se sozinhas e as dificuldades para subir e descer escadas. Na categoria sobre os cuidados pessoais, 56,66% indicaram que conseguem realizar alguns cuidados pessoais, 30% necessitam de ajuda para determinados cuidados, como tomar banho e 13,33% precisam sempre de ajuda para banharem-se vestirem-se e deslocarem-se de um lugar para outro. Na categoria controle esfinteriano, 90% não possuem dificuldades, 3,33% pouca dificuldade e 6,66% uma maior dificuldade, a exemplo da incontinência urinária.

Tabela 1: Respostas emitidas pelos idosos ao sistema de avaliação de idosos/as.

Sistema de avaliação de idosos/as			
N: 30			
Itens analisados	Classe	Frequência	%
Incapacidade física (máximo 12 pontos).	0 - 1	18	60,00
	2 - 3	11	36,66
	4 - 5	1	3,33
Qualidade de vida percebida pelo sujeito (máximo 15 pontos)	7 - 9	13	43,33
	10 - 12	8	26,66
	13 - 15	9	30,00
Área funcional (máxima 23 pontos)	0 - 5	3	10,00
	6 - 11	14	46,66
	12 - 18	13	43,33
Mobilidade (máximo 35 pontos).	0 - 6	15	50,00
	7 - 13	5	16,66
	14 - 20	6	20,00
	21 - 27	4	13,33
Cuidados pessoais (máximo 19 pontos).	0 - 2	17	56,66
	3 - 5	9	30,00
	6 - 8	4	13,33
Controle esfincteriano (máximo 17 pontos)	0 - 2	27	90,00
	3 - 5	1	3,33
	6 - 8	2	6,66
Incapacidade (máximo 100 pontos).	0 - 9	5	16,66
	10 - 19	12	40,00
	20 - 29	1	3,33
	30 - 39	2	6,66
	40 - 49	10	33,33

No mesmo estudo estes resultados foram relacionados aos dados obtidos no teste de diminuição cognitiva. Dos 30 participantes que responderam o teste, 13,33% apresentaram normalidade à diminuição ligeira e 86,66% diminuição cognitiva de moderada a severa, conforme tabela 2. Os participantes que foram classificados como portadores de normalidade a diminuição ligeira, possuem um bom nível de escolaridade e estado de humor que os diferenciam dos demais. Já os participantes classificados com diminuição de moderada a severa, em geral não possuíam

escolaridade, os que possuíam o nível era baixo, apresentavam problemas de saúde e humor mais tristes do que os que foram classificados na categoria normalidade a diminuição ligeira.

Diante desses resultados pode-se inferir que alguns idosos possuem dificuldades de sociabilidade por possuírem problemas, sejam eles físicos ou cognitivos, e que estes são fatores de risco para uma defasagem na teoria da mente. Que é um recurso necessário ao ajustamento social, nos relacionamentos interpessoais e na sociabilidade de forma geral.

Tabela 2: Resultado emitido pelas idosas ao teste de diminuição cognitivo.

Nível de cognição	Escore	Frequência	%
Normalidade a diminuição ligeira	0 - 10	4	13,33
Diminuição de moderada a severa	11 - 28	26	86,66
Total		30	100,00

Em outro estudo sobre depressão e atividades de lazer (Spencer et al., 2012) realizado também com idosos de Município de Garanhuns, em 2010, foi percebido que idosas que participam de atividades de lazer apresentam menos sintomas característicos da depressão do que as idosas que não participam de atividades de lazer. Verificou-se neste estudo que as atividades de lazer favorecem a sociabilidade das idosas institucionalizadas contribuindo para a preservação da teoria da mente e consequentemente resultando na remissão de sintomas que podem ser característicos da depressão. Vale salientar que não se trata apenas de participar ou não de atividades de Lazer, mas da qualidade da participação, q partir do que estas atividades oferecem aos idosos. Já que, uma participação efetiva em que é estimulada a capacidade de sociabilidade dos idosos, poderá resultar

em melhor qualidade de vida, uma vez que conforme explicitado anteriormente contribuirá para a preservação da teoria da mente, que é extremamente necessária a capacidade de adaptação as diversas situações que possam apresentar se no cotidiano dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas citadas neste estudo apontam uma relação entre déficits sociais e depressão. A institucionalização dificulta a sociabilidade, o que pode favorecer os sintomas depressivos nos idosos. Desse modo, podemos perceber que as atividades de lazer é um das possíveis formas de estimular as interações sociais, e com isso preserva a teoria da mente, que é de extrema relevância para a capacidade adaptativa de inter-relações, e consequentemente proporcionar qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Caixeta, Marcelo & Caixeta, Leonardo. **Teoria da Mente:** Aspectos psicológicos, neurológicos, neuropsicológicos e psiquiátricos. São Paulo: Ed. Átomo, 2005.
- Inoue, Yumiko; et al. **Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorders.** In: Journal of Affective Disorders 84 (2):403-9 Japan – 2004. Disponível em: www.sciencedirect.com/science?. Acesso em 24 de maio de 2010. **(entretanto, tem toda aquela burocracia do pagamento aqui).**
- Inoue, Y; Yamana, K; Kamba, S. **Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression.** In: Journal Affective Disorders, 95 (2006) 125 – 127. Disponível em: [www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(06\)00190-X/abstract](http://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(06)00190-X/abstract). Acesso em 24 de maio de 2010.
- Jou, Graciela Inchausti & Sperb, Tania Mara. **Teoria da Mente:** diferentes abordagens. In: Psicol. Reflex. Crit. Vol. 12, n.2. (1999), Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7972-1999000200004. Acesso em 24 de abril de 2010.
- Spencer, José Antônio Hartmann Junior; Silva, Roseane Amorim da; Bastos, Othon. **Idosos institucionalizados:** relação de estados depressivos com sintomas físicos e cognitivos. In: Neurobiologia, 72 (3) Jul./set., 2009. Disponível em: [www.neurobiologia.org/.../Revista%20Neurobiologia2\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/.../Revista%20Neurobiologia2(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf). Acesso em 10 de junho de 2010.
- Spencer, José Antônio Hartmann et al. **Depressão em Idosas Institucionalizadas:** Atividades de lazer e Remissão de Sintomas. Pernambuco (2010). Disponível em: <http://www.upe.br/down/imprensa/projetos/Garanhuns3.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2010.
- Sperb, Tania Mara & Moluf, Maria Regina. **Desenvolvimento sociocognitivo:** estudos brasileiros sobre “teoria da mente”. (2008). São Paulo: vetor.
- Teng, Chei Tung et al. **Depressão e Cognição.** (2009) São Paulo: Ed. Atheneu.
- Tonelli, Hélio Anderson Processamento cognitivo “Teoria da Mente” no transtorno bipolar. In: Revista Brasileira de Psiquiatria. 2009; 31 (4): 369-74 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n4/a15v31n4.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2010.

APÊNDICE E – ARTIGO: TEORIA DA MENTE E DEPRESSÃO

Revisão

TEORIA DA MENTE E DEPRESSÃO

THEORY OF MIND AND DEPRESSION

Tarcísio Gomes Dutra¹, José Antônio Spencer Hartmann Junior², Raquel Carvalho de Queiroz³

RESUMO

Este trabalho buscou pesquisar a relação entre teoria da mente e depressão maior. O objetivo geral foi fazer uma revisão dos achados acerca do comprometimento da Teoria da Mente no desenvolvimento cognitivo de portadores de Depressão Maior. Para esse estudo, foi realizada uma pesquisa pelos termos “teoria da mente”, “depressão e teoria da mente”, “theory of mind” e “depression and theory of mind” nos seguintes bancos de dados - LILACS, MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO, bem como nas bases de saúde do PORTAL CAPES. Os resultados destacam a escassez de estudos nessa área, bem como diferenças metodológicas que restringem uma compreensão mais ampla da relação entre Teoria da Mente e Depressão Maior, apesar dos poucos estudos já propiciarem aspectos de extrema importância no âmbito clínico.

Palavras-chave: Teoria da mente, Depressão, Cognição.

ABSTRACT

This article aims to research relation between Theory of Mind and Major Depression. the objective was to review the findings about the Theory of Mind in the cognitive development of patients with major depression. For this study, we researched “theory of mind”, “depression and theory of mind”, “theory of mind” and “depression and theory of mind” in the following databases - LILACS, MEDLINE, SCIELO, Google ACADEMIC and bases of health PORTAL CAPES. The results shows the paucity of studies in this area as well as methodological differences that restrict a better understand of the relation between Theory of Mind and Major Depression, although the few studies already propitiate aspects of extreme importance in the clinic.

Key Words: Theory of mind, Depression, Cognition.

¹ Psicólogo e mestrando em Neuropsiquiatria pela UFPE.

² Psicólogo e doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE, Professor da Universidade de Pernambuco/UPE.

³ Psicóloga pela Universidade Católica de Pernambuco/UNICAP.

INTRODUÇÃO

De acordo com Caixeta⁷, a Teoria da Mente (ToM) é “um constructo nascido da psicologia cognitiva e que se refere à capacidade de atribuir estados mentais para si mesmo e para outros”. Ou ainda, a capacidade de o indivíduo levar em consideração os próprios estados mentais, como também os das outras pessoas, tendo como objetivo a compreensão e predição do comportamento do outro⁸.

O Termo Teoria da Mente foi introduzido nas ciências cognitivas a partir da emergência de estudos com animais. Premack e Woodruff²² investigaram a aquisição dessa habilidade em chimpanzés, tentando mostrar que tais animais eram capazes de interpretar a intenção ou o propósito de atores humanos diante de situações-problema que lhes eram apresentados em vídeo. A partir das respostas dos chimpanzés, os autores chegaram a evidências de que nesses primatas existiam aspectos cognitivos relacionados à Teoria da Mente. Tal estudo abriu a discussão para a investigação em primatas não hominídeos e na espécie humana.

Uma das temáticas observadas pela Teoria da Mente é a relação do sujeito com o outro, uma vez que é a partir das relações com o Outro que poderemos compreender as nossas emoções. Nesse sentido, a ToM pode ser um meio para o conhecimento de nós mesmos na integração das dimensões cognitivas, afetivas e sociais. A habilidade sócio-cognitiva é fundamental para se conceber o Outro como um ser diferente de si e compreender as crenças e motivos que move o seu comportamento como dispositivo de estabelecimento e manutenção dos relacionamentos sociais.^{6,11,28}

Jou e Sperb¹⁵ destacam a ToM como a capacidade do indivíduo levar em consideração o que os outros pensam e fazem, sendo esta uma habilidade necessária em diversos contextos sociais. Ontogeneticamente, o desenvolvimento da ToM é perpassado primeiramente pela emergência da capacidade de se diferenciar como um ser único,

diferente do outro, percebendo-se como um indivíduo distinto. Entretanto, a habilidade cognitiva de inferir os estados mentais do outro, segundo alguns autores, surge no período de 3 a 4 anos de idade, onde a criança torna-se hábil para identificar que as outras pessoas podem ter crenças ou falsas crenças²⁹.

Na depressão muitas disfunções cognitivas estão presentes, dentre elas, a disfunção da metacognição, que controla, avalia e aprimora as atividades cognitivas. Outra disfunção cognitiva observada na depressão é o comprometimento das funções executivas, que é a capacidade do indivíduo se engajar com eficiência e de modo independente com um comportamento autodirigido a uma meta. Trata-se de um constructo multidimensional, que inclui processo de iniciativa, planejamento, flexibilidade mental e julgamento crítico⁷.

Na Literatura, há diferentes visões sobre como as disfunções cognitivas estão relacionadas à depressão²⁴. Beck³ sugere que certos tipos de interpretação negativas das experiências, particularmente aquelas que envolvem perdas ou frustrações, podem produzir sintomas depressivos. Segundo Nolen-Hoeksema²⁰, “pessoas que ficam ruminando suas depressões permanecem deprimidas durante mais tempo”.

Beck³ constatou ainda um fenômeno que denominou de Tríade Cognitiva pela qual os pacientes deprimidos tinham uma visão negativa de si mesmos, do ambiente, do mundo e do futuro. Posteriormente, ele observou que cada indivíduo, de acordo com o seu perfil cognitivo apresentará uma Tríade Cognitiva específica a qual deverá ser “trabalhada” no processo terapêutico.

De acordo com Trivedi²⁶, os danos sociais também podem ser uma das consequências causadas pelos déficits cognitivos, bem como prejuízo na memória. Além da memória, entretanto, pesquisas tem sido desenvolvidas com o objetivo de discutir as bases que podem estar relacionadas com a desregulação emocional e os déficits no controle cognitivo quando o conteúdo negativo é processado¹².

Assim, a disfunção da Teoria da Mente em pacientes com transtornos de humor sugerem que eles têm mais dificuldades em se adaptar a vida diária¹⁴.

Atualmente a ToM apresenta-se como um campo crescente de investigação. A sua investigação tem-se dado através dos testes de falsa crença de primeira e segunda ordem, do teste de “Faux Pas”¹ e do “Reading the Mind with the Eyes Test”². A Falsa crença de primeira ordem pode ser expressa da seguinte forma: “A pensa que B fez X”, enquanto a falsa crença de segunda ordem por “A pensa que B pensa que A fez X”. Os testes de “Faux pas” apresentam aos sujeitos situações de inadequação ou de “gafes” e objetivam investigar, de forma geral, a percepção da inadequação apresentada e o “Reading the Mind With the eyes Test” apresenta aos indivíduos expressões faciais juntamente com quatro palavras que podem descrever o que a pessoa da foto está pensando ou sentindo.

Dentro do campo da psiquiatria, estudos atuais tem procurado investigar a relação entre ToM e transtornos de espectro autista^{4, 23}, ToM e esquizofrenia^{10,17}, ToM transtorno bipolar do humor^{5,16,18,21,25}. Entretanto, tais estudos que relacionam os transtornos psiquiátricos ainda são escassos. Neste artigo, objetivou-se identificar os estudos que relacionam de alguma forma a ToM com a depressão maior, no sentido de descrever seus achados principais e suas implicações com tal condição clínica.

MÉTODOS

De Abril a Julho de 2010, foi feita uma revisão sistematizada em busca de artigos utilizando os seguintes descritores: “Teoria da Mente”, e “Depressão e teoria da Mente”, em português, e “theory of mind”, “depression and theory of mind”,

em Inglês. Essa busca foi realizada através dos seguintes bancos de dados: LILACS, MEDLINE, SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO e as bases de saúde do PORTAL CAPES. A lista de referências dos artigos pesquisados também foi verificada com o objetivo de localizar artigos considerados relevantes. Dos artigos encontrados, selecionaram-se aqueles que se propuseram a investigar a Teoria da Mente e Depressão Maior ou que possuíam subgrupo de indivíduos com depressão na sua metodologia, excluindo os que abordavam outra relação, inclusive àqueles que investigavam o Transtorno Bipolar do Humor, que como se sabe, apresenta também fase depressiva.

RESULTADOS

Foram selecionados 6 estudos que abordaram o tema teoria da mente e depressão maior, que investigaram a temática proposta. Isto denota que estudos que relacionam tal habilidade cognitiva e o seu processamento diante do episódio depressivo ainda são escassos e recentes. Doody et al⁹ incluíram 10 indivíduos com diagnóstico de depressão maior, avaliados pelos parâmetros do DSM-III-R no seu estudo. Os autores investigaram a ToM em cinco grupos experimentais: controles, indivíduos com transtornos afetivos (depressão maior e transtorno bipolar), indivíduos com déficit de aprendizado leve e indivíduos com o diagnóstico de esquizofrenia e que apresentavam déficit de aprendizagem leve. Em relação à depressão verificou-se que os indivíduos não apresentaram diferenças quando comparados com os controles na tarefa de crença falsa de primeira ordem e não apresentaram diferenças significativas nas tarefas de falsa crença de segunda ordem. Apesar do foco do estudo estar voltado a investigação da esquizofrenia na ToM, é possível visualizar tais achados em relação à depressão (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos na revisão relacionados à depressão maior

Autores	Ano de Publicação	Amostra	Instrumentos de ToM utilizados
Doody, Götz, Jonhstone, Frith e Owens	1998	28 indivíduos com esquizofrenia, 10 com depressão, 2 com transtorno bipolar, 19 com déficit de aprendizado e esquizofrenia.	Sally-Anne Task; Ice-Crean Van Test.
Inoue, Tonooka, Yamada e Kanba	2004	50 indivíduos com diagnóstico de algum transtorno de humor, sendo o último episódio depressivo; 50 controles.	The cartoon Picture Story.
Lee, Harkness, Sabbagh e Jacobson	2005	52 mulheres com diagnóstico de depressão maior; 30 mulheres controles.	Eyes task; Animals task; Gender task.
Inoue, Yamnda e Kanba	2006	50 indivíduos com diagnóstico de depressão maior em remissão	Eyes Task; Faux Pas Task.
Wang, Wang, Chen e Wang	2008	23 indivíduos com diagnóstico de depressão sem sintomas psicóticos; 53 indivíduos controles.	Eyes Task; Faux Pas Task.
Kettle, O'Brien-Simpson e Allen	2008	13 indivíduos que passaram pelo primeiro episódio de esquizofrenia; 14 indivíduos com diagnóstico de depressão maior; 27 indivíduos controles estudantes universitários; 16 indivíduos controle da comunidade.	Eyes Task.

Inoue et al¹³ com o objetivo de investigar se prejuízos na habilidade da ToM são influenciados por sintomas afetivos, compararam 50 controles e 50 sujeitos que preenchem os critérios do DSM-IV para Transtorno do Humor e que o último episódio tinha sido depressão maior, mas estavam em período de remissão por mais de um mês. Os

indivíduos foram avaliados em relação à severidade da depressão pela Escala de Depressão de Hamilton onde o escore de sete ou menos foi definido como remissão. O QI também foi mensurado através de subtestes do escala WAIS-R. Quanto às tarefas de teoria da mente, foram estudadas falsa crença de primeira ordem, falsa

crença de segunda ordem, questão de realidade e o que os autores chamam de decepção tática. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação às tarefas de crença falsa de segunda ordem e questão de realidade. Os autores discutem que a principal relevância de tais achados deve-se à proposição de que mesmo em período de remissão sintomática, podem existir dificuldades em questões de ajustamento social e conseqüentemente dificuldades em adaptar-se á vida diária.

Baseados em tais achados iniciais, Inoue, Yamada e Kanba¹⁴ investigaram se os mesmos indivíduos que apresentaram remissão da sintomatologia depressiva e déficit na ToM apresentariam mais risco de ter recidiva depressiva, considerando a hipótese de que o declínio de desajustamento social e, por conseguinte, a emergência de conflitos pessoais poderia predizer um pior prognóstico. Através de instrumentos que avaliaram o funcionamento social e ocupacional, envolvendo aspectos como resolução de problemas, organização e ambiente emocional, os resultados mostraram que cerca de 58% dos pacientes que tinham déficit nas tarefas de falsa crença de segunda ordem em período de remissão da depressão, recaíram dentro de um ano, sugerindo assim, mesmo de forma preliminar, que déficit na ToM depois da recuperação da depressão pode ser um fator de risco para um pior prognóstico.

A relação entre depressão e teoria da mente também foi investigada por Lee et al¹⁹, com o objetivo de verificar como indivíduos clinicamente deprimidos quando comparados com controles se comportavam em relação usando como instrumento de investigação a “Eyes Task”. Tal tarefa consiste em apresentar aos indivíduos fotografias da região da face que contém os olhos para que estes escolham dentre adjetivos a opção correta que representa o estado mental das pessoas. A amostra foi composta por 52 mulheres que preencheram os critérios do DSM-IV e 30 mulheres não deprimidas. O estudo gerou resultados interessantes, no sentido de que se verificou que mulheres com depressão severa foram significativamente menos hábeis a

identificar estados mentais complexos que as mulheres não deprimidas. Entretanto, essa diferença não foi encontrada em relação àquelas que apresentaram depressão leve e moderada. Verificou-se também que existiu uma relação significativa entre os sintomas afetivos da depressão e o desempenho da ToM, o mesmo não ocorrendo em relação aos sintomas somáticos. Dessa forma, uma questão que se levanta é que talvez padrões sindrômicos distintos na depressão possam levar a desempenhos diferentes em relação às tarefas da ToM e isto estaria implicado na relação entre a depressão e prejuízos nas interações sociais por que passam os indivíduos deprimidos.

Em um estudo mais recente, Wang et al²⁷ investigaram 33 indivíduos que apresentavam depressão sem sintomas psicóticos, 23 indivíduos que apresentavam depressão com sintomas psicóticos e 53 indivíduos controles, com o objetivo de avaliar se os déficits na ToM - mais especificamente nas tarefas de leitura mental (Eyes Task) e de “Faux Pas” - apareciam de forma mais pronunciada naqueles que apresentavam sintomas psicóticos em relação aos que estavam deprimidos, mas sem sintomas psicóticos. O estudo foi ousado no sentido de ser o primeiro a investigar a habilidade da ToM em pacientes que apresentavam depressão, mas não estavam tomando medicação. As pessoas foram avaliadas na fase aguda da depressão. Os resultados corroboram a hipótese dos autores de que além dos déficits existentes em relação a ToM na depressão, os indivíduos que apresentaram depressão com sintomas psicóticos tiveram pior desempenho nas tarefas que aqueles que não apresentavam tais sintomas e os controles. Os autores levantam a questão de que os achados podem sugerir que um mecanismo e substrato neurobiológico comum possa estar relacionado à esquizofrenia, à depressão maior e à depressão psicótica.

Recentemente Kettle et al.¹⁷, com o objetivo de avaliar o desempenho da ToM na esquizofrenia, também investigaram indivíduos com depressão maior Incluindo-os em um de seus grupos

Pesquisados. O estudo apresentou o objetivo de avaliar a habilidade da ToM através do “Eyes Task” em um grupo de adultos jovens com o primeiro episódio de esquizofrenia, um grupo de adultos jovens com diagnóstico de depressão maior sem sintomas psicóticos e dois grupos não clínicos, um de universitários e outro de pessoas da comunidade. A hipótese condutora do estudo foi que o grupo de esquizofrênicos, assim como os depressivos, deveria ter um pior desempenho na tarefa de ToM em relação ao grupo universitários e de indivíduos da comunidade. Dessa forma, como hipótese secundária os depressivos deveriam ter um desempenho significativamente pior que os grupos não clínicos.

O estudo contou com 13 indivíduos com esquizofrenia, 14 depressivos, 27 estudantes universitários e 16 indivíduos da comunidade. Dos que possuíam diagnóstico de depressão, 8 apresentavam sintomas em parcial remissão, embora apresentando sintomas residuais. Verificou-se que os indivíduos depressivos, assim como os esquizofrênicos, apresentaram prejuízos na ToM em relação ao grupo de universitários, o que não ocorreu quando comparou-se o desempenho dos depressivos com o grupo de controles da comunidade, não havendo entre estes diferença significativa. Neste sentido, variáveis como a escolaridade e QI parecem influenciar o desempenho da ToM.

CONCLUSÃO

Ainda são escassos os estudos que avaliam a ToM, a depressão e suas peculiaridades cognitivas e os estudos existentes apresentam algumas limitações que devem ser consideradas. Os resultados apontam inconsistências em relação ao desempenho da ToM por vezes revelando prejuízo no desempenho quando comparados a controles, outras vezes não encontrando diferenças significativas. Uma questão importante diz respeito ao fato de que os estudos apresentam investigações em relação a tarefas distintas, alguns avaliando apenas as crenças falsas de primeira e segunda

ordem, outras fazendo uso da “Eyes Task”, por exemplo, o que dificulta a comparação entre os estudos.

Outro aspecto diz respeito à desproporção do tamanho da amostra nos estudos e o controle de variáveis. Observou-se, por exemplo, que a variável escolaridade ou nível de instrução pareceu influenciar os resultados. Baseado nisso, sugere-se que futuros estudos sejam realizados utilizando os mesmos padrões de investigação, fato que aumentaria o poder de generalização dos resultados e possibilitaria uma maior compreensão da relação entre ToM e depressão, uma vez que, apesar de escassos esses estudos chamam atenção para questões relevantes no âmbito clínico, como um pior prognóstico associado ao déficit no desempenho da ToM.

REFERÊNCIAS

1. BARON-COHEN, S., O'RIORDAN, M., JONES, R., STONE, V., PLAISTED, K. A new test of social sensitivity: Detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome *Journal of Autism and Developmental Disorders* 1999;29 407-18.
2. BARON-COHEN, S, WHEELWRIGHT, S., SCAHILL, V., LAWSON, J., SPONG, A Are intuitive physics and intuitive psychology independent? A test With children with Asperger Syndrome, *Journal of Developmental and learning Disorders*. 2001;5: 41-8.
3. BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G. (1979). *Cognitive therapy of depression* New York Guilford Press.
4. BLACKSHAW, A J., KINDERMAN, P, HARE,D.J.; HATTON, C. Theory of mind, casual attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism* 2001; 5(2):147-63

5. BORA, E., VAHIP, S., GONUL, A.S., AKDENIZ, F., ALKAN, M., OGUT, M. ERYAVUZ, A. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 112:110-16.
6. BROWN J.R. & DUNN, J, (1991). You can cry, mum : The social and developmental Implications of talk about internal states. *British Journal of Developmental Psychology*, 9,737-256.
7. CAIXETA, M.; CAIXETA, L. A teoria da mente: aspectos psicológicos, neurológicos, neuropsicológicos e psiquiátricos (2005). Campinas, SP: Editora Átomo.
8. DIAS, M.G.B.B Até quando preciso usar a imaginação? *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 1992; 8: 351-61.
9. DOODY, G.A; GÖTZ, M.; JOHNSTONE, E.C; FRITH C.D, OWENS, D G C (1998). Theory of mind and psychoses. *Psychological Medicine*, 28, 397 -405.
10. DRURY, V. M., ROBINSON, E.J., BIRCHWOOD, M. 'Theory of mind' skills during acute episode of psychosis and following recovery *Psychological Medicine*. 1998; 28:1101-12.
11. DUNN, J.R., BROWN, J., SLOMKOWSKI C., TESTA, C. & YOUNGBLADE, L. (1991). Young children's understanding other people's feelings and beliefs: individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62, 1352-1366.
12. GOTLIB, I.H., JOORMANN, J Cognition and depression current status and future directions. *The annual Review of Clinical Psychology* 2010. 6: 11. 1-11.28.
13. INOCUE, Y., TONOOKA, YAMADA K., KANBA, S. Deficiency of theory of mind in patients with remitted mood disorders. 2004. *Journal of Affective disorders*, 403-409
14. INOCUE, Y., YAMADA K., KANBA, S. Deficit in theory of mind is a risk for relapse of major depression. 2006. *Journal of Affective disorders* 125-127.
15. JOU, G. I. & SPERB, T. M. Teoria da Mente: diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 1999; 2 287-306.
16. KERR, N., DUMBAR, R.I.M., BENTALL, R.P. Theory of mind deficits in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2003; 73: 253-259.
17. KEETTLE, J. W. K., O'BRIEN-SIMPSON, L., ALLEN,N.B. Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia comparison with community, university and depressed controls. *Schizophrenia Research*. 2008;99:96-102.
18. LAHERA, G., MONTES, J. M., BENITO, A., VALDIVIA, M., MEDINA, E., MIRAPEIX, I SÁIZ RUIZ, J Theory of mind deficit in bipolar disorder is it related to a previous history of psychotic symptoms? *Psychiatric Research*. 2008;161: 309-17.
19. LEE, L., HARKNESS, K.L., SABBAGH, M.A., JACOBSON, J.A. Mental state decoding abilities in clinical depression. *Journal of Affective Disorders*. 2005;86:247 -58.
20. NOLEN-HOEKSEMA, S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive-episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100 569 -582.
21. OLLEY, A. L., MALHI, G. S., BACHELOR, J CAHILL. C. M., MITCHELL, P. B., BERK, M. Executive functioning and theory of mind m euthymic bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 2005; 7(5): 43-52.

22. PREMACK, D. & WOODRUFF, G. Does the chimpanzee have a "theory of mind"? *Behavior and Brain Sciences*, 4, 515-26.
23. SANTIN, J.M.L, ALTABLE, C. R. Origen y destino de la teoría de la mente: su afectación em trastornos distintos Del espectro autista. *Psiquiatria Biol.* 2005, 12(5): 206-13.
24. TENG, C., NAKATA, A, ROCCA, C., YANO, Y. *Depressão e cognição*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
25. TONELLI, H.A. Processamento cognitivo "Teoria da Mente" no transtorno bipolar" *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2009; 31(4):369-74.
26. TRIVEDI JK. Cognition and depression. *Indian Journal of Psychiatry*. 2001; 43 (3): 197-98.
27. WANG, Y., WANG, Y., CHEN, S., ZHU, C. & WANG, K. Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: A componential view. *Psychiatry Research*. 2008, 161: 153-61.
28. WELLMAN, H. & BARTSCH, K. (1988) Young children's reasoning about beliefs. *Cognition*, 30,227-239.
29. WIMMER, H &. PERNER, J Beliefs about belief: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*. 1983; 13:103-8.

APÊNDICE F – ARTIGO: DEPRESSÃO EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: ATIVIDADES DE LAZER E REMISSÃO DE SINTOMAS

Artigo Original

Depressão em Idosas Institucionalizadas: Atividades de lazer e Remissão de Sintomas

Depression in Elderly Women in Geriatric Home: Leisure and Remission of Symthoms

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Roseane Amorim da Silva², Raquel Carvalho de Queiroz³, Jorge Marcelo Arruda⁴, Othon Bastos⁵.

RESUMO

Este trabalho buscou pesquisar a relação entre idosos e lazer. O objetivo geral é avaliar a remissão de estados depressivos em idosos e relacioná-los com grupos que participam de atividades de lazer e grupos que não participam de atividades de lazer. Participaram do estudo 30 idosas institucionalizadas, na faixa etária entre 60 a 82 anos, residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns, localizado na Região Agreste do Estado de Pernambuco. O instrumento utilizado para a investigação dos sintomas depressivos foi a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yasavage (GDS - 15) Os resultados da presente pesquisa apontam para as evidências das repercussões positivas decorrentes da prática de atividade de lazer sobre a remissão de sintomas depressivos e qualidade de vida das idosas.

Palavras-chave: Idosos, Atividade de lazer, Asilos, Depressão, Escala de Depressão Geriátrica.

ABSTRACT

This article aims to research relation between elderly and leisure. The objective is measure the remission of depressive moods in elderly people and relates then with groups which participate in leisure's activities and groups that don't. We interviewed 30 old women, between 60 and 82 years old, from geriatric home at Abrigo São Vicente de Paulo in Garanhuns city in State of Pernambuco. To investigate the depressive symptoms, was used Scale of Depression in version of Yesavage (GDS - 15). The results showed evidences of positives repercussions from physical activities on quality of elderly people as well as on depression. **Key Words:** Elderly, Physical Activities, Geriatric Home, Depression, Scale of Depression.

¹ Psicólogo/Doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE Professor da Universidade de Pernambuco – UPE

E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br;

² Acadêmico em Psicologia da UPE –FACETEG;

³ Acadêmico em Psicologia da UPE –FACETEG;

⁴ Psiquiatra Clínico, Especialista em Psiquiatria Clínica e docente da escola Pernambucana de Saúde;

⁵ Professor Emérito da UPE. Professor Titular da UFPE e UPE.

INTRODUÇÃO

A literatura especializada aponta que nos últimos anos têm ocorrido alterações demográficas na **estrutura populacional**^{5,11,16}. Segundo Paschoal¹³, as principais razões dessas mudanças são: “redução da mortalidade, redução da fecundidade, aumento da expectativa de vida e migração”. A redução da mortalidade é explicada pela diminuição das doenças infectocontagiosas e parasitárias, principalmente as diarreicas e das doenças respiratórias, diminuindo assim a mortalidade infantil e neonatal. Outros fatores, também importantes, são as melhorias nas condições de vida e trabalho, no atendimento da saúde e da educação, aliados à urbanização e ao saneamento básico. A redução da fecundidade é explicada pelo melhor acesso à educação e, conseqüentemente, ao planejamento familiar que envolve a questão de sobrevivência, e a inserção da mulher no mercado de trabalho.

Contudo, com estas alterações demográficas e com o aumento da população idosa nos últimos anos, houve um crescimento de doenças associadas a essa fase da vida e conseqüentemente o número de idosos que necessitam de cuidados especiais em casas geriátricas, asilos e hospitais¹. Mas será que as instituições estão preparadas para enfrentar esta nova realidade social? A medida que a população envelhece, aumentam as demandas em diversos serviços e também alterações nas formas de se compreender e conviver com os idosos, sendo uma das demandas mais solicitadas dentro da sociedade às instituições de longa permanência: os asilos.

Diante do exposto, surgiu uma nova preocupação: a capacidade funcional se apresenta como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. As instituições de longa permanência podem gerar uma maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento¹⁰. O idoso institucionalizado se torna isolado, ocioso e acomodado, perdendo por desuso as aptidões físicas e sociais, e fecha-se um

circulo vicioso: socialmente isolado e sem realizar atividades, permanece solitário, sente-se fraco podendo ser acometido por diversos tipos de sofrimento psíquico, entre eles a depressão.

Contudo, outros fatores também favorecem a ocorrência de transtorno depressivo na velhice, como os eventos de vida, dificuldades correntes, morte de companheiro ou outro ente querido, problemas médicos e pouco contato social⁴. Outra questão é o sedentarismo, que combinado a outros fatores de risco, colabora na ocorrência de doenças crônicas, como: osteoporose, câncer de cólon e de próstata e, sobretudo, doenças cardiovasculares.

A prática regular de atividades físicas e de lazer traz numerosos benefícios físicos e psicossociais, tais como a melhora do condicionamento cardiorrespiratório, a redução de gordura, a melhora do humor e da autoestima e a redução da ansiedade e da depressão. Esses benefícios não se restringem ao campo físico - funcional e mental dos indivíduos, mas repercutam também no âmbito social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia daqueles que envelhecem. Entre os idosos, é constatado que a prática de atividades de lazer diminui o risco de institucionalização e o uso de serviços de saúde e de medicamentos¹⁸.

Em pesquisa realizada por Peluso & Andrade¹⁴, observa-se que a atividade física seria responsável por atuar diretamente nos fatores psicológicos e nos fatores fisiológicos, levando a uma melhora da ansiedade e do humor após a prática das mesmas. Nesse sentido, o lazer pode desempenhar um papel importante no controle/diminuição do estresse, da angústia, da depressão. Porém, ele não pode ser compreendido de forma isolada, uma vez que deve ser avaliado a partir de um dado contexto social - envolvendo prazer, desejo e criatividade².

Em relação a atividades de lazer em instituições asilares, Benedetti³ realizou um estudo com idosos residentes em asilos, casas e lares de cunho filantrópico da Grande Florianópolis – SC.

O estudo objetivou verificar os efeitos da implementação de um programa de exercícios físicos sistemáticos em idosos institucionalizados sobre a aptidão física, no desempenho das atividades da vida diária e na autoimagem/autoestima. A pesquisadora citada concluiu que, o programa de exercício físico sistemático aplicado na instituição asilar com relação à aptidão física foi positivo, mesmo com idosas mais velhas e com debilidades. A autoimagem/autoestima apresentou correlação positiva moderada, o que foi atribuído à influência direta do programa de exercício físico aplicado na instituição. Isso aponta para as atividades de lazer em instituições de longa permanência como uma ferramenta essencial para a manutenção da saúde do idoso.

Outro estudo realizado com idosos residentes em uma instituição asilar de Guaraciaba - MG constatou que atividades de lazer para idosos asilados, proporcionam melhoria na qualidade de vida, uma vez que possibilitam maior coordenação motora, estimula o raciocínio e a criatividade, além de incentivar a iniciativa diante das atividades⁶. É possível perceber que a prática de atividades de lazer para idosos influencia suas vidas de forma positiva, contribui para uma maior autonomia e independência e assegura aos mesmos uma melhor qualidade de vida.

Um dos principais desafios é descobrir como aproveitar o tempo que o idoso tem para viver de maneira saudável, independente e com qualidade. Pode-se observar nas normas do Ministério da Saúde que as instituições para idosos, em geral, devem constituir-se de atendimento médico, odontológico, psicológico, farmacêutico, fisioterapeuta, serviço social, apoio jurídico assim como atividades de lazer que muitas instituições não oferecem, ou por falta de recursos ou por acomodação³.

OBJETIVOS

Avaliar a remissão de estados depressivos em idosas institucionalizadas do Agreste de Pernambuco, relacionando com grupos que participam de atividades de lazer e grupos que não participam de atividades de lazer.

Específicos:

- Determinar a prevalência de depressão entre grupos de depressão leve a moderada e depressão grave;
- Identificar comportamentos psicossociais que contribuem na remissão de sintomas depressivos.

MÉTODOS

Amostra: Participaram deste estudo 30 idosas, residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns, localizado na Região Agreste do Estado de Pernambuco – PE. A faixa etária da amostra variou de 60 a 82 anos.

Instrumento: Para realização deste estudo, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS -15). Esta escala é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes, idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/ afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnostica depressão, sendo o escore igual ou maior que 11 caracterizada depressão grave⁷.

Procedimentos: Inicialmente foram realizadas visitas ao Abrigo com a finalidade de pedir permissão para realização da pesquisa. Após o consentimento com a carta de anuência, foram agendadas as demais visitas e em seguida foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15). A amostra das idosas que se predispuseram a responder o questionamento foi subdividida em dois grupos: idosas que participam de atividades de lazer na Instituição e idosas que não participam destas atividades. Os critérios de exclusão foram: rebaixamento do nível de consciência por *delirium* ou outra causa clínica, alteração na cognição determinada por demência pré-existente e ausência de condições clínicas para responderem as perguntas.

O questionário buscou verificar a incidência de depressão nas idosas institucionalizadas, independente da idade ou tempo de permanência no abrigo, considerando a participação ou não em atividades de lazer.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pesquisas realizadas por Jordão Neto⁹ revela que os idosos asilados possuíam mais apoio e consolo dos amigos do que da família 61% dos idosos entrevistados recebiam visitas uma vez por ano da família, enquanto 45% recebiam visitas de amigos uma vez por ano e 37% de duas a seis vezes durante o ano. Um agravante está no número de idosos que possuíam parentes, que era 60% maior do que os que possuíam amigos fora da instituição. O idoso institucionalizado apresenta uma maior carência de afeto, com poucos amigos e parentes, possuem inúmeras perdas físicas, sociais e emocionais. Nesse sentido, as atividades de lazer podem funcionar como uma via de socialização entre as idosas da instituição, preencher o tempo ocioso das mesmas, contribuindo de forma direta para uma melhor qualidade de vida.

Foi identificado em outro estudo que fatores associados à ocorrência de sintomas depressivos. Eles foram divididos entre as variáveis dependentes: perda de energia, falta de disposição, entre outros e as variáveis independentes: participação em atividade comunitária (associação esportiva, grupo de terceira idade) e baixa atividade física. Foi visto que o sintoma mais frequente é ausência de

disposição para realizar atividades habituais (73,9%), assim como a prevalência de baixa atividade física (53,5%)⁸ Os resultados foram obtidos através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrico em versão reduzida de Yasavage (GD5 - 15) em 30 idosas. Essa amostra foi subdividida em idosas que participam de atividade de lazer e idosas que não participam.

Quando analisada a amostra, verificou-se que 53,33% das idosas que participam de atividades de lazer não apresentam sintomas que caracterizam a depressão; 40% apresentam sintomas da depressão leve à moderada e 6,67% depressão grave.

Assim, pode-se observar que mais de 50% das idosas não apresentam depressão, conforme pode ser observado na **tabela 1**. Tais resultados assemelham-se aos encontrados em pesquisa desenvolvida por Oliveira et al, 2006¹², em que foi concluído que a prática de atividades de lazer e atividades físicas para idosos influencia suas vidas de forma positiva, contribuindo para uma maior autonomia e independência, assegurando às mesmas uma melhor qualidade de vida.

É importante considerar ainda que as atividades realizadas pelos indivíduos no momento de lazer vão de encontro ao que eles pensam e acreditam sobre como e onde ocupar seu tempo livre, condicionados pelo meio onde eles se inserem, trazendo consigo suas experiências, gerando mudanças de valores, sentidos, anseios e desejos revelando uma relação intrínseca com a questão do aprendizado¹⁵.

Tabela 1: Resultado emitido pelas idosas que participam de atividades de lazer a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS - 15).

Níveis de depressão	Escore	Frequência	%
Sem depressão	1 – 4	8	53,33
Depressão leve a moderada	5 – 10	6	40,00
Depressão Grave	11 - 15	1	6,67
Total		15	100

Com base nas idosas pesquisadas que não participam de atividades de lazer, constatou-se que 13,33% não apresentaram sintomas que caracterizam a depressão; 66,67% apresentaram sintomas que caracterizam depressão leve a moderada e 20% depressão grave, conforme pode ser observado na **tabela 2**.

Nesse sentido, pode-se observar que a maior prevalência da depressão é no grupo de idosas que não participam de atividades de lazer, mais de 50%, visto que os resultados encontrados através da Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15) revelam valores elevados da frequência dos sintomas que determinam depressão leve a moderada e grave.

Considerando sedentários os indivíduos que referiram não praticar qualquer atividade física

durante o tempo de lazer, um estudo realizado por Varo¹⁷ em 15 países da União Europeia encontrou prevalência de sedentarismo (26,4%) em idosos com 65 anos ou mais.

Zaitune¹⁸, afirma que: “o exercício praticado no lazer é um dos itens da atividade física geral”. Entretanto, o estudo do sedentarismo no lazer pode ser um indicador da inatividade física em idosos que, em sua maioria, não estão mais engajados em atividades ocupacionais. Além disso, a prática de exercício no período de lazer constitui um indicador de modos de vida mais saudáveis e constituídos de práticas que podem ser promovidas pelos programas de setores sociais e dos serviços de saúde.

Tabela 2: Resultado emitido pelas idosas que não participam de atividades de lazer a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS -15).

Níveis de depressão	Escore	Frequência	%
Sem Depressão	1 - 4	2	13,33
Depressão leve a moderada	5 - 10	10	66,67
Depressão grave	11 - 15	3	20,00
Total		15	100

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que 53,33% das idosas que participam de atividades de lazer não apresentam sintomas que caracterizam a depressão; 40% apresentam sintomas da depressão leve à moderada e 6,67% depressão grave. Com base nas idosas pesquisadas que não participam de atividades de lazer, constatou-se que 13,33% não apresentaram sintomas que caracterizam a depressão; 66,67% apresentaram sintomas que caracterizam depressão leve a moderada e 20% depressão grave.

Assim sendo, observamos que existem evidências das repercussões psíquicas positivas decorrentes da prática de atividades de lazer sobre a remissão dos sintomas depressivos e melhora do bem-estar biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, O.; BOTTINO, C. (1996). Em busca das causas da doença de Alzheimer Revista ABP - APAL, São Paulo, v 18, n.4, PP 117-124.
2. ALMEIDA, Maura Maria Guimarães et al. (2005) Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. In: Ver Baiana de Saúde Pública. Disponível em: [www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertação_tania](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid= Acesso em 10 de março de 2010.3. BENEDETTI, T. (1999). Idosos asilados e a prática de atividade física. Disponível em: <a href=). Acesso em: 05 de março de 2009.
4. BRUCE, M. L. (2002) Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*, v. 52, pp. 175-184.
5. CHAIMOWICZ, F. Os Idosos Brasileiros no Século XXI. Belo Horizonte: Ed. Postgraduate.
6. DEVAUX, A et al (2006) Melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados Por meio de atividades de lazer. In: IV Seminário internacional Sociedade Inclusiva, Propostas e ações inclusivas: impasses e avanços. Disponível em: www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/sem4/007. Acesso em 04 de março de 2010.
7. FERRARI, Juliane F. e DALACORTE, Roberta R. (2007) Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados In: *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar Disponível em www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scie nteiamedica/.../1837. Acesso em 04 de fevereiro de 2010.
8. GAZALLE, F., LIMA, M.; et al (2004) Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online], vol.38, n.3, pp. 365-311, 2004.
9. JORDÃO NETO, A. (1986). As instituições para idosos e a Sociedade. Conferência do 1º Congresso Ibero Americano de Geriatria e Gerontologia. SP.
10. MARTINS, G.B; Madeiros, F.D. (2008) Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados. UFSSC. Disponível em: <http://www.fisio-tb.unisul.br/tccs>. Acesso em. 01 de março de 2010.
11. MONTEIRO, M.F.G & ALVES, M.I.C. (1995). Aspectos demográficos da população idosa no Brasil In. R.P. Veras (Ed.) Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumará. UNATI - UFRJ.

12. OLIVEIRA, Deise A. A. P; GOMES, Lucy e OLIVEIRA, Rodrigo F (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. In: Rev Saúde Pública; 40(4): XX-XX. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/26.pdf. Acesso em: 20 de março de 2010.
13. PASCHOAL, S.M.P. (1996). Epidemiologia do Envelhecimento. In M. Papaléo Netto (Org.). Gerontologia. (pp. 26 - 43) São Paulo: Ed. Atheneu.
14. PELUSO M., ANDRADE L. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood Clinics, 60:61-70.
15. SANATANA, J. O. et al. (2008). Envelhecimento, lazer e instituições de longa permanência. Disponível em: www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191. Acesso em 20 de março de 2010.
16. SILVESTRE, J. A. et al. (1996) O envelhecimento populacional brasileiro e o setor de saúde Arq. Geriatr. Gerontol, 1, 81 - 89.
17. VARO JJ, et al. (2003) Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. Int J Epidemiol 2003, 32: 138-46.
18. ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. (2007) fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos. Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, jun. Disponível em: http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-11x2007000600008&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 mar 2010.

APÊNDICE G – ARTIGO: QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Giliane Cordeiro Gomes², Anne Caroline Souza Janurio³, Raquel Queiroz⁴, Everton Botelho Sougey⁵

RESUMO

Este estudo objetivou investigar a relação de estados depressivos e qualidade de vida em idosas institucionalizadas, nos municípios de Arcoverde e Garanhuns do estado de Pernambuco. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 19 idosas, tendo como instrumento de pesquisa a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS -15) e a Escala de Auto-relato de Qualidade de Vida (CASP-19). Percebe-se que a recaída na qualidade de vida do idoso predispõe este aos sintomas depressivos, um dos principais problemas da saúde mental na terceira idade. Os resultados mostram que em relação à depressão 15,8% das idosas não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave. E quanto aos resultados de qualidade de vida 57,9% das idosas apresentaram pior qualidade de vida e 42,1% melhor qualidade de vida. Os índices comprovam a problemática discutida, referente à incidência de depressão se relacionar com a qualidade de vida. Percebe-se com isso a necessidade de uma atenção direcionada para a realidade dos moradores de instituições de longa permanência, a fim de que se possa consolidar um hábito para a promoção e prevenção de saúde nestes ambientes.

Palavras-chave: idosas institucionalizadas; depressão; qualidade de vida.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationship of depressive states and quality of life in institutionalized elderly in the municipalities of Arcoverde and Garanhuns. The survey was conducted with a sample of 19 elderly, and as a research tool the application of the Geriatric Depression Scale short version of the Yesavage (GDS -15) and the Scale of Self-reported Quality of Life (CASP-19). Relapse in the quality of life of the elderly that predisposes to depressive symptoms, a major mental health problems in old age. The results show that the depression in 15.8% of the women had nosymptoms of depression, 78.9% mild to moderate depression and 5.3% severe depression. What about the results of quality of life 57.9% of the women had worse quality of life and 42.1% better quality of life. Indexes show discussed the issue concerning the incidence of depression relate to quality of life. It can be seen with it the need for directed attention to the reality of living in institutions long stay, so that we can consolidate a habit for health promotion and prevention in these environments.

Keywords: institutionalized elderly, depression, quality of life.

¹ Psicólogo e doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE. Professor da Universidade de Pernambuco - UPE. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br;

² Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG;

³ Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG;

⁴ Psicóloga;

⁵ Psiquiatra e Professor da Universidade Federal de Pernambuco - Departamento de Neuropsiquiatria.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é fator que tem ganhado destaque em todos os meios discursivos do mundo. No Brasil não é diferente, já que se estima atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2009, uma população idosa de cerca de 11,3% do total de brasileiros, este total vem sendo cotado em um número de 191,8 milhões de habitantes.

Convencionou-se o conceito do processo de envelhecimento com uma diminuição gradual na qualidade de vida e o surgimento de estados depressivos, entretanto estes fatores não estão necessariamente relacionados. Segundo Cheik et. al. (2003) o envelhecimento deve ser compreendido como um fenômeno que é biopsicossocial e que atinge o homem e toda a sua existência na sociedade. Ou seja, trata-se de um processo irreversivelmente marcado pelas experiências vividas, pelas idiosincrasias do sujeito, enfim, pelas particularidades da cultura. Com isso entende-se o salto na quantidade de pesquisas e estudos envolvendo o tema do envelhecimento. Compreender este fenômeno tornou-se um campo científico amplo e profundamente pertinente.

De acordo com as pesquisas de Vecchia et. al. (2005) o conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Com isso, e de acordo com as respostas que os idosos deram na pesquisa do autor

supracitado et. al. (2005) à pergunta “O que é Qualidade de Vida?”, definiu-se qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Lawton (1991) apud Neri (2001) constrói um conceito para qualidade de vida que abrange quatro dimensões, são elas: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

Competência comportamental. É comumente avaliada em termos do grau de preservação da capacidade para o desempenho de atividades básicas de vida diária (AVDs) e de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs).

Condições ambientais. Trata-se da capacidade de desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Guardam relação direta com o bem-estar percebido.

Qualidade de vida percebida. A avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais.

Bem-estar psicológico. Há três aspectos centrais à avaliação do bem-estar subjetivo: 1) Pertence ao âmbito da experiência privada; 2) sua avaliação inclui tanto avaliação global quanto avaliações referenciadas a domínios tais como saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares e espiritualidade; 3) Inclui medidas cognitivas (Ex: satisfação) e emocionais (Ex: afetos positivos e negativos).

Então tendo esta conceituação em vista, entende-se que os idosos com graus de dependência acentuados, associados à impossibilidade de efetuar

as atividades básicas de autocuidado, de manejo do próprio ambiente físico, com incapacidade de acomodação às perdas e de assimilação de informações positivas apresentam uma recaída na qualidade de vida e predisposição para sintomas depressivos.

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, frequentemente sem diagnóstico, sem tratamento e que mais afeta sua qualidade de vida. Como ressaltam Piccoloto, Wainer, Benvegnú e Juruena (2001) apud Oliveira et. al. (2006), o próprio processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas depressivos, o que conduz à confusão no diagnóstico.

Segundo o mesmo autor acima citado, a ocorrência de depressão é associada a fatores como idade, estado civil, classe social e condições sociais. É uma condição que afeta todos os indivíduos em alguma fase de suas vidas, seja como humor transitório ao se sentir abatido ou melancólico, ou como uma forma mais séria, que pode prejudicar o desempenho físico e psicológico. Corroborando, também Hartmann, et al (2009) caracteriza a depressão por um conjunto de sintomas e nuances como perda de interesse e prazer em atividades anteriormente significativas, humor triste, dificuldade cognitiva, distúrbio do sono e do apetite, diminuição do interesse sexual, retardo psicomotor, desesperança, diminuição da autoestima, sentimento de desamparo, pensamento de morte e tendências suicidas, entre outros. Por fim, o estudo de Carneiro et. al. (2007) confirma o dado de que a ausência de convívio social causa severos efeitos negativos, além de depressão. Segundo Gray, Ventis & Havslip apud Carneiro et al (2007), parece que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, para conquistar e manter redes de apoio social e,

consequentemente, garantir melhor qualidade de vida.

Chegando ao tocante às relações sociais, abre-se o tema da institucionalização, onde embora o idoso esteja sempre mantendo algum tipo de contato social, é uma das realidades onde mais há o predomínio de sintomas depressivos. Segundo Goffman (2008) toda instituição tem tendências de 'fechamento' que é representado primordialmente pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída, que muitas vezes são percebidas no esquema físico da própria instituição.

Nesse contexto, o idoso é obrigado a se adequar a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente e cotidiano com desconhecidos e a se adaptar a distância da família ou completo abandono. Ainda segundo Hartmann, et al (2009), o idoso institucionalizado transforma-se em uma pessoa isolada, ociosa e acomodada, perdendo por inércia as aptidões físicas e sociais, com isso se fecha em um círculo vicioso socialmente isolado, sente-se frágil, fraco, inoperante, podendo ser acometido por diversos tipos de sofrimento psíquico, entre eles a depressão. Contudo, como resalta Freire Jr & Tavares (2005) não devemos esquecer que, muitas vezes, essas instituições cumprem papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, podendo se tornar o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos.

MÉTODOS

Amostra: Participaram deste estudo 19 idosos/as, residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns, localizado na Região Agreste do Estado de Pernambuco e no Abrigo de Idosos Domus da Fundação Terra, localizado na cidade de

Arcoverde – PE. A faixa etária da amostra variou de 65 a 80 anos.

A amostragem estudada constituiu-se da seguinte forma:

Caracterização da Amostra	
Sexo	Feminino
Idade	65 a 80 anos
Escolarização	0 a 8 anos
Anos de institucionalização no abrigo	0 a 3 anos
Total da amostragem	19 idosas

Instrumento: Para realização deste estudo, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS -15) e a Escala de Auto-relato de Qualidade de Vida (CASP-19).

A Escala de Depressão Geriátrica trata-se de um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999).

A Escala de Auto-relato de Qualidade de Vida (CASP-19) baseia-se teoricamente nos fundamentos da qualidade de vida, tendo como premissa perguntar ao sujeito a taxa de algumas das coisas mais importantes na sua vida. Constituiu-se de um teste com 19 itens, abrangendo quatro domínios básicos da vida: o controle (C), autonomia (A), autorrealização (S) e prazer (P). A primeira letra de cada rótulo de domínio é unida para criar a sigla, (CASP). Os escores são de pior qualidade de vida para a pontuação menor que 28 e melhor qualidade de vida para a pontuação maior que 28. (LIMA, 2009).

Procedimentos: Primeiramente foram realizadas visitas formais aos Abrigos com o intuito de pedir

permissão para realização da pesquisa. Após o consentimento com a carta de anuência, foram agendadas as demais visitas e em seguida foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15) e a Escala de Auto-relato de Qualidade de Vida (CASP-19). Com identificação no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 0312.0.097.000-11, registro CEP/UPE 002/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos sintomas da depressão das idosas que participaram do estudo, 15, 8% não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% apresentaram uma pontuação que caracteriza depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave, conforme pode ser visto na tabela 1. Os números são significativos e apontam para a necessidade de se conhecer a relação dos estados depressivos com as características de uma realidade de baixa qualidade de vida no contexto da institucionalização.

É preciso atentar para o fato de que a depressão em idosos tem fundamentalmente um caráter multifatorial. Em resalva, como mostra Ávila R. e Bottino (2006), ainda ocorre, com frequência, acompanhada por déficits cognitivos.

A falta de atividades, de divertimento, de objetivos, os problemas de saúde e a perda da

autonomia, por exemplo, podem justificar o elevado índice de sintomas depressivos nessas instituições. Segundo Mazo (2005) existem muitos fatores que podem desencadear ou mesmo predispor ao aparecimento do estado depressivo a exemplo das dores físicas. Nesse sentido, Jacob, et

al, apud Mazo, (2005) ressalta ainda que a dor física encobre muitas vezes a dor emocional, a percepção deste mecanismo de defesa é de fundamental importância.

Tabela 1: Resultados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15)

Níveis de depressão	Escore	Frequência	%
Sem depressão	1 – 4	3	15,8
Depressão leve a moderada	5 – 10	15	78,9
Depressão grave	11 – 15	1	5,3
Total		19	100

Os transtornos depressivos por sua vez levam a uma importante repercussão sobre a qualidade de vida dos idosos, razão pela qual sua detecção e seu tratamento precoce podem contribuir favoravelmente para melhorar suas atitudes diante da enfermidade e, principalmente, melhorar seu bem-estar (Barbosa et al., 2005 apud Maciel, A.C.C & Guerra, R.O 2006).

Segundo os resultados da Escala de Auto-relato de Qualidade de Vida (CASP-19), os níveis entre as idosas, variaram entre 57,9% que apresentaram uma pior qualidade de vida e 42,1% que apresentaram melhor qualidade de vida, conforme pode ser visto na tabela 2. Os índices são preocupantes, mais de 50% da amostra pesquisada

relatou pior qualidade de vida, como também depressão. Torna-se preciso uma atenção direcionada também para os aspectos da instituição, por exemplo: infraestrutura, capacidade de atendimento as políticas adotadas pela instituição, a frequência e a oferta existente para uma assistência médica e psicológica adequada. Como também para os hábitos adotados para a prevenção e promoção de saúde, que colaborem assim, para a manutenção de uma série de aspectos como a capacidade funcional, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o próprio estado de saúde, a atualização dos valores culturais e éticos, a vivência plena da religiosidade, e a satisfação com o ambiente em que se vive. Atitudes que atuam favoravelmente nas sensações de autoestima e de bem-estar pessoal.

Tabela 2: Resultados obtidos na Escala de Auto-relato de Qualidade de Vida (CASP-19)

Níveis de Qualidade de vida	Escores	Frequência	%
Pior Qualidade de Vida	p<28	11	57,9
Melhor Qualidade de Vida	p>28	8	42,1
Total -		19	100

Então, lançando uma perspectiva direta entre Qualidade de Vida e Depressão, nota-se a existência de uma relação inversamente proporcional desses fatores. A diminuição dos aspectos tidos como referentes a uma qualidade de vida satisfatória, destacando aqui a importância das relações sociais para os idosos, implica no aparecimento e prevalência de sintomas depressivos. Confirmando, portanto, estudos como o de Carneiro et. al. (2007) que apontam a ausência de convívio social como causa de severos efeitos negativos, além de depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi visto que dentre as idosas que participaram da pesquisa 15, 8% não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% apresentaram uma pontuação que caracteriza depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave, e quanto os índices de qualidade de vida, variaram entre 57,9% que apresentaram uma pior qualidade de vida e 42,1% que apresentaram melhor qualidade de vida. Esses índices comprovam a problemática discutida anteriormente, referente à relação entre qualidade de vida e incidência de depressão em instituições para idosos. Sabe-se que a baixa qualidade de vida, com destaque para as relações sociais, pode desencadear o aparecimento de sintomas depressivos. Essas questões levam a reflexão acerca da necessidade não apenas de uma atenção, mas principalmente de intervenções na realidade de moradores de instituições de longa permanência, visando à consolidação de hábitos que propiciem tanto a promoção e prevenção de saúde nestes ambientes quanto à construção de relações sociais significativas que interfiram de forma benéfica na qualidade de vida desses idosos.

Sendo assim, compreende-se que envelhecer requer atenção e considerações especiais. Nota-se que o

idoso está susceptível física e psicologicamente, e principalmente o idoso institucionalizado, dado a grande variabilidade na experiência dos eventos estressantes, visto que este vive a ocorrência de perdas constantes, dando com isso, lugar ao rebaixamento da qualidade de vida e desencadeando o surgimento de estados depressivos.

Por fim, e de acordo com as novas demandas do mundo atual, como aponta Diskin (2000) apud Gáspari e Schwartz (2005) a qualidade de vida pessoal, institucional ou social depende de forma preponderante da capacidade de se relacionar com o outro, o “diferente”, o entorno e o planeta de maneira respeitosa e responsável, promovendo o legítimo direito de oportunidades para usufruir os bens naturais e culturais que todas as comunidades humanas têm disponibilidade ao longo da nossa história.

REFERENCIAL TEÓRICO

ALMEIDA O.P, ALMEIDA S.A. **Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida.** Arq Neuropsiquiatr 1999; 57: 421-426. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/anp/v57n2B/1446.pdf>>.

Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

ÁVILA, Renata; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. **Atualização Sobre Alterações Cognitivas Em Idosos Com Síndrome Depressiva.** Rev. Bras. Psiquiatria 2006; 28(4): 316-20. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n4/2225.pdf>>.

Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

CARNEIRO, R. S., FALCONE, E., CLARK, C., PRETTE, Z. D. & PRETTE, A. D. (2007). **Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais.**

Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2), 229-237. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

CHEIK, N.C.; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. **Efeitos Do Exercício Físico E Da Atividade Física Na Depressão E Ansiedade Em Indivíduos Idosos.** R. bras. Ci. e Mov. 2003; 11(3): 45-52. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/509/534>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

FREIRE JR, R. C.; TAVARES, M. F. L. **Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion,** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.147-58, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12.pdf>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

GÁSPARI, J. C.; SCJWARTZ, G. M. **O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer.** Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Abr 2005, Vol. 21 n. 1, pp. 069-076. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n1/a10v21n1.pdf>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** [tradução Dante Moreira Leite]. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

LIMA, F et al. **Qualidade de Vida no idoso: validação transcultural para o português (Brasil) do CASP-19.** 2009. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas. Universidade de Pernambuco. Pernambuco.

HARTMANN, A.J.S.J.; et al. **Idosos Institucionalizados: Relação de Estados**

Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos. Revista de Neurobiologia, v.72 (3) jul./set., 2009. Disponível em: <[http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf)>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php>. Acesso em: 14 de novembro de 2010.

MACIEL, A.C.C & GUERRA, R.O. **Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil.** J Bras Psiquiatr, 55(1): 26-33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n1/v55n1a04.pdf>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

MAZO, Giovana Z. et al. **Tendência a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física.** Revista Brasileira Cine. Desenvolvimento Humano. Santa Catarina, v. 7, n.1, Florianópolis, 2005. Disponível em: <<http://www.radarciencia.org/doc/tendencia-a-estado-depressivos-emsosaticantes-de-atividade-fisica-depression-tendency-physicallyYGDjAwH1BD==/>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

NERI, Anita Liberalesso. **Envelhecimento e Qualidade de Vida na Mulher.** Universidade Estadual de Campinas – Brasil. GERP – 2001. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, D. A. A.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F.; **Prevalência De Depressão Em Idosos Que Frequentam Centros de Convivência.** Rev. Saúde

Pública 2006; 40(4):734-6. Disponível em:<
<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n4/26.pdf>>.
Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, K. L. DE; SANTOS, A. A. A. DOS;
CRUVINEL, M.; NÉRI, A. L.; **Relação Entre
Ansiedade, Depressão e Desesperança Entre
Grupos De Idosos.** Psicologia em Estudo,
Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006.
Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>>.
Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.;
CORRENTE, J. E.; **Qualidade De Vida Na
Terceira Idade: Um Conceito Subjetivo.** Ver.
Bras. Epidemiol. 2005; 8(3): 246-52. Disponível
em:<
<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>>.
Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

APÊNDICE H – ARTIGO: ESTADOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

ESTADOS ANSIOSOS E DEPRESSIVOS DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS STATES OF ELDERLY DEPRESSIVE AND ANXIOUS INSTITUCIONALIZAD

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Giliane Cordeiro Gomes², Anne Caroline Souza Janurio³, Roseane Amorim da Silva⁴, Everton Botelho Sougey⁵, Antonio Peregrino⁶

RESUMO

Este estudo objetivou investigar os estados ansiosos e depressivos em idosas institucionalizadas, nos municípios de Garanhuns e Arcoverde do estado de Pernambuco. Trata-se de pesquisa quantitativa, em que foi aplicada a 19 idosas, a Escala de Ansiedade de Hamilton e a Escala de Depressão Geriátrica - Yesavage (GDS -15). Os resultados apontaram que 57,9% das idosas apresentaram níveis de ansiedade normal e 42,1% ansiedade leve, em relação à depressão 15,8% das idosas não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave. Os índices que caracterizam a depressão são maiores do que os que caracterizam a ansiedade, mas sabe-se que este último pode tanto potencializar os quadros depressivos, quanto encobri-los. A escassez de recursos nas instituições de longa permanência, a exemplo de atividades de lazer, ocupação e saúde, explica os índices de sintomas depressivos e ansiosos, que muitas vezes, passam despercebidos pelos cuidadores. Estes aspectos levam a reflexão acerca da importância do diagnóstico e de medidas de prevenção e promoção de saúde para este público.

Palavras-chave: idosas institucionalizadas; depressão; ansiedade

ABSTRACT

This study sought to investigate the states of anxiety and depression in institutionalized elderly, and the municipalities of Garanhuns Arcoverde. It is a quantitative survey, which was applied to 19 elderly, the Hamilton Anxiety Scale and the Geriatric Depression Scale short version of the Yesavage (GDS -15). The results showed that 57.9% of the women had normal levels of anxiety and 42.1% mild anxiety, depression over 15.8% of the women had no symptoms of depression, 78.9% mild to moderate depression and 5 3% severe depression. The indices that characterize depression are higher than those that characterize anxiety, but it is known that this can either enhance último the depression, and cover them up. The scarcity of resources in institutions long stay, like leisure activities, occupation and health, said the rate of depressive and anxiety symptoms that often go unnoticed by caregivers. These aspects lead to reflection about the importance of diagnosis and prevention and health promotion for this audience.

Keywords: institutionalized elderly, depression, anxiety

¹ Psicólogo e doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE. Professor da Universidade de Pernambuco - UPE. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br;

² Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG;

³ Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG;

⁴ Psicóloga;

⁵ Psiquiatra e Professor da UFPE – Departamento de Neuropsiquiatria.

⁶ Psiquiatra e Professor de Ciências Médicas da UPE – Departamento de Neuropsiquiatria.

INTRODUÇÃO

Sentir-se triste é uma resposta comum a eventos da vida, como o sofrimento de uma perda ou um desapontamento. O transtorno afetivo que os especialistas chamam de depressão, é algo muito mais grave. É caracterizado pela falta de controle sobre o próprio estado emocional. A depressão e outros transtornos de humor, incluindo também as alterações ansiosas, são transtornos mentais que, em muitos casos, expressam-se através de uma ampla variedade de transtornos físicos e funcionais na senilidade (STOPPE e LOUZA apud GARCIA et al, 2006). Uma das principais queixas dos idosos são os sintomas emocionais típicos do estresse e da depressão.

As diferenças de sintomatologia da depressão no idoso fortalecem os argumentos que dizem ser este um tipo diferente de depressão a qual se apresentaria com sintomas somáticos e hipocondríacos mais frequentes, haveria menos antecedentes familiares de depressão e pior resposta ao tratamento. Mas, a tendência atual não é apontar diferenças marcantes entre a depressão em idosos e a de outras faixas etárias, e sim enfatizar o que há de diferente, que diz respeito à situação existencial específica do idoso. Do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de contínuas perdas; a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e econômico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade crescente, o que são motivos suficientes para um expressivo rebaixamento do humor. Do ponto de vista biológico, durante o processo de envelhecimento é mais frequente o aparecimento de fenômenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzir os sintomas característicos da depressão e da ansiedade. Assim,

clássicos conceitos de depressão reativa, depressão secundária e depressão endógena se confundem na depressão senil (APA apud GARCIA et al, 2006).

É ressaltado por Stella et al (2000) que as causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes onde atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros. Cabe ressaltar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves.

Nos estudos de Figueiredo (2007) cita-se que em pacientes idosos, além dos sintomas comuns, a depressão costuma ser acompanhada por queixas somáticas, hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide, e pensamento recorrente de suicídio. É afirmado ainda pelo autor supracitado que em idosos deprimidos há maior probabilidade de sintomas somáticos inespecíficos, tais como suores, náuseas e palpitações, quando apresentam um transtorno de ansiedade conjuntamente com o quadro depressivo.

É preciso destacar a questão extremamente significativa da institucionalização de idosos. O idoso institucionalizado é obrigado a adaptar-se a uma rotina de horários, a dividir seu ambiente com desconhecidos e à distância da família. Segundo Porcu (2002), a individualidade e o poder de escolha são substituídos pelo sentimento de ser apenas mais um dentro daquela coletividade. É como afirma Hartmann, et al (2009), fatores para uma boa adequação de uma boa qualidade de vida e bem-estar do idoso estão relacionados com a moradia e a família. É no seio da família que se pode participar de um ambiente onde há

possibilidade de identificação, pela construção de nossa individualidade em companheirismo, respeito e dignidade.

Ainda segundo Hartmann, et al (2009), o idoso institucionalizado se torna isolado, ocioso e acomodado, perdendo por desuso as aptidões físicas e sociais. Fecha-se em um círculo vicioso socialmente isolado e sem realizar atividades, permanece solitário, sente-se fraco podendo ser acometido por diversos tipos de sofrimento psíquico, entre eles a depressão que pode está acompanhada por diversos sintomas somáticos.

Um estudo realizado por Oliveira et al (2006) em que foram consideradas três variáveis, ansiedade, depressão e desesperança em idosos, constatou-se que estas variáveis apresentam uma incidência de sintomas mais grave em idosos institucionalizados. Sabe-se que falta ao idoso asilar perspectivas positivas em relação a sua própria vida. O sentimento de abandono e instabilidade em relação ao futuro é constante, daí o aparecimento de sintomas ansiosos.

Nas discussões sobre a sintomatologia ansiosa na velhice, Araújo et al (2007) destacam o fato de que essa apresenta definições e conceitos tanto como um sintoma quanto como uma patologia, e que envolve aspectos multifatoriais, de caráter somático ou cognitivo. Muitas vezes tomada como dificuldades pessoais de inserção na sociedade, conflitos interiores no domínio afetivo,

emocional e sexual. Normalmente, pode-se apresentar em situações que denotem algum perigo iminente originado por uma situação ameaçadora/real em específico ou, simplesmente, por alterações em nosso meio ambiente, arroladas no processo de desenvolvimento econômico, social e cultural.

Dessa forma, o presente estudo busca investigar sintomas característicos de ansiedade e de estados depressivos de idosas vinculadas a Instituições de Longa Permanência do Agreste-meridional do Estado de Pernambuco. Uma vez que, a somatização produzida pela ansiedade concomitante à depressão tem importância clínica, já que os idosos e os próprios profissionais podem confundir tais sintomas com efeitos colaterais de medicamentos e/ou agravamentos de outras doenças.

MÉTODOS

Amostra: Participaram deste estudo 19 idosas, residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns, localizada na Região Agreste do Estado de Pernambuco – PE e no Abrigo de Idosos Domus da cidade de Arcoverde, localizada na Região do Sertão do Estado de Pernambuco - PE. A faixa etária da amostra variou de 65 a 80 anos.

A amostragem estudada constitui-se da seguinte forma:

Caracterização da Amostra	
Sexo	Feminino
Idade	65 a 80 anos
Escolarização	0 a 8 anos
Anos de institucionalização no abrigo	0 a 3 anos
Total da amostragem	19 idosas

Instrumento: Para realização deste estudo, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15) em versão reduzida de Yesavage e a Escala de Ansiedade de Hamilton – HAMA.

A Escala de Depressão Geriátrica é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (FERRARI, 2007).

A escala de ansiedade de Hamilton – HAMA, que foi apresentada por Hamilton em 1959, como instrumento que permite a avaliação quantitativa da ansiedade neurótica. Em 1976 foi incluída pelo “National Institute of Mental Health” NIMH no “ECDEU Assessment Manual”. A HAMA é composta por 14 itens que não estão propriamente definidos, mas a cada um corresponde uma lista de sintomas dados a um título de exemplo que levam à definição: Sintomas psíquicos; Humor ansioso, Tensão, Medos e Sintomas somáticos gerais; musculares; sensoriais e gastrointestinais. A nota global vai de 0 a 56 pontos.

Procedimentos: Inicialmente foram realizadas visitas aos Abrigos com a finalidade de obter permissão para realização da pesquisa. Após o consentimento com a carta de anuência, foram agendadas as demais visitas e em seguida foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15) e a Escala de Ansiedade de Hamilton. Com identificação no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 0312.0.097.000-11, registro CEP/UPE 002/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos sintomas da depressão das idosas que participaram do estudo, 15, 8% não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% apresentaram uma pontuação que caracteriza depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave, conforme pode ser visto na (tabela 1). Os números são significativos e levam também a necessidade de conhecer se existe uma relação dos estados depressivos com os sintomas característicos da ansiedade apresentada por algumas idosas.

As mudanças que questionam os valores existenciais, frequentemente experimentados pelo idoso, como a perda do cônjuge, a doença e a dependência física, a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica (CORREIA apud PORCU, 2002). É nesse cenário que a depressão surge como um dos mais importantes agravos à saúde da terceira idade, sendo a síndrome psiquiátrica mais prevalente nessa população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1 em cada 10 idosos sofre depressão. Frequentemente se observa que o idoso deprimido passa por uma importante piora de seu estado geral e por um decréscimo significativo de sua qualidade de vida.

A depressão pode causar diretamente a doença física, existe a relação entre as alterações da imunidade e também pode-se observar a depressão como fator de risco para as doenças cardiovasculares, entre outras. Além do que o paciente idoso/a deprimido pode não aceitar o tratamento, não aderindo e acaba por se cuidar menos, desde a higienização até a alimentação (MOTTI, s.d.).

Tabela 1: Resultados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15)

Níveis de depressão	Escore	Frequência	%
Sem depressão	1 - 4	3	15,8
Depressão leve a moderada	5 – 10	15	78,9
Depressão grave	11 - 15	1	5,3
Total		19	100

Com base nas respostas obtidas através da Escala de Ansiedade de Hamilton foi visto que do universo pesquisado 57,9% das idosas apresentaram uma pontuação característica dos níveis de ansiedade normal e 42,1% ansiedade leve. Verificados na (tabela 2).

Simões (apud MARTINS, 2009), afirma que, no idoso, os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a astenia, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais. Ou seja, mesmo os resultados relacionados à ansiedade em mais de 50% das idosas seja considerado leve é importante uma atenção neste sentido, já que a ansiedade pode ser sintoma inicial da depressão, não só sintoma inicial, mas a depressão pode ser encoberta por múltiplas e variadas queixas somáticas e quadros de ansiedade.

A ansiedade é um estado emocional de grande valor adaptativo, um estado emocional qualificado subjetivamente como desagradável e resultante de sentimentos de apreensão, incerteza e medo, cuja expressão plena envolve alterações comportamentais, psicofisiológicas e cognitivas

frequentemente experimentadas na espécie humana. A ansiedade é uma resposta normal, adaptativa e positiva, servindo como impulso que aumenta os nossos esforços e desempenho, porém quando essa sensação apresenta-se com intensidade e/ou duração excessivas, ou ainda quando irracional e dissociada de situações normalmente ansiogênicas, a ansiedade passa a ter papel desajustador, enquadrando-se nos transtornos de ansiedade. (KAPLAN & SADOCK; HOLMES apud AZEVEDO, 2009).

Para Skinner e Vaughan (apud AZEVEDO, 2009), a ansiedade nos idosos está relacionada às limitações vivenciadas na velhice e, na maioria das vezes, interpretadas como ameaçadoras. As pessoas com altos níveis de ansiedade apresentam uma tendência de antecipar sua inabilidade e questionar suas habilidades intelectuais. Essas percepções negativas interferem na atenção seletiva, na codificação de informações na memória, bloqueando a compreensão e o raciocínio. Segundo Coes (1991) tais percepções nessa fase da vida poderiam ser a diferença entre uma saúde mental boa ou comprometida.

Tabela 2: Resultados obtidos através da Escala de Hamilton – Ansiedade

Níveis de ansiedade	Escore	Frequência	%
Ansiedade normal	0 -17	11	57,9
Ansiedade leve	18 -24	8	42,1
Ansiedade moderada	25- 29	-	-
Ansiedade severa	< 30	-	-
Total		19	100

A depressão envolve uma série de comprometimentos no funcionamento de uma pessoa. Os resultados do estudo de Fleck et al (2002) mostraram que a presença de sintomatologia depressiva está associada com pior funcionamento social e qualidade de vida, bem como a uma maior utilização dos recursos de saúde. Os indivíduos com maior intensidade de sintomas depressivos avaliaram sua saúde como pior e estão menos satisfeitos com ela do que aqueles com menor intensidade de sintomas depressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi visto que 15,8% das idosas participantes do estudo não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% apresentaram uma pontuação que caracteriza depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave. Em relação aos índices de ansiedade, 57,9% das idosas apresentaram uma pontuação característica dos níveis de ansiedade normal e 42,1% ansiedade leve. Os índices que caracterizam a depressão são maiores do que os que caracterizam a ansiedade, mas sabe-se que este último pode tanto potencializar os quadros depressivos, quanto encobri-los. A escassez de recursos nas instituições de longa permanência, a exemplo de atividades de lazer, ocupação e saúde, explica os índices de sintomas depressivos e ansiosos, que muitas vezes, passam despercebidos pelos cuidadores. Estes aspectos levam a reflexão acerca da importância do diagnóstico e de medidas de prevenção e promoção

de saúde. É preciso chamar atenção dos profissionais que trabalham em Instituições de Longa Permanência aos Idosos (ILPI), pois estes precisam desenvolver ações e atividades junto aos idosos no sentido de contribuir para a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, S. R. C. DE, MELLO, M. T. DE, LEITE, J. R. **Transtornos de ansiedade e exercício físico.** Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(2):164-71. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n2/a15v29n2.pdf>>. Acesso em: 07 de julho de 2011.
- AZEVEDO, Joraes Fernandes de. **Prevalência de Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados No Município de Ji-Paraná – Rondônia.** Universidade de Brasília. Brasília, 2009. Disponível em:< http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/8355/1/2009_JoareisFernandesdeAzevedo.pdf>. Acesso em: 07 de julho de 2011.
- COES, M.C. R. **Ansiedade: uma avaliação quantitativa de seus efeitos negativos sobre o desempenho no vestibular.** Psicologia: Teoria e pesquisa, n2, p. 137-147, 1991.

FERRARI, Juliane F. e Dalacorte, Roberta R. (2007). **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados.** In: Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. Disponível em: <revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/.../1837>. Acesso em 04 de fevereiro de 2010.

FIGUEIREDO, Kamilly Rosa. **Depressão no idoso.** 2007. Disponível em:<<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=948>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

FLECK, M. P. A. et al. **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde.** Revista de Saúde Pública, 36 (4), 431-438, 2002.

FREITAS, Maria do Carmo Nunes de Aragão. **Ansiedade nas avaliações escolares: uma abordagem psicoterapêutica sob estados modificados de consciência num grupo de alunos universitários.** [Tese]. 2009. Disponível em:<digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/37/.../DoutoramentoAragãoFreitas.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2011.

GARCIA, Aline. Et al. **A Depressão e o Processo de Envelhecimento.** Rev. Ciência e Cognição, 2006; Vol. 07: 111-121. Disponível em:<<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v07/m14569.pdf>>. Acesso em: 06 de Julho de 2011.

HARTMANN, A.J.S.J.; et al. **Idosos Institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos.** Revista de Neurobiologia, v.72 (3) jul./set., 2009. Disponível em:<http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revi

sta%20Neurobiologia(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

MARTINS, Rosa Maria. **A Depressão No Idoso.** Spectrum. Disponível em:<<http://www.ipv.pt/millennium/millennium34/9.pdf>>. Acesso em: 08 de julho de 2011.

MOTTI, Mônica Cristine Jove. **Distúrbios psiquiátricos.** S.d. Disponível em: <www.medicinageriatrica.com.br/category/doencas-nao-transmissiveis/page/5/ - 88k>. Acesso em: 20 de dezembro de 2008.

OLIVEIRA, Katya Luciane de, et al. **Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos.** In: Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>>. Acesso em: 06 de Julho de 2011.

PORCU, Mauro. et al. **Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade.** Acta Scientiarum. Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2498/1668>>. Acesso em: 06 de Julho de 2011.

STELLA, F., GOBBI, S., DANILLA, I., CORAZZA, D. I., COSTA, J. L. R. **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física.** Motriz, Rio Claro, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98. Disponível em:<<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>>. Acesso em: 06 de Julho de 2011.

APÊNDICE I – ARTIGO: DEPRESSÃO E SÍNDROMES DEMENCIAIS: UM ESTUDO COM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

DEPRESSÃO E SÍNDROMES DEMENCIAIS: UM ESTUDO COM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS DEPRESSION AND DEMENTIA: A STUDY IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Giliane Cordeiro Gomes², Roseane Amorim da Silva³, Anne Caroline Souza Janurio⁴, Antonio Peregrino⁵, Everton Botelho Sougey⁶, Othon Bastos⁷

RESUMO

Este estudo objetivou investigar sintomas característicos de estados depressivos e demenciais em idosas institucionalizadas, nos municípios de Arcoverde e Garanhuns do estado de Pernambuco. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 19 idosas, tendo como instrumento de pesquisa a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15), o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). Os resultados apontaram que em relação à depressão 15,8% das idosas não apresentaram sintomas característicos da depressão; 78,9% depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave. Quanto aos resultados do MEEM, 94,7% das idosas obtiveram resultados que caracterizam a presença de sinais de estados demenciais. Ocorrendo da mesma forma com o TDR, onde em 94,7% das idosas também foram detectados sintomas de estados demenciais. Os dados são preocupantes, visto o grande percentual sintomatológico, entretanto, referencia-se neste estudo a necessidade de um diagnóstico preciso e criterioso, visto a possibilidade da depressão e da demência se tratarem de comorbidades. Tendo como base o fato de que a semiologia da depressão e da demência enfatizam o declínio da memória, mudança de papéis sociais e afastamento da sociedade, conclui-se que a institucionalização pode vir a contribuir para os estados depressivos e demenciais, visto o déficit existente quanto ao lazer, aos estímulos cognitivos, a assistência médica e as práticas promotoras de saúde, como o hábito de exercícios físicos no contexto institucional.

Palavras-chave: depressão, demência, idosas institucionalizadas.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the characteristic symptoms of depressive states and dementia in elderly women institutionalized in the municipalities of Garanhuns and Arcoverde the state of Pernambuco. The survey was conducted with a sample of 19 elderly, and as a research tool the application of the Geriatric Depression Scale short version of the Yesavage (GDS-15), the Mini-Mental State Examination (MMSE) and Clock Drawing Test (CDT). The results showed that the depression in 15,8% of the women had no symptoms of depression, 78,9% mild to moderate depression and 5,3% severe depression. As for the results of the MMSE 94,7% of the women obtained results that characterize the presence of sign of dementia state. Occurring in the same way with the CDT, where in 94,7% of the women were also detected symptoms of dementia states. Data is worrying, given the large percentage of symptomatic, however, references in this study the need for an accurate diagnosis and careful, given the possibility of depression and dementia to treat comorbidities. Finally, based on the fact that the symptomatology of depression and dementia emphasize decline in memory, changing social roles and withdrawal from society, it is concluded that institutionalization might contribute to dementia and depressive states, as the existing deficit and leisure, the cognitive stimulation, medical and health-promoting practices, such as the habit of exercise in institutional reality. These are activities that are desired in a routine of most long-stay institutions municipalities evaluated.

Keywords: depression, dementia and elderly.

¹ Psicólogo e doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE. Professor da Universidade de Pernambuco - UPE. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br.

² Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG.

³Psicóloga da UPE.

⁴ Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG.

⁵Psiquiatra. Professor Adjunto de Psiquiatria na Universidade de Pernambuco.

⁶Psiquiatra e Professor da Universidade Federal de Pernambuco - Departamento de Neuropsiquiatria

⁷Professor Emérito da UPE. Professor Titular da UFPE e UPE

INTRODUÇÃO

As pesquisas desenvolvidas na contemporaneidade têm revelado que o processo de envelhecimento humano passou a ser considerado um importante fenômeno social, em decorrência do aumento da expectativa de vida da população e à redução da taxa de natalidade. Respalhando a argumentação, Moreira e Nogueira (2008) afirmam que “essa questão é fundamental face às repercussões nas diferentes esferas da estrutura social, econômica, política e cultural das sociedades do século XXI”. Tornando o envelhecer um campo privilegiado de investigação e que chama a atenção de pesquisadores nas mais diversas áreas.

É importante destacar as transformações físicas, sociais e psicológicas vivenciadas durante o envelhecimento. Sobre este assunto Oliveira et al (2002 apud BEE e MITCHELL, 1984), ressaltam que a maioria dos idosos experimenta uma significativa alteração em seu cotidiano com o início da aposentadoria e as modificações dos papéis sociais. “Muitos apresentam modificações orgânicas como alterações cognitivas e perceptivas, bem como transformações importantes nos relacionamentos sociais”. Neste sentido é relevante refletir sobre o pensamento de Cheik et al (2003), quando pontuam que “o envelhecimento deve ser compreendido como um fenômeno biopsicossocial, que atinge o homem e toda a sua existência na sociedade”.

Em relação às restrições que estão atreladas ao processo de envelhecimento, podem ser citadas, as limitações motoras, cognitivas, dificuldades funcionais, vigência do uso de vários medicamentos, enfermidades neuropsiquiátricas, dentre outras, que podem contribuir para o surgimento de sintomas característicos de estados depressivos e demenciais. Partindo deste princípio e

perpassando o âmbito das psicopatologias da senescência, Bastos (2011) argumenta que o envelhecimento patológico encontra-se representado, em sua plenitude, pelas psicoses “da” senilidade, as demências. Ao lado delas, outros transtornos mentais poderão estar presentes “na” senilidade. O povo costuma dizer que o velho vai ficando criança, ou de acordo com a expressão francesa, o demente retorna à infância.

Os dados estatísticos segundo os estudos de Stella et al (2002) afirmam que na população geral, a depressão tem prevalência em torno de 15%, em idosos vivendo na comunidade, essa prevalência situa-se entre 2 e 14%, e em idosos que residem em instituições, a prevalência da depressão chega a 30%. Para Mirchandani (1991 apud MATINS, 2008), “as depressões são as alterações psiquiátricas mais frequentes nos idosos. Dois em cada três doentes idosos que vão à consulta externa de psiquiatria têm depressão”. Stella et al (2002) concordam com o pensamento de Mirchandani (1991) quando afirmam que “a depressão consiste em uma enfermidade mental frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico”. Esta psicopatologia caracteriza-se como um distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional.

Também Hartmann, Silva e Bastos (2009) apresentam uma reflexão acerca da depressão em idosos, e ressaltam que esta se constitui por um conjunto de sintomas e nuances como perda de interesse e prazer em atividades anteriormente significativas, humor triste, dificuldade cognitiva, distúrbio do sono e do apetite, diminuição do interesse sexual, retardo psicomotor, desesperança, diminuição da autoestima, sentimento de desamparo, pensamento de morte, tendências suicidas, entre outros. Além disso, há privação interpessoal particularmente naqueles que se isolam

e, naturalmente, naqueles que encurtam suas expectativas de vida, através de doenças somáticas relacionadas à depressão.

Já em relação aos quadros demenciais, Helgason e Magnusson (1989) definem que a expectativa tenha se elevado de 43%, aos 61 anos, para 67%, aos 81 anos. Relevante também os dados apresentados por Freitas et al (2010) afirmando que no Brasil, a incidência de demência em idosos residentes nas comunidades alcança a taxa de 13,8/1.000 habitantes/ano. Silva (2001) afirma que um milhão de norte-americanos com mais de 65 anos, ou seja, 5% da população idosa apresentam um grau significativo de demência e são incapazes de cuidar de si mesmos. Outros dois milhões, aproximadamente 10% dos idosos apresentam demência leve, e cerca de 60% das pessoas em Instituições de Longa Permanência – ILPs apresentam algum grau de demência. Analisando estes dados, percebe-se que a percentagem de idosos com perturbações depressivas e demenciais é considerável.

De forma geral a demência é tratada como uma síndrome, portanto, um grupo de sinais e sintomas que formam um conjunto de fatores e que pode ser causada por uma série de doenças subjacentes relacionadas a perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. Segundo Ramos et al (2009), o quadro demencial pode ser definido como o comprometimento adquirido da memória associado a um prejuízo em pelo menos uma das outras funções cognitivas da linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas, que interferem na capacidade funcional. Respalhando a discussão Freitas et al (2010) salientam que em idosos com demência, à medida que o quadro demencial avança ocorre também gradativamente uma diminuição da capacidade de *insight* e de integrar de modo

adequado tanto estímulos do ambiente quanto estímulos internos.

Sendo assim, o sujeito idoso que apresenta queixas de esquecimento deve ser avaliado e acompanhado para observar sua evolução. Segundo o autor supracitado, é devido o ônus que representa um quadro demencial para o paciente e seus familiares, e na tentativa de melhorar o prognóstico pelo diagnóstico precoce, que é fundamental manter um elevado índice de suspeita para quadros demenciais, considerando qualquer declínio funcional e/ou perda de memória. Sendo também imprescindível para um diagnóstico criterioso e confiável uma detalhada história clínica do paciente, confirmada por algum parente, amigo ou cuidador, baseando-se em uma avaliação objetiva do funcionamento cognitivo e das atividades cotidianas. A avaliação cognitiva pode ser feita por testes de rastreamento, e, se houver necessidade, podem ser complementados por testes neuropsicológicos mais extensos e detalhados. As atividades de vida diárias básicas ou instrumentais podem ser avaliadas por escalas ou questionários aplicados ao familiar, parente ou cuidador. Segundo Atalaia-Silva e Lourenço (2008) existem algumas medidas que permitem retardar o período de perda funcional, aliviar o sofrimento desnecessário para o paciente e sua família, além de aumentar a qualidade de vida das pessoas envolvidas. Entre essas medidas, citam-se as farmacológicas e as não-farmacológicas, como a reabilitação cognitiva.

Dessa forma, o presente estudo busca investigar a incidência de sintomas característicos de estados depressivos e demenciais em idosas vinculadas a Instituições de Longa Permanência do Agreste-meridional e do Sertão do Estado de Pernambuco, a fim de incitar reflexões aos profissionais que atuam na saúde mental, no intuito de que estes contribuam a promoção e prevenção da saúde gerontológica.

MÉTODOS

Amostra: Participaram deste estudo 19 idosas, sendo 13 idosas residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns, localizada na Região Agreste do Estado de Pernambuco – PE e 6 idosas residentes no Abrigo de Idosos Domus da cidade de Arcoverde, localizada na Região do Sertão do Estado de Pernambuco - PE. A faixa etária da amostra variou de 65 a 80 anos, com escolaridade de 0 a 8 anos e com tempo de permanência nos abrigos de até 3 anos.

Instrumento: Para realização deste estudo, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15) em versão reduzida de Yesavage, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR).

A Escala de Depressão Geriátrica é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas/afirmativas onde o resultado de 5 ou mais pontos diagnóstica depressão, o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave (FERRARI, 2007).

O diagnóstico de demência tem como base a presença de declínio da memória e de outras funções cognitivas. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é a escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada com essa finalidade. Segundo Almeida (1998) o MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos),

lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não médicos. O ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência. Sendo que o escore total do MEEM depende do nível educacional dos avaliados, com isso os pontos de corte sugeridos foram de 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média, e 26 para alta escolaridade. Sendo assim, neste estudo tomou 18 como ponto de corte, visto que o nível de escolaridade da amostragem não ultrapassa 8 anos.

O Teste do Desenho do Relógio é outro teste rápido usado para detecção de déficits cognitivos em que se pede ao doente para desenhar um relógio indicando uma determinada hora (no caso, 11h15). Sendo esta uma tarefa que requer memória preservada, habilidade visuoespacial e função executiva, adéqua-se a demanda da demência. A pontuação é dada conforme este modelo: número 12 no topo = 3 pontos; dois ponteiros = 2 pontos; 12 números = 2 pontos; a hora certa = 2 pontos. Uma pontuação de 0 a 6 indica demência; de 7 a 9 indica função cognitiva normal. De acordo com Spreen et al (2002 apud Hamdan & Hamdan, 2008) o TDR apresenta boa fidedignidade teste-reteste, alta taxa de fidedignidade inter-intra-avaliadores e boa associação com outras medidas cognitivas, como o mini-exame do estado mental.

Procedimentos: Inicialmente foram realizadas visitas aos Abrigos com a finalidade de obter permissão para realização da pesquisa. Após o consentimento com a Carta de Anuência e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE,

foram agendadas as demais visitas e em seguida foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR). Sendo primeiramente aplicada em uma visita a (GDS-15) e em outra visita foram aplicados o (MEEM) seguido do (TDR). A pesquisa contém identificação no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 0312.0.097.000-11, registro CEP/UPE 002/11.

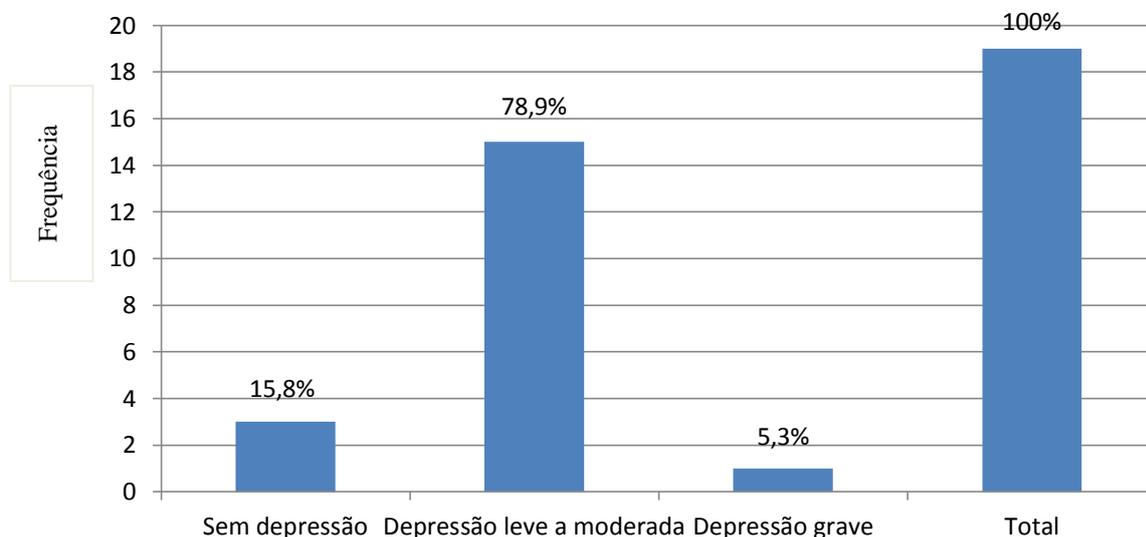
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos sintomas característicos dos estados depressivos nas idosas que participaram do estudo, 15,8% não os apresentaram; 78,9% apresentaram uma pontuação que caracteriza depressão leve a moderada e 5,3% depressão grave, conforme pode ser visto no Gráfico 1. Os números chamam atenção, uma vez que mais de 70% da amostra relata sintomas que caracterizam estados depressivos, tornando importante conhecer se existe uma relação destes estados com a realidade do idoso institucionalizado e com a presença de sintomas demenciais nesta amostragem. Em um

estudo realizado por Cheloni et al (2003) foram encontrados dados semelhantes no que se refere a prevalência da depressão em idosos. O referido estudo obteve como resultado uma incidência de 51%, onde se sugere que esse transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade.

A depressão, similarmente a demência é caracterizada por um prejuízo significativo nas atividades da vida diária (AVDs), da comunicação, das habilidades sociais, e pode se instalar no idoso desencadeando o enfraquecimento de suas funções cognitivas. As mudanças que questionam os valores existenciais, frequentemente experimentados pelo idoso, como a perda do cônjuge, a doença e a dependência física, a institucionalização, entre tantas outras, podem ser o ponto de partida para o surgimento de uma psicopatologia (CORRÊA apud PORCU, 2002). É dentro dessa realidade que a depressão surge como um dos mais importantes problemas à saúde da terceira idade, sendo uma das síndromes psiquiátricas mais prevalentes nessa população, como já referido neste estudo.

Gráfico 1: Resultados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS -15)



Em relação ao MEEM - Mini-Exame do Estado Mental, Kohn et al (2008) afirmam que uma série de estudos têm examinado sua relação com a psicopatologia, principalmente no que tange a uma correlação entre demência e depressão em idosos, ou seja, o MEEM tem se mostrado sensível tanto a demência quanto a depressão. Os autores supracitados ratificam este posicionamento através das pesquisas do Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), em que a maioria dos estudos encontram uma relação entre a demência e a depressão, avaliada através do MEEM.

De acordo com Stella et al (2002 apud STOPPE JR & LOUZÃ NETO, 1999), a conexão entre depressão e demência manifesta-se da seguinte maneira:

- a) Depressão na demência: os sintomas depressivos constituem parte integrante do processo demencial;
- b) Demência com

depressão: coexistência de ambos os fenômenos, sendo que os sintomas depressivos instalam-se em um quadro demencial preexistente;

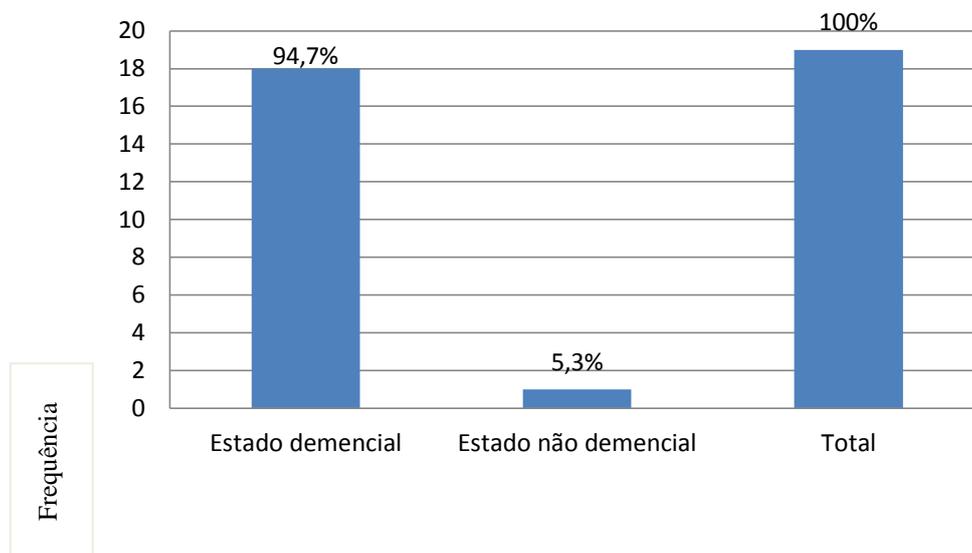
- c) Depressão com comprometimento cognitivo: a depressão evolui com dificuldades cognitivas, particularmente, de concentração e de memória recente;
- d) Demência na depressão: onde o comprometimento cognitivo resulta do processo depressivo (“pseudodemência depressiva”).

Segundo Schlindwein-Zanini (2010), a demência se caracteriza pelo declínio da memória associado a déficit de outra função cognitiva, isto com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. As consequências ocasionadas pela demência podem contribuir também para o surgimento da depressão e vice-versa.

Com relação aos dados obtidos da escala do MMSE, neste estudo obteve-se uma pontuação média de $X = 12,842$, na presença sintomática, variância igual a $V = 9,816$ e desvio padrão marcando $Dp = 3,13$, ou seja, de acordo com o

ponto de corte usado, que foi equivalente a 18, existe uma incidência dos sintomas demenciais na amostragem. Conforme os dados apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2: Resultados obtidos no Mini-Exame do Estado Mental (MMSE).

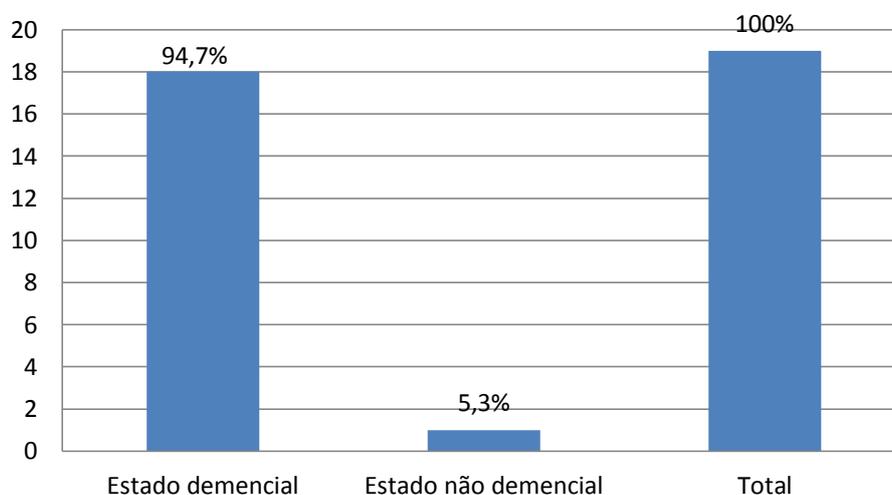


Instrumentos que avaliam funções cognitivas, tais como o MEEM são importantes na avaliação de déficits cognitivos. Entretanto, como afirma Kochhann et al (2010) o MEEM não pode ser usado como critério diagnóstico de demência. O diagnóstico deve ser feito com base em sistemas de classificações como CID-10 e o DSM-IV, ou seja, o MEEM aponta a existência de sintomas característicos dos estados demenciais, mas é preciso uma avaliação mais cuidadosa para que esta psicopatologia seja diagnosticada.

Quanto aos valores referentes ao Teste do Desenho do Relógio (TDR) os valores

encontrados (Gráfico 3) foram os seguintes: A média sintomática perpassou por $X = 2,421$, com variância de $V = 5,927$ e desvio padrão igual à $Dp = 2,434$. Ou seja, para um escore onde de 0 – 6 pontos implicam em estados demenciais, estes números convidam os profissionais a um olhar diferenciado em relação aos idosos. Segundo Atalaia-Silva e Lourenço (2008 apud SHULMAN 1986) a maioria dos estudos do TDR apresenta medidas de sensibilidade e especificidade em torno de 85% e grande aceitabilidade de execução pelos pacientes, e como conclui Atalaia-Silva e Lourenço (2008) o TDR tem excelente correlação com o MEEM e outros sub-testes.

Gráfico 3: Resultados obtidos do Teste do Desenho do Relógio (TDR)



Frequência

Dentro do âmbito das avaliações neuropsicológicas, os estudos de Reys et al (2006) comparam depressão e demência através do desempenho cognitivo do idoso, e evidenciam o fato de que em geral os psiquiatras tendem a reconhecer mais a depressão e os neurologistas os problemas cognitivos na população idosa. Entretanto, muitas vezes essas condições estão associadas e são frequentes os sintomas depressivos como forma de apresentação de um transtorno cognitivo, como por exemplo, na Demência de Alzheimer. Inversamente, são também frequentes as alterações cognitivas secundárias à alteração do humor, em quadros depressivos de início tardio e em transtorno depressivo maior, recorrente em idosos.

Segundo Silva (2001) um transtorno depressivo frequentemente acompanha a demência, podendo ser uma das características apresentadas. Sendo assim, o autor continua elucidando na prerrogativa de que na demência, a depressão

geralmente se segue à deteriorização intelectual do paciente, a qual este então racionaliza ou nega.

Entretanto, segundo os preceitos categóricos para diagnósticos de demência (DSM-IV e CID-10), outros transtornos psiquiátricos devem ser excluídos como a principal causa de perda cognitiva e funcional, antes da concretização do diagnóstico de demência. Bottino et al (2011) ajudam na compreensão destes conceitos esclarecendo que “a depressão é um dos principais diagnósticos diferenciais de demência. Porém, deve-se lembrar de que depressão e demência podem ser doenças concomitantes, e que depressão, antecedendo um quadro demencial, pode constituir um fator de risco ou pródromo de demência”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relacionando os dados encontrados na literatura com os achados neste estudo, percebe-se que a institucionalização dos idosos é um forte fator de risco para o surgimento e agravamento de determinadas psicopatologias, sobretudo a depressão e a demência. Com isto o idoso

institucionalizado, em muitos contextos, fica isolado e ocioso, tendo com isso, um déficit no exercício de suas funções físicas e sociais. Estas funções acarretam consequências nas funções psicológicas, pois não há como separá-las no sujeito, visto que a alteração em uma modifica as demais. O que revela a necessidade da existência de atividades serem realizadas com idosos(os) nas instituições de longa permanência. Atividades estas, que podem ser exercícios físicos, dinâmicas de grupo, dança, passeios, estímulo a interação entre as residentes da instituição, entre outras, que visem proporcionar a autonomia, o protagonismo e o bem-estar dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- ATALAIA-SILVA, K., C., LOURENÇO, R., A.; **Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil.** Rev. Saúde Pública 2008;42(5):930-7. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/5765.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2011.
- BASTOS, O.; **O Paciente Idoso.** Rev. Neurobiologia, 74 (2) abr./jun., 2011. Disponível em:<[http://www.neurobiologia.org/ex_2011.2/18_O_PACIENTE_IDOS_NotasDid\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2011.2/18_O_PACIENTE_IDOS_NotasDid(OK).pdf)> Acesso em: 28 de fevereiro de 2012.
- BOTTINO, C., M., C., PÁDUA, A., C., DE, SMID, J., AREZA-FEGYVERES, R., NOVARETTI, T., BAHIA, V., V.; **Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos. Critérios diagnósticos e exames complementares.** Dement Neuropsychol 2011 June;5(Suppl 1):91-98. Disponível em:<http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v5s1a08.pdf?aid2=287&nome_en=v5s1a08.pdf> Acesso em: 03 de agosto de 2011.
- CHEIK, N.C., REIS, I. T., HEREDIA, R. A. G., VENTURA, M. L., TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. **Efeitos Do Exercício Físico E Da Atividade Física Na Depressão E Ansiedade Em Indivíduos Idosos.** R. bras. Ci. e Mov. 2003; 11(3): 45-52. Disponível em:<<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/509/534>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.
- CHELONI, C., F., P., PINHEIRO, F., L., S., FILHO, M., C., MEDEIROS, A., L., de; **Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage).** Universidade do Estado do Rio Grande do Norte Expressão, Mossoró, 34(1-2); p.61-73; jan.-dez.-2003. Disponível em:<http://www.uern.br/pdf/RevistaExpressao/RevistaExpressao_2003_5.pdf>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.
- FERRARI, Juliane F. e Dalacorte, Roberta R. (2007). **Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados.** In: Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. Disponível em:<revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/.../1837>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2010.
- FREITAS, D. H. M. et al. **Autopercepção da Saúde e Desempenho Cognitivo em Idosos Residentes na Comunidade.** Ver. Psiq. Clín. 2010; 37 (1): 32-5. Disponível em:<

<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol37/n1/pdf/49.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

HAMDAN, A., C., & HANDAM, E., M., L., R.,; **Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer.** RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 98-105, jan./abr. 2009. Disponível em:<<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/364>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

HARTMANN, A.J.S.J.; SILVA, R.A.; BASTOS, O.. **Idosos Institucionalizados: Relação de Estados Depressivos com Sintomas Físicos e Cognitivos.** Revista de Neurobiologia, v.72 (3) jul./set., 2009. Disponível em:<[http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia\(3\)2009%20\(Cap.3\)\(OK\).pdf](http://www.neurobiologia.org/ex_2009.3/Revista%20Neurobiologia(3)2009%20(Cap.3)(OK).pdf)>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

HELGASON, T., MAGNUSSON, H. (1989). **The first 80 years of life: a psychiatric epidemiological study.** Acta Psychiatrica Scandinavia, v. 79 (suppl. 384), p. 85-94. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2801183>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

KOCHHANN, R., VARELA, J., S., LISBOA, C., S., DE M., CHAVES, M., L., F.; **The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample.** Dement Neuropsychol 2010 March;4(1):35-41. Disponível em:<http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v4n1a06.pdf?aid2=199&nome_en=v4n1a06.pdf> Acesso em: 03 de junho de 2011.

KOHN, R., VICENTE, B., RIOSECO, P., SALDIVIA, S., & TORRES, S.; **The mini-mental state examination: Age and education distribution for a Latin American population.**

Rev. Aging & Mental Health, January 2008; 12(1): 66–71. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18297480>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

MARTINS, R., M., **A Depressão no Idoso.** Millenium – Rev. Do ISPV – n. 34 – Abril de 2008. Disponível em:<<http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/9.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

MOREIRA, V., & NOGUEIRA, F. **Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade.** Rev. Psicol. USP, São Paulo, jan./mar. 2008, 19(1), 59-79. Disponível em:<<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/psicousp/v19n1/v19n1a09.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

OLIVEIRA, K., L., DE, SANTOS, A., A., A., DOS, CURVINEL, M., NÉRI, A., L.; **Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre grupos de Idosos.** Rev. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, mai./ago. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a13.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2011.

PORCU, Mauro. et al. **Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade.** Acta Scientiarum. Maringá, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002. Disponível em:<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2498/1668>>. Acesso em: 06 de Julho de 2011.

RAMOS, A. M., STEIN, A. T., CASTRO FILHO E. D., CHAVES, M. L. F., OKAMATO, I., NITRINI, R., **Demência do Idoso: Diagnóstico na Atenção Primária à Saúde.** Projeto Diretrizes.

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2009. Disponível em:<http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/19-Demencia.pdf> Acesso em: 03 de junho de 2011.

REYS, B., N., DOS, BEZERRA, A., B., VILELA, A., L., DE S., KEUSEN, A., L., MARINHO, V., PAULA, E., DE, LAK, J., **Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve.** Rev. Assoc. Med. Bras. 2006; 52 (6): 401-4. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n6/a18v52n6.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2011.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R.; **Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos.** Rev Neurocienc 2010;18(2):220-226. Disponível em:<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/20>

10/RN1802/262%20revisao.pdf>. Acesso em: 21 de janeiro de 2012.

SILVA, H., A.; **Psiquiatria aplicada à psicanálise.** 4. Ed. Rev. E ampl. Niterói, RJ : SPOB, 2001.

STELLA, F., GOBBI, S., CORAZZA, D., I., COSTA, J., L., R., **Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física.** Motriz, Rio Claro, Ago/Dez 2002, Vol.8 n.3, pp. 91-98. Disponível em:<<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

APÊNDICE J – ARTIGO: DÉFICITS COGNITIVOS E ESTADOS DEMENCIAIS EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

DÉFICITS COGNITIVOS E ESTADOS DEMENCIAIS EM IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹, Giliane Cordeiro Gomes², Daniel Barboza³

RESUMO

Este estudo objetivou rastrear a incidência de déficits cognitivos e consequentemente de estados demenciais em idosas institucionalizadas, nos municípios de Arcoverde e Garanhuns do Estado de Pernambuco, Brasil. A pesquisa foi realizada com uma amostra de 19 idosas, tendo como instrumento de pesquisa a aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e do Teste do Desenho do Relógio (TDR). Os resultados apontam quanto ao MEEM, uma presença sintomatológica elevadíssima, onde 94,7% das idosas obtiveram resultados que caracterizam a presença de sinais de estados demenciais. Ocorrendo da mesma forma com o TDR, onde em 94,7% das idosas também foram detectados sintomas de estados demenciais. Os dados são preocupantes, visto os valores obtidos na pesquisa, entretanto, referencia-se neste estudo a necessidade de um diagnóstico mais minucioso, perpassando por anamnese detalhada, exame neurológico, análises laboratoriais, ressaltando também a necessidade da identificação de quadros potencialmente reversíveis e de etiologias diversas. Por fim, Tendo como base o fato de que os distúrbios cognitivos são ocorrências observadas após comprometimentos mentais de diversos tipos, inclusive na demência e que a semiologia da demência enfatiza o declínio da memória associado ao prejuízo em pelo menos uma das outras funções cognitivas, como afasias, gnosias, praxias ou funções executivas, que interferem na capacidade funcional. Conclui-se que há a necessidade de instigar no âmbito das Instituições de Longa Permanência para Idosos (as) práticas comprometidas com a Saúde Mental na senescência, considerando a imperícia a respeito do normal e do patológico no processo do envelhecimento e a falta de atividades de estimulação cognitiva como o hábito de exercícios físicos no contexto institucional.

Palavras-chave: depressão, demência, idosas institucionalizadas.

ABSTRACT

This study aimed to track the incidence of cognitive deficits and consequently of dementia in elderly institutionalized states, municipalities in Garanhuns and Arcoverde of the State of Pernambuco, Brazil. The research was realized with a sample of 19 elderly, having as instrument applying the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Clock Drawing Test (CDT). The results show on the MMSE, a very high presence of symptoms, where 94.7% of the elderly obtained results that characterize the presence of signs of dementia states. Occurring in the same way with TDR, where in 94.7% of the women were also detected symptoms of dementia states. The data are preoccupied, since the values obtained in the search, however, reference in this study the need for a more rigorous diagnosis, passing by detailed history, neurological examination, laboratory tests, emphasizing the need of identifying potentially reversible frames and various etiologies. Finally, based on the fact that cognitive disorders are observed after mental impairment occurrence of several types, including dementia and dementia semiology stresses memory decline associated with impairment in at least one other cognitive functions, such as aphasias, gnosis, praxis or executive functions that interfere with functional ability. We conclude that there is a need to instigate at the institutions of Long Term Elderly committed practice to the Mental Health in senescence, considering the inability about the normal and pathological in the aging process and lack of stimulation activities as the cognitive habit of physical exercise in the institutional context.

Keywords: Depression, Dementia, Institutionalized Elderly.

¹ Psicólogo e doutorando em Neuropsiquiatria pela UFPE. Professor da Universidade de Pernambuco - UPE. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br;

² Acadêmica em Psicologia da UPE-FACETEG;

³ Acadêmico em Psicologia da UPE-FACETEG;

INTRODUÇÃO

A porcentagem de idosos na população mundial tem, nas últimas décadas, aumentado de forma surpreendente. A respeito deste fenômeno no Brasil, Santos et al (2010) apontam para um detalhe importante: “[...] o aumento do tamanho da população brasileira acima dos 60 anos ocorre com algumas peculiaridades devido à velocidade com que esse processo acontece”. Primeiramente essa velocidade pode ser confirmada nas observações de Taddei et al (1997 apud ALMEIDA-PITTITO et al, 2008), que estipulam uma passagem do Brasil, entre os anos de 1960 e 2050, da 16ª para a 6ª posição mundial em número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais, isto requerendo necessariamente mudanças na estrutura social, política, econômica e cultural da sociedade. Sendo assim, esta nova configuração da população traz consigo o que Alves (2007 apud SANTOS et al, 2010) define como “um novo perfil de morbimortalidade, caracterizado por um aumento de doenças crônico-degenerativas, como, por exemplo, as demências”, ou seja, trata-se de algumas das peculiaridades citadas anteriormente.

Os conceitos da senescência definem que o envelhecimento é visto culturalmente como um período de declínio das funções biológicas e cognitivas, imagem essa, refutada por Banhato et al (2009), ao alegar que “[...] pesquisas atuais revelam a existência de numerosos padrões de envelhecimento, sugerindo que esse processo individual é uma experiência heterogênea.”, sendo inclusive sustentado por Bennet (2002 apud CHARCAT-FICHMANN, 2005) que “a maior parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, ou seja, apresenta trajetória evolutiva estável e benigna”, sendo que em situações de desamparo e desestimulação esta configuração muda. Almeida (1998, apud MATTOS et al, 2003)

indica que “o declínio das capacidades cognitivas no envelhecimento está fortemente ligado a fatores genéticos e ao ambiente do indivíduo”. Ou seja, em suma é possível entender tanto o declínio cognitivo como o processo de envelhecimento como uma experiência subjetiva, singular, relacionada com as vivências, as representações, os determinantes genéticos e o ambiente de cada sujeito.

Entre as funções cognitivas mais comumente encontradas em declínio na terceira idade, segundo Mattos (2003), podemos destacar: incapacidade de lidar com tarefas que exigem flexibilidade mental e velocidade no processamento de informações; diminuição na velocidade de aquisição e recuperação espontânea de materiais verbais e não verbais, aliado a um mais rápido esquecimento dos mesmos, como também de queixas frequentes de dismnésia. É, portanto, na maioria das vezes, necessário um acompanhamento mais acurado deste idoso, de forma a diferenciar o que pode ser considerado um declínio normal de uma patologia, ou ainda, que se possa a partir das observações do quadro geral relativo às capacidades cognitivas deste, identificar potenciais riscos de desenvolvimento de patologias futuras, em especial as demências (CHARCHAT-FICHMAN, 2005).

O Declínio das Capacidades Cognitivas (DCC), termo que, segundo Charchat-Fichman (2005) era inicialmente relacionado a um quadro dentro dos limites do processo fisiológico normal, sendo posteriormente utilizado para identificar indivíduos com maior risco de desenvolver formas específicas de demência, trata-se de uma expressão demasiado ampla, de forma a abranger diversos conceitos ao longo dos anos, sendo esta abrangência tanto causa quanto efeito da falta de uma uniformidade conceitual. Entre os diversos conceitos relacionados ao declínio das capacidades cognitivas, o mais utilizado na literatura internacional é o CCL (Comprometimento

Cognitivo Leve), o qual é caracterizado, segundo Hänninen (2002, apud CHARCHAT-FICHMAN, 2005) pelos seguintes critérios:

- 1) o indivíduo não seria normal nem demente; 2) evidência de declínio cognitivo mensurado objetivamente ou baseado em percepção subjetiva combinada a comprometimento cognitivo objetivo; 3) preservação das atividades da vida diária, atividades instrumentais complexas intactas ou minimamente comprometidas. (HÄNNINEN, 2002 apud CHARCHAT-FICHMAN, 2005)

O diagnóstico da CCL é recomendado pela Academia Americana de Neurologia, visando uma detecção precoce de demências e do possível desenvolvimento das mesmas. Um exemplo da relação entre CCL's e o desenvolvimento de quadros demenciais, é visto, sobretudo em sua variação do tipo amnésico, caracterizado por uma ênfase no comprometimento subjetivo e objetivo da memória, para o estabelecimento de um quadro de Doença de Alzheimer (DA). Em sua pesquisa, Petersen (2001) apresentou uma taxa de conversão da amnésia para a (DA), de aproximadamente 10 a 15% ao ano, culminando em 80% de pacientes com DA ao término de seis anos de estudo, configurando-se o diagnóstico da CCL um subgrupo de risco elevado para o desenvolvimento desta síndrome demencial específica. Por fim, segundo Boaz et al (2008) as demências são bastantes prevalentes nos idosos e afetam de 6 a 8% da população de mais de 65 anos de idade, sendo 50% dessas, a Demência de Alzheimer.

Do ponto de vista neurofisiológico, déficits cognitivos decorrentes de alterações na substância branca hemisférica são observados no contexto do envelhecimento, tanto normal quanto patológico (Campbell & Coffey, 2001 apud FERREIRA et al, 2011). Segundo Camara et al (2009) os distúrbios cognitivos são ocorrências observadas após lesões cerebrais de diversos tipos, principalmente na

demência. Corroborando ainda Ferreira et al (2011) quando afirma a existência de uma continuidade neuropatológica entre as alterações cognitivas em situações normais e neuropatológicas, tais como Esclerose Multipla, Doença de Alzheimer e Demências Vasculares, confirmando os resultados encontrados por Petersen (2001) na pesquisa supracitada.

Entretanto, é preciso entender a semiologia da demência para perceber a relação de causa e efeito com os déficits cognitivos. Portanto, segundo Sanvonniti (2000, apud JESUS et al, 2010) a demência é uma “síndrome de disfunção adquirida e persistente das funções cognitivas, que compromete pelo menos três das seguintes atividades mentais: linguagem, memória, capacidade visuoespacial, personalidade, juízo crítico e funcionalidade”. Tendo como quadro nosológico sintomas como: dificuldade de armazenar fatos novos na memória, tendendo a repetições, alterações comportamentais como: teimosia, desinibição sexual, repetição de movimentos, inatividade ou agressividade; afasias, agnosias, insônia, descontrole dos esfíncteres, descoordenação motora, desorientação espacial, alucinações.

Por fim, Jesus et al (2010) traça uma argumentação preponderante para este estudo quando afirma que a institucionalização pode ser benéfica pela sustentação que pode oferecer aos familiares e/ou cuidadores de idosos em processos demenciais, segundo Goffman (1987), “as instituições sobrevivem por que são capazes de apresentar contribuições úteis para a atividade de seus participantes, ou seja, para o que precisa instrumentar os meios adequados com vistas às finalidades”. Idosos com quadro de demência apresentam alto risco de serem institucionalizados e isso se deve ao progressivo aumento de dependência física e mental e a necessidade de

cuidados profissionais. São pessoas que exigem avaliações periódicas de equipe multidisciplinar quanto à prevenção e ao tratamento de infecções, distúrbios do comportamento, desnutrição, imobilidade e incontinência urinária, isto com o objetivo de proporcionar melhor qualidade de vida a estes pacientes (GORZONI; PIRES, 2006).

Todavia, a institucionalização também tem seu caráter prejudicial, quando segundo Jesus et al (2010), “para idosos com capacidades cognitivas conservadas, a institucionalização costuma trazer consigo uma série de detrimientos, tais como perdas de autonomia e identidade”. Corrobora de forma imprescindível as discussões construídas por Goffman (1987) quando afirma que no âmbito das instituições o enfoque político dado as pequenas coisas do cotidiano tornam-se instrumentos de controle, dominação, ‘dessubjetivação’, estabelecendo com isso um processo de ‘objetificação’ do sujeito que perde por desuso suas habilidades sociais. Sendo assim, é preciso atentar para o dia-a-dia institucional visto o fato de que segundo Teixeira (2010) o eventual declínio das capacidades cognitivas ocorrem mais pela falta de uso e de estimulação, do que devido a uma deterioração irreversível.

MÉTODOS

Amostra: Participaram deste estudo 19 idosas, sendo 13 idosas residentes no Abrigo São Vicente de Paulo da cidade de Garanhuns, localizada na Região Agreste do Estado de Pernambuco – PE e 6 idosas residentes no Abrigo de Idosos Domus da cidade de Arcoverde, localizada na Região do Sertão do Estado de Pernambuco - PE. A faixa etária da amostra variou de 65 a 80 anos, com escolaridade de 0 a 8 anos e com tempo de permanência nos abrigos de até 3 anos.

Instrumento: Para realização deste estudo, foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Teste do Desenho do Relógio (TDR).

O diagnóstico de demência tem como base a presença de declínio da memória e de outras funções cognitivas. O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é uma escala de avaliação cognitiva, criada por Folstein et al (1975) e amplamente utilizada com essa finalidade. Segundo Almeida (1998) o MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não médicos. O ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência. Sendo que o escore total do MEEM depende do nível educacional dos avaliados, com isso os pontos de corte sugeridos foram de 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média, e 26 para alta escolaridade. Sendo assim, este estudo tomou 18 como ponto de corte, visto que o nível de escolaridade da amostragem não ultrapassa 8 anos. Vale ressaltar que segundo De Ronchi et al (1998, apud MALLOY-DINIZ et al, 2010) poucos anos de estudo e analfabetismo estão associados à maior prevalência de demência. O Teste do Desenho do Relógio, traduzido e adaptado para a Língua Portuguesa por Bottino et al (2011), é outro teste rápido usado para detecção de déficits cognitivos em que se pede ao doente para desenhar um relógio indicando uma determinada

hora (no caso, 11h15). Sendo esta uma tarefa que requer memória preservada, habilidade visoespacial e função executiva, adéqua-se a demanda da demência. A pontuação é dada conforme este modelo: número 12 no topo =3 ponto; dois ponteiros = 2 pontos; 12 números = 2 pontos; a hora certa = 2 pontos. Uma pontuação de 0 a 6 indica demência; de 7 a 9 indica função cognitiva normal. De acordo com Spreen et al (2002 apud HAMDAN & HAMDAN, 2008) o TDR apresenta boa fidedignidade teste-reteste, alta taxa de fidedignidade inter-intra-avaliadores e boa associação com outras medidas cognitivas, como o mini-exame do estado mental.

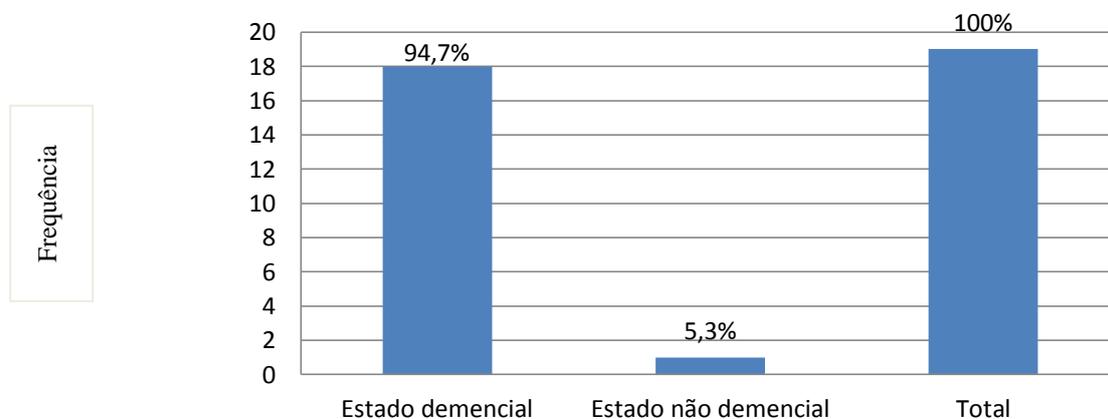
Procedimentos: Inicialmente foram realizadas visitas aos Abrigos com a finalidade de obter permissão para realização da pesquisa. Após o consentimento com a Carta de Anuência e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, foram agendadas as demais visitas e posteriormente foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental

(MEEM) e em sequência o Teste do Desenho do Relógio (TDR). A pesquisa contém identificação no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) N° 0312.0.097.000-11, registro CEP/UPE 002/11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Schlindwein-Zanini (2010), “a demência se caracteriza pelo declínio da memória associado a déficit de outra função cognitiva, isto com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo”. Portanto, com relação aos dados obtidos da escala do MMSE, neste estudo obteve-se uma pontuação média de $X = 12,842$, na presença sintomática, variância igual a $V = 9,816$ e desvio padrão marcando $Dp = 3,13$, ou seja, de acordo com o ponto de corte usado, que foi equivalente a 18, existe uma alta incidência dos sintomas demenciais na amostragem. Conforme os dados apresentados no Gráfico 1.

Gráfico 1: Resultados obtidos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).

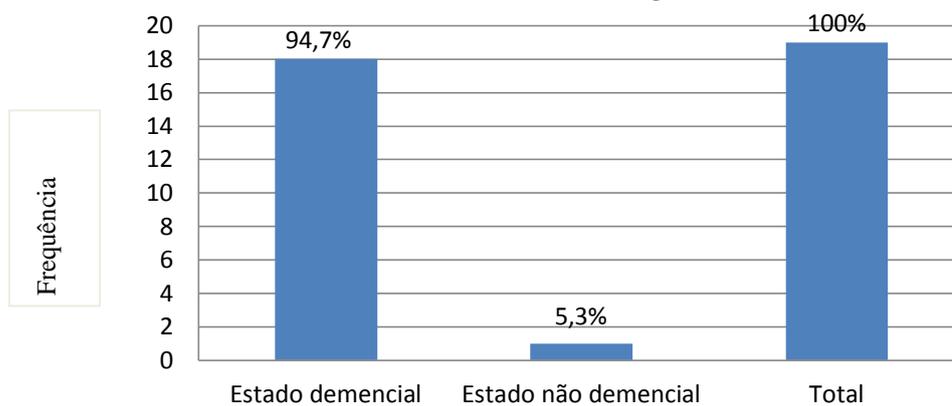


Instrumentos que avaliam funções cognitivas, tais como o MEEM são importantes na avaliação de déficits cognitivos. Entretanto, como afirma Kochhann et al (2010) o MEEM não pode ser usado como critério diagnóstico de demência. O diagnóstico deve ser feito com base em sistemas de classificações como CID-10 e o DSM-IV, ou seja, o MEEM aponta a existência de sintomas característicos dos estados demenciais, mas é preciso uma avaliação mais cuidadosa para que esta psicopatologia seja diagnosticada.

Quanto aos valores referentes ao Teste do Desenho do Relógio (TDR) os valores encontrados (gráfico 2) foram os seguintes: A média sintomática

perpassou por $X = 2,421$, com variância de $V = 5,927$ e desvio padrão igual à $Dp = 2,434$. Ou seja, para um escore onde de 0 – 6 pontos implicam em estados demenciais, estes números convidam os profissionais a um olhar diferenciado em relação aos idosos. Segundo Shulman (1986, apud ATALAIA-SILVA & LOURENÇO, 2008) a maioria dos estudos do TDR apresenta medidas de sensibilidade e especificidade em torno de 85% e grande aceitabilidade de execução pelos pacientes, e como conclui Atalaia-Silva e Lourenço (2008) o TDR tem excelente correlação com o MEEM e outros sub-testes.

Gráfico 2: Resultados obtidos do Teste do Desenho do Relógio (TDR)



Com base nos dados recolhidos, identifica-se uma elevada incidência de sintomatologia condizente com quadro demencial nas idosas pesquisadas (94,7% em ambos testes). Segundo Lindeboom e Weinsteins (2004, apud TEIXEIRA, 2010) é importante ponderar o fato de que “conforme aumenta a idade, aumenta a variabilidade na pontuação dos testes que avaliam a cognição e, na maioria dos casos, a pontuação diminui”. Ou seja, recorrentemente o desempenho nos testes apresenta uma tendência a uma correlação negativa com a idade.

Assim, entendendo o marcante comprometimento funcional que a demência causa ao seu portador, percebe-se a pertinência em se instigar dentro das ILPIs práticas a respeito das técnicas não medicamentosas e terapêuticas para a demência. Como por exemplo, segundo Camara et al (2009) as técnicas de “reabilitação cognitiva de abrangência biopsicossocial”, que admite duas modalidades de aplicação: individual e em grupo e que tem por finalidade a estimulação de comportamentos, da memória, da orientação e da realidade. Isto com uma atuação multiprofissional junto ao paciente e ao cuidador/familiares deste paciente, onde atuam psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, neurologista e geriatras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em consideração a falta de campanhas governamentais de conscientização a respeito dos limites entre a normalidade neurobiológica, neuropsicológica e comportamental do processo de envelhecimento e as reais características de patologias como a demência, é que existe a preocupação de eventos considerados fisiológicos no envelhecimento evoluírem para um transtorno grave de declínio cognitivo. Com isso, urge a necessidade de se conhecer a doença, o doente e a sua realidade para assim suscitar a tomada de atitudes mais eficazes junto ao idoso(a). Portanto, a aquisição de conceitual estatístico onde a partir destes dados pode-se ter uma estimativa do funcionamento cognitivo e social do idoso(a) torna-se um ponto de partida para promover meios ajustados a essa população. Ou seja, meios que possibilitem uma senescência bem sucedida e um nível superior de qualidade de vida. Por fim, os valores obtidos neste estudo exigem uma avaliação mais criteriosa, visto os altos índices de prevalência sintomatológica. Observa-se que tanto quanto ao MEEM quanto ao TDR, um declínio cognitivo proeminente nas funções mentais relacionadas ao quadro nosológico da demência (um percentual de 94,7% para estado demencial). E com isso a necessidade de lançar uma alerta sobre a negligência com a Saúde Mental no âmbito das

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O., P.; **Mini exame dos estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil.** Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 56, n. 3B, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000482X1998000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de Janeiro de 2012.

ALMEIDA-PITITTO, B., de, ALMADA, F., CLINEU, de M., CENDOROGLO, M., S.; **Déficit cognitivo: mais uma complicação do diabetes melito?** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 52, n. 7, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00047302008000700003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

ATALAIA-SILVA, K., C., LOURENÇO, R., A.; **Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil.** Rev. Saúde Pública 2008;42(5):930-7. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/5765.pdf>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

BANHATO, E., F., C.; SCORALICK, N., N., GUEDES, D., V., ATALAIA-SILVA, K., C., MOTA, M., M., P., E.; **Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana.** Psicologia: Teoria e Prática – 2009, 11(1):76-84. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/896/612>>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

BOAZ, C., SILVA, L. M. da, ARGIMON, I., **Instrumento de Investigação Cognitiva em Idosos na Avaliação de Demências.** Portal dos Psicólogos. 2008. Disponível em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0447.pdf>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2011.

BOTTINO, C., M., C., PÁDUA, A., C., DE, SMID, J., AREZA-FEGYVERES, R., NOVARETTI, T., BAHIA, V., V.; **Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos. Critérios diagnósticos e exames complementares.** Dement Neuropsychol, 2011, June;5(Suppl 1):91-98. Disponível em:<http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v5s1a08.pdf?aid2=287&nome_en=v5s1a08.pdf>. Acesso em: 03 de agosto de 2011.

CAMARA, V. D., et al; **Reabilitação Cognitiva das Demências.** Rev Bras Neurol, 45 (1): 25-33.

2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n1/a003.pdf>>. Acesso em 04 de fevereiro de 2010

CHARCHAT-FICHMAN, H., CARAMELLI, P., SAMESHIMA, K., NITRINI, R.; **Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento.** Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(12):79-82. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23718.pdf>>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

FERREIRA, F., O., et al. **Velocidade de processamento, sintomas depressivos e memória de trabalho: comparação entre idosos e portadores de esclerose múltipla.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 24, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

FOLSTEIN, M.,F., FOLSTEIN, S., E., MCHUGH, P., R.; **Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatric Res. 1975; 12:189-98. Disponível em: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19074388_nl.pdf>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** [tradução Dante Moreira Leite]. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GORZONI, M., L., PIRES, S., L.; **Aspectos Clínicos da Demência Senil em Instituições Asilares.** Rev. De Psiqu. Clin. Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n1/18.html>>. Acesso em: 03 de junho de 2011.

HAMDAN, A., C., & HANDAM, E., M., L., R.; **Teste do desenho do relógio: desempenho de idosos com doença de Alzheimer.** RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p. 98-105, jan./abr. 2009. Disponível em:< <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/364>> Acesso em: 03 de junho de 2011.

JESUS, I. S. de, SENA, E. L. S., MEIRA, E. C., GONÇALVES, L. H. T., ALVAREZ, A. M.; **Cuidado Sistematizado a Idosos com Afecção Demencial Residentes em Instituições de Longa Permanência.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):285-92. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n2/12.pdf>>.
Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

KOCHHANN, R., VARELA, J., S., LISBOA, C., S., DE M., CHAVES, M., L., F.; **The Mini Mental State Examination Review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample.** *Dement Neuropsychol* 2010 March;4(1):35-41. Disponível em:<http://www.demneuropsych.com.br/imageBank/PDF/v4n1a06.pdf?aid2=199&nome_en=v4n1a06.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2011.

MALLOY-DINIZ, L., F., FUENTES, D., MATTOS, P., ABREU, N., [E Colaboradores]. **Avaliação Neuropsicológica.** *Artmed*, 2010.

MATTOS, P., LINO, V., RIZO, L., ANFANO, A., ARAUJO, C., RAGGIO, R.; **Memory complaints and test performance in healthy elderly persons.** *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 61, n. 4, Dezembro de 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 de Janeiro de 2012.

PETERSEN, R., C., DOODY, R., KURZ, A., MOHS, R., C., MORRIS, J., C., RABINS, P., V., RITCHIE, K., ROSSOR, M.; **Current Concepts in**

Mild Cognitive Impairment. *Arch Neurol.* 2001;58(12):1985-92. Disponível em:<<http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=781015>>. Acesso em: 23 de Janeiro de 2012.

SANTOS, A., A., Dos, PAVARINI, S., C., I., BRITO, T., R., P., de; **Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

SCHLINDWEIN-ZANINI, R.; **Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos.** *Rev Neurocienc* 2010;18(2):220-226. Disponível em:<<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>>. Acesso em: 21 de janeiro de 2012.

TEIXEIRA, L., M., F.; **Solidão, Depressão e Qualidade de Vida Em Idosos:** Um estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção. Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. 2010. Disponível em:<http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2012.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO² (Yesavage, 1983)

PACIENTE: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____ AVALIADOR: _____

- | | | | | |
|---|-----|------------|-----|------------|
| 1. Você está satisfeito com sua vida? | () | Sim | () | Não |
| 2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () | Sim | () | Não |
| 3. Sente que sua vida está vazia? | () | Sim | () | Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | () | Sim | () | Não |
| 5. Você tem muita fé no futuro? | () | Sim | () | Não |
| 6. Tem pensamentos negativos? | () | Sim | () | Não |
| 7. Na maioria do tempo está de bom humor? | () | Sim | () | Não |
| 8. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? | () | Sim | () | Não |
| 9. Sente-se feliz na maioria do tempo? | () | Sim | () | Não |
| 10. Sente-se frequentemente desamparado, adoentado? | () | Sim | () | Não |
| 11. Sente-se frequentemente intranquilo? | () | Sim | () | Não |
| 12. Prefere ficar em casa em vez de sair? | () | Sim | () | Não |
| 13. Preocupa-se muito com o futuro? | () | Sim | () | Não |
| 14. Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | () | Sim | () | Não |
| 15. Acha bom estar vivo? | () | Sim | () | Não |
| 16. Fica frequentemente triste? | () | Sim | () | Não |
| 17. Sente-se inútil? | () | Sim | () | Não |
| 18. Preocupa-se muito com o passado? | () | Sim | () | Não |
| 19. Acha a vida muito interessante? | () | Sim | () | Não |
| 20. Para você é difícil começar novos projetos? | () | Sim | () | Não |
| 21. Sente-se cheio de energia? | () | Sim | () | Não |
| 22. Sente-se sem esperança? | () | Sim | () | Não |
| 23. Acha que os outros têm mais sorte que você? | () | Sim | () | Não |
| 24. Preocupa-se com coisas sem importância? | () | Sim | () | Não |
| 25. Sente frequentemente vontade de chorar? | () | Sim | () | Não |
| 26. É difícil para você concentrar-se? | () | Sim | () | Não |
| 27. Sente-se bem ao despertar? | () | Sim | () | Não |
| 28. Prefere evitar as reuniões sociais? | () | Sim | () | Não |
| 29. É fácil para você tomar decisões? | () | Sim | () | Não |
| 30. O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? | () | Sim | () | Não |

² Pontuação: 0 quando for diferente da resposta em negrito

1 quando for igual à resposta em negrito

Total > 10 = suspeita de depressão

ANEXO B– ENTREVISTA BREVE PARA O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (MIND)

Anexo: Módulo *Episódio Depressivo Maior* da versão brasileira do MINI 5.0 (DSM-IV)*

IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE								
A. EPISÓDIO DE DEPRESSÃO MAIOR								
A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1				
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2				
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM?		NÃO	SIM					
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) sem interesse pela maioria das coisas:							
	a. O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM, SE RESOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3				
	b. Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais?)	NÃO	SIM	4				
	c. Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM	5				
	d. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6				
	e. Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7				
	f. Teve dificuldades para concentrar-se ou tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8				
	g. Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo?	NÃO	SIM	9				
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM A3? (ou 4 se A1 OU A2 NÃO)	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">NÃO</td> <td style="padding: 2px;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	
NÃO	SIM							
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL								
Se o(a) ENTREVISTADO(A) apresenta um episódio depressivo maior atual:								
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que sentiu deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos (SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g)?	NÃO	SIM	10				
b	Desta vez, ante de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?	NÃO	SIM	11				
A5B É COTADA SIM?		<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">NÃO</td> <td style="padding: 2px;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO	
NÃO	SIM							
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR PASSADO								

ANEXO C– ESCALA CASP-19

Instruções: Este questionário apresenta declarações que utilizamos para falar a respeito dos nossos sentimentos e pensamentos. Responda cada declaração conforme melhor se aplicada em você, marcando uma resposta para cada frase. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

	Frequente- mente	Às vezes	Rara- mente	Nun- ca
1 – Minha idade me impede de fazer as coisas que eu gostaria de fazer				
2 – Eu sinto que o que acontece comigo, está fora do meu controle				
3 – Eu me sinto livre para planejar o futuro				
4 – Eu me sinto excluído de tudo				
5 – Eu posso fazer as coisas que eu quero				
6 – As responsabilidades familiares me impedem de fazer o que eu quero				
7 – Eu me sinto livre para fazer as coisas				
8 – Minha saúde me impede de fazer as coisas que eu quero				
9 – A falta de dinheiro me impede de fazer as coisas que eu quero				
10 – Eu fico animado a cada dia				
11 – Eu sinto que minha vida tem sentido				
12 – Eu gosto das coisas que faço				
13 – Eu gosto de estar na companhia de outras pessoas				
14 – De modo geral, o eu olho para o meu passado com uma sensação de felicidade				
15 – Eu me sinto cheio de energia hoje em dia				
16 – Eu escolho fazer coisas que nunca fiz antes				
17 – Eu me sinto satisfeito com o rumo que a minha vida tomou				
18 – Eu sinto que a vida está cheia de oportunidades				
19 – Eu sinto que o meu futuro parece bom				

Escores: frequentemente = 3, às vezes = 2, raramente = 1, nunca = 0. Os itens 1, 2, 4, 6, 8 e 9 tem valores reversos. Valores de 0 a 57, de zero para pior QV a 57 para melhor QV.

ANEXO D – ESCALA DE MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

PONTOS

1. Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO – MÊS – DIA – DIA DA SEMANA
2. Orientação espacial (0-5): ESTADO – RUA – CIDADE – LOCAL – ANDAR
3. Registro (0-3): PENTE – RUA – CANETA
4. Cálculo – tirar 7 (0-5): 100 – 93 – 86 – 79 – 65
5. Evocação (0-3): três palavras anteriores : PENTE – RUA – CANETA
6. Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA
7. Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ
8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa
9. Linguagem 4 (0-3): ler e obedecer: FECHER OS OLHOS
10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa
.....
11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.

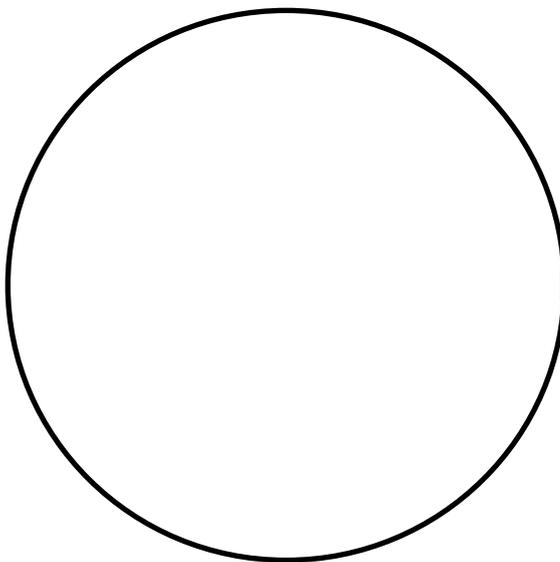


**ANEXO E – TESTE DE LISTA DE PALAVRAS DO CERAD (MORRIS et al., 1989;
BERTOLUCCI et al., 1998)**

Lista de palavras para fixação e recordação					
1ª tentativa	Ordem	2ª tentativa	Ordem	3ª tentativa	Ordem
Manteiga		Praia		Cabana	
Braço		Braço		Bilhete	
Carta		Manteiga		Rainha	
Rainha		Poste		Motor	
Cabana		Motor		Carta	
Poste		Erva		Erva	
Bilhete		Rainha		Braço	
Erva		Bilhete		Manteiga	
Motor		Carta		Praia	
<i>Score</i>					

ANEXO F – TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO

TESTE DE DESENHO DO RELÓGIO <i>(score de shulman)</i>	0	Inabilidade para representar o relógio
	1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave
	2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso
	3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
	4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos
	5	Relógio perfeito



ANEXO H – CARTA DE ANUÊNCIA DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA DA PREFEITURA DE RECIFE



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo o estudante JOSÉ ANTÔNIO SPENCER HARTMAN JÚNIOR, sob a orientação do Dr. Othon Bastos, do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver nas unidade de abrigamento de idosos do IASC a pesquisa "Aspectos psicossociais relacionados a estados depressivos em idosos".

Os responsáveis pela pesquisa nos deram ciência do projeto e comprometem-se a resguardar os itens abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, na coleta e divulgação dos dados.
- A garantia de fornecer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, bem como a apresentação do relatório final do estudo, de forma a que o IASC possa refletir e implementar melhorias no serviço prestado.
- A garantia de liberdade de recusa a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.
- A garantia de que a instituição e nenhum usuário será identificado e terá assegurada a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o IASC decorrente da realização ou divulgação da pesquisa.

Recife, 22 de abril de 2009


 Ilka Vêras Falcão
 Assessoria Executiva da Presidência (IASI)
 Matr. 991-1

Recebi, em 22 de abril de 2009


 José Antônio Spencer Hartman Júnior

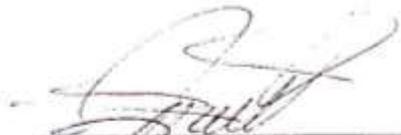
ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA DO REPOUSO GERIÁTRICO ANA PAULA**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.

Assinado:



Responsável:

*Juliana Diniz
Araújo Antelo*

Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

*Reposo Geriátrico
Ana Paula*

ANEXO J – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO DE IDOSOS BATISTA DE CARVALHO

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo periodo de execução previsto no projeto.

Abrigo de Idosos Batista de Carvalho

Maria Jerez da Silva

Abrigo de Idosos Batista de Carvalho
Av. São Paulo, 475 - Jardim São Paulo
CNPJ: 09.749.319/0001-40
Fone/Fax: (061) 3251-1777
Recife - PE

Responsável:


Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

ANEXO K – CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO ESPÍRITA CASA DOS HUMILDES

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.

Abrigo:

Responsável: *Marco Aurélio Saldanha de Menezes*
CPF: 529.822.624-87
PRESIDENTE

Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

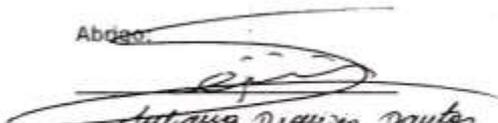
119.133.31170007-45
ASSOCIAÇÃO ESPÍRITA
CASA DOS HUMILDES
Rua: Henrique Machado, 110
Santana - Cep.: 52.060-500
RECIFE - PE

ANEXO L – CARTA DE ANUÊNCIA DO REPOUSO GERIÁTRICO IRMÃ ROSILDA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.

Abraço,


Fabiana D'Avila Santos
Rosilda
Responsável:

*Reposo Geriátrico
Irmã
Rosilda*


Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

ANEXO M – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO ESPÍRITA LAR DE JESUS**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.

Abrigo:

Abrigo Espirita Lar de Jesus

Responsável: *Argentina Bispo*



Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

09.789.116/0001-26

ABRIGO ESPÍRITA LAR DE JESUS.

Rua Vitoriano Palhares, 77
Torre - CEP 50710-190

Recife - PE

ANEXO N – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO LAR DE MARIA**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.

**ABRIGO LAR DE MARIA
ADMINISTRADO PELO
Centro Espirita Moacir
Rua: Paula Batista, 205
Casa Amarela**

Abrigo:

Alba Sena de Lima

Responsável: **Alba Sena de Lima**
Presidente

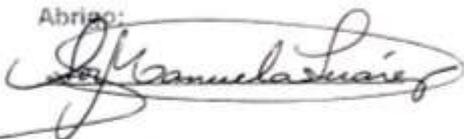
Alba Sena de Lima
Alba Sena de Lima
Presidente


Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

ANEXO O – CARTA DE ANUÊNCIA DO ABRIGO LAR PADRE ZEGRI**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.

Abrigo:



Responsável:



Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
Identidade: 2472.182-SDS
CPF: 352295514-53
E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

33.642.455 / 0020 - 22

ABMCA - Lar Padre Zegri

Av Visconde de Albuquerque, 140

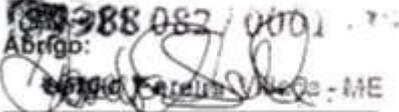
Madriena - CEP 50610-090

Recife - PE

ANEXO P – CARTA DE ANUÊNCIA DO CENTRO DE CONVIVÊNCIA SANTA BÁRBARA

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o(s) setor(es) abrigamento de idosos desta Instituição para o desenvolvimento de atividades referentes à pesquisa sobre Depressão e Sua Correlação Com Aspectos Psicossociais, sob a responsabilidade do doutorando Jose Antonio Spencer Hartmann Junior e do Dr. Othon Bastos do Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo período de execução previsto no projeto.


 (Copa Américas)
 Centro de Convivência St. Bárbara
 88 082 / 0001
 Sérgio Ferreira Viltoça - ME
 Rua Olímpio de Arcoverde Galvão, 72
 Cruzilhada - CE
 Recife - PE


 Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
 Identidade: 2472.182-SDS
 CPF: 352295514-53
 E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

Jose Antonio Spencer Hartmann Junior
 Identidade: 2472.182-SDS
 CPF: 352295514-53
 E-mail: Jose_spencer@yahoo.com.br

ANEXO Q – SUBMISSÃO DE ARTIGO PARA REVISTA PSICOLOGIA E SOCIEDADE

(QUALIS-CAPES A2 EM PSICOLOGIA E B2 EM MEDICINA 1)

#PSOC-1466 A depressão em idosos institucionalizados – revisão integrativa

Página 1 de 2



PÁGINA INICIAL | SOBRE | PÁGINA DO USUÁRIO | NOTÍCIAS

Página inicial > Usuário > Autor > Submissões > #101875 > **Resumo**

#PSOC-1466 A depressão em idosos institucionalizados – revisão integrativa

RESUMO | AVALIAÇÃO | EDIÇÃO

Submissão

Autores	José Antonio Spencer Hartmann Júnior, Antonio Peregrino, Othon Coelho Bastos Filho, Everton Botelho Sougey
Título	A depressão em idosos institucionalizados – revisão integrativa
Documento original	PSOC-1466-101875-510307-1-SM.RTF 2012-09-13
Docs. sup.	Nenhum(a) INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Doutor José Antonio Spencer Hartmann Júnior 
Data de submissão	setembro 13, 2012 - 01:05
Seção	Artigos
Editor	Nenhum(a) designado(a)
Comentários do Autor	Decorridos 15 anos de trabalho com idosos em instituições de longa permanência, observou-se a necessidade de proceder à revisão de conhecimento, especialmente contemplando a gerotranscendência como nos proposta para essa assistência

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2012-09-13
Última alteração	2012-09-13

Metadados da submissão

Autores

Nome	José Antonio Spencer Hartmann Júnior 
Instituição/Afiliação	Universidade de Pernambuco
País	Brasil
Resumo da Biografia	Psicólogo, Professor da Universidade de Pernambuco
Contato principal para correspondência	
Nome	Antonio Peregrino 
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Pernambuco
País	Brasil
Resumo da Biografia	Professor Doutor do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Nome	Othon Coelho Bastos Filho 
Instituição/Afiliação	Universidade Federal de Pernambuco
País	Brasil
Resumo da Biografia	Professor Doutor da Universidade Federal de Pernambuco e da Universidade de Pernambuco
Nome	Everton Botelho Sougey 

USUÁRIO

Logado como:
spencerhartmannjr

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (0)
- Nova submissão

IDIOMA

Português (Brasil) ▾

Instituição/Afiliação Universidade Federal de Pernambuco
 País Brasil
 Resumo da Biografia Professor Doutor do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco

Título e Resumo

Título A depressão em idosos institucionalizados - revisão integrativa
Resumo O envelhecimento da população e a modificação da dinâmica familiar têm contribuído para a institucionalização de idosos. Com o objetivo de buscar evidências da relação entre institucionalização e depressão em idosos, fatores contribuintes e a descrição da prevalência dos sintomas depressivos, procedeu-se à revisão integrativa pelo método de Torrate e Whittemore & Knaff, incluindo 58 artigos publicadas entre 1978 e 2012, cuja metodologia permita evidências fortes (níveis I, II e III). Identificaram-se evidências de que a institucionalização favorece incapacidade funcional e depressão por isolamento, quer por afastamento da família, quer pelo vazio existencial do idoso, bem como contribui para perdas cognitivas. As evidências nacionais e internacionais confirmam a possibilidade de associação entre depressão psicossocial e institucionalização e recomendam modificação dos cuidados aos idosos institucionalizados, contemplando a gerotranscendência para facilitar-lhes o sentido da vida.

Indexação

Assunto Institucionalização; Idosos; Depressão
Palavras-chave Institucionalização; Idosos; Depressão
Tipo, método ou ponto de vista Revisão Integrativa Crítica
Idioma pt

Apoio e financiamento

Agências nenhuma

Associação Brasileira de Psicologia Social www.abrapso.org.br