



18º Congresso de Iniciação Científica

DEPRESSÃO E DEMÊNCIA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Autor(es)

EDNA FIGUEIREDO DA SILVA ZANDONA

Orientador(es)

VERA LÚCIA MENDIONDO OSINAGA

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população ocorreu lentamente, efetivando-se ao longo de mais de cem anos. Diante destes dados bastante relevantes sobre o envelhecimento, os profissionais da saúde, devem ampliar seus conhecimentos sobre este tema contribuindo para uma conceituação de prevenção, cura e reabilitação de distúrbios físicos e emocionais (CAMARA, 2009).

2. Objetivos

Este estudo teve como objetivo identificar a presença de doenças classificadas como demência e depressão em idosos institucionalizados.

3. Desenvolvimento

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, visando contribuir com a saúde física e mental da população idosa residente em uma instituição de longa permanência, da cidade de Piracicaba, estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho do corrente ano. Participaram da pesquisa 200 idosos, de ambos os sexos, tendo como critérios de inclusão na pesquisa ser morador do Lar, ter idade igual ou superior a 60 anos, aceitar em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos de pesquisa: o primeiro constava da ficha de informações sócio-demográficas e clínicas dos sujeitos pesquisados; o segundo de Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e o terceiro de

Mini-exame do Estado Mental (MEEM). Os dados dos sujeitos foram objetos de um traçado sócio-demográficos, assim como foram objetos de discussão no conjunto dos resultados e de reflexão com base na literatura sobre o tema.

4. Resultado e Discussão

Analisando o Quadro 1 sobre as características sócio-demográficas da população estudada, verificou-se que a predominância de idosos do sexo feminino era de 133 (66,5%) e 67 de idosos (33,5%) eram do sexo masculino. Com relação à faixa etária dessa população, constatou-se que entre 81-90 anos eram 72(36%) idosos; de 71-80 eram 62(31%) idosos; de 60-70 eram 44(22%) idosos; com idades acima dos 91 anos eram 15(7,5%) idosos e, aqueles que não souberam responder, eram 7 idosos com um percentual de 3,5%. Com relação ao grau de escolaridade da população, verificou-se um percentual alto de baixa escolaridade dos idosos, sendo que 78 idosos (39%) eram mulheres e 42 idosos (21%) homens, sendo os que tinham primeiro grau completo eram 7(3,5%) mulheres e 2(1%) homens; segundo grau incompleto era 1(0,5%) mulher e (0%) homens, segundo grau completo eram 7 (3,5%) homens e 17(8,5%) mulheres; terceiro grau incompleto (0%) homens e (0%) mulheres e terceiro grau completo 20(10%) mulheres e 9(4,5%) homens; e analfabetos eram 10(5%) mulheres e 7(3,5%) homens. Detectou-se que uma grande parte da população não chegou a completar os quatro primeiros anos do Ensino Fundamental. Através desses dados observou-se um forte agravante para menor desempenho dos entendimentos das questões analisadas, já que vários estudos, como Diniz et al (2006), apontam que o grau de escolaridade seria agravante para não entendimentos das questões. Com relação às atividades sociais da população estudada, observou-se percentuais significativos com 34(17%) mulheres e 27(13,5%) homens que praticam mais de uma atividade física e que relatam se sentir muito bem com estas práticas. Entendeu-se que praticar uma atividade física como a caminhada, desde que com orientação médica, para esta população é um fator necessário para o bem estar físico de todos. Constatou-se que aqueles que fazem outras atividades, como hidroginástica, eram 17(8,5%) mulheres e 3(1,5%) homens e aqueles que não praticam nenhuma atividade eram 20(10%) mulheres e 10(5%) homens. Segundo Junior et al (2008) ressalta em seu estudo, há a necessidade de atividades físicas para idosos, pois estas trazem benefícios, tanto físicos como cognitivos para o indivíduo, favorecendo o não aparecimento de algumas doenças. Ao analisar o quadro sobre a caracterização da população estudada, verificou-se no estado civil dos sujeitos a prevalência de mulheres, sendo que na maioria eram viúvas, e que eram 49(24,5%) mulheres e 16(8%) homens. Embora o número total de entrevistados ser de mulheres, de acordo com as literaturas, as mulheres vivem mais que os homens. Segundo Braz (2005), os homens com mais de 50 anos estão mais propensos a morrer do que as mulheres e que o risco maior é depois de 80 anos. Atualmente, o que a literatura nos mostra é que o sexo masculino tem maior fator demográfico de morte prematura, nos homens o risco de adoecer se dá de acordo com o estilo de vida que os homens levam (como por exemplo, fumo, álcool, estresse, trabalho). A autora ressalta ainda que os homens cuidam menos da saúde, somente procurando assistência médica quando não suportam mais a doença. Da população estudada 39 (19,5%) eram mulheres solteiras e 17(8,5%) eram homens, seguindo do estado civil “casado” 32(32%) mulheres e 21(10,5%) homens, já para a questão “companheiro” as mulheres tiveram porcentagem 10(5%) e (0%) homens relataram terem companheiras apenas. Quanto à variável “separado” há um predomínio muito grande de homens, 13(6,5%) homens e 3(1,5%) mulheres e isso levou-se a crer que as mulheres valorizam mais o matrimônio. Ainda observou-se que nos dados do perfil da população estudada, na questão número de filhos, observou-se um percentual alto de idosos sem filhos, 45(22,5%) mulheres e 22(11%) homens; de 1 a 5 filhos 84(42%) eram mulheres e 44(22%) eram homens, de 6 a 10 filhos, a porcentagem de 4(2%) mulheres e 1(0,5%) homem. Isso permitiu deduzir-se que os homens estão mais conscientes das dificuldades de manter a educação e a saúde dos filhos, por se tratar de idosos com mais de 60 anos. Deduziu-se também que há alguns anos atrás já havia uma preocupação da população quanto ao número de filhos. Na questão sobre o tempo de permanência destes sujeitos na Instituição, houve um percentual alto em relação à sua permanência, de 1 a 10 anos eram 74(37%) mulheres e 35(17,5%) homens; com menos de 1 ano de residência no Lar houve uma pequena diferença (3%) em relação a 11(5,5%) homens e 17(8,5%) mulheres. De 11 a 20 anos ainda as mulheres são a maioria 23(11,5%) mulheres e 6(3%) homens: com mais de 20 anos a diferença é de apenas (1,5%), sendo 5(2,5%) mulheres e 2(1%) homens; os idosos que não souberam responder eram 14(7%) mulheres e 13(6,5%) homens. Seguindo as informações dos determinantes relacionados às informações clínicas dos sujeitos sobre as doenças crônicas, dos 200 idosos pesquisados 47(23,5%) mulheres e 26(13%) homens tinham mais de uma patologia, entre elas a que prevaleceu eram Diabetes, Hipertensão, Osteoporose, Osteoartrite, Parkinson, Fibromialgia, Alzheimer, Depressão, Tireóide, Anemia, Reumatismo, Câncer de próstata, Catarata, Câncer generalizado, Colesterol elevado e para os que tinham apenas 1 patologia eram 35(17,5%) mulheres e 20 (10%) homens. Segundo estes idosos, as medicações mais usadas eram Sinvastatina, Metiformina, Captopril, Purant4, Omeprazol, Aldomet, Furosemida. Aqueles que não souberam responder atingiram uma porcentagem de 37(18,5%) mulheres e 22(11%) homens. Observou-se neste estudo, segundo relatos dos sujeitos, que em algum momento de suas vidas fizeram tratamento ou ainda fazem tratamento psiquiátrico 9(4,5%) mulheres e 4(2%) homens, sendo os medicamentos mais usados Fluvoxamina, Fluoxetina, Lexotan, Diazepam e Respiridona. Seguindo as análises e discussões dos resultados da pesquisa que teve como objetivo identificar a presença de doenças classificadas como Demência e Depressão, em idosos institucionalizados, utilizou-se, como segundo instrumento de pesquisa, o Mini-Exame do Estado Mental. Este instrumento permite realizar uma avaliação de enfermagem das funções cognitivas do indivíduo e, assim, ampliar os conhecimentos de enfermagem a respeito de patologias como Depressão e Demência entre idosos

institucionalizados, para que possa se criar subsídios para avaliar e orientar seguindo o diagnóstico de enfermagem, instrumento usado por enfermeiros e conhecido mundialmente. Este instrumento consta de questões: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), cálculo (5 pontos), recordação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos. Segundo o item escolaridade, Diniz et al (2006) relata que a escolaridade é ponto fundamental para avaliação da pontuação com escore diferenciados de corte. Segundo alguns estudos no Brasil, em consequência da baixa escolaridade e um alto número de analfabetos, a estratificação dos pontos de corte faz-se necessário, pois assume grande importância na classificação dos idosos com déficit cognitivo, já que aumenta a chance de melhor entendimento das perguntas quando o indivíduo tem pelo menos alguns anos de estudo ou em idade avançada. Seguindo os critérios de corte de (Bertolucci et al 1994), diagnóstico de declínio cognitivo, em função do nível de escolaridade, 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. Dos Idosos pesquisados que apresentarem valores iguais ou acima do ponto de corte são considerados normais cognitivamente, e aqueles que os valores forem abaixo do ponto de corte, apresentam prováveis déficit cognitivos. Os dados mostram que analfabetos eram - mulheres: 6 > ou = 13 (3%) e 4 < que 13, somando um total de 10 mulheres sendo que 6 não apresentaram déficit cognitivo e 4 apresentaram. Homens: 6 > ou = 13 (3%) e 1 < que 13, somando um total de 7 homens sendo que 6 não apresentaram déficit cognitivo e apenas 1 apresentou. Baixa e média escolaridade – mulheres: 66 > ou = 18 (33%) e 37 < 18 (18,5%), somando um total de 103 mulheres, sendo que 66 não apresentaram déficit cognitivo e 37 apresentou. Homens: 32 > ou = 18 (16%) e 19 < 18 (9,5%), somando um total de 51 homens, sendo que 32 não apresentaram déficit cognitivo e 19 apresentaram. Superior – mulheres: 10 > ou = 26 (5%) e 10 < 26 (5%), somando um total de 20 mulheres onde 10 não apresentaram déficit cognitivo e 10 apresentaram. Homens: 5 > ou = 26 (2,5%) e 4 < 26 (2%) somando um total de 9 homens onde 5 não apresentaram déficit cognitivo e 4 apresentaram. Observando os dados, os valores em porcentagem de acordo com a escolaridade revelaram que dos 17 analfabetos pesquisados (29,41%) estavam com déficit cognitivo, dos 154 de baixa escolaridade (36,36%) estavam com déficit cognitivo e dos 29 com curso superior (48,27%) estavam com déficit cognitivo, de acordo com os critérios de corte de Bertolucci et al (1994). Os idosos com curso superior tinham em média, de 70 a 94 anos o que permitiu observar que o fator idade pode ser um determinante para o não entendimento das questões, segundo Diniz et al 2006. Dando continuidade aos resultados apresentados utilizando a Escala de Depressão Geriátrica – EDG, o autor ressalta ainda que a EDG é um teste usado para detecção de sintomas depressivos que é aplicado um questionário com 15 perguntas afirmativas / negativas que a contagem máxima é de 15 pontos, resultado com uma pontuação de 5 pontos negativos ou mais pontos diagnóstica depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave. Quando analisados os dados utilizando a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), das 15 questões apresentadas, idosos que não apresentaram quadros depressivos 82(41%) mulheres e 39(19,5%) homens; aqueles que na avaliação de enfermagem apresentavam quadros depressivos leves 46(23%) mulheres e 22(11%) homens e apresentaram um quadro depressivo grave nas avaliações de enfermagem foram 6(3%) mulheres e 5(2,5%) homens. Estudos mostram e em nossas atividades do dia a dia de assistência de enfermagem tanto na área hospitalar como na área de saúde coletiva constatou-se que população idosa institucionalizada está mais suscetível a desenvolver quadros depressivos.

5. Considerações Finais

O estudo apresenta uma série de pontos passíveis de crítica e que merecem consideração. Não se utilizou, nesse estudo, escalas de avaliação para determinar a intensidade de sintomas depressivos e demência nos grupos e, tampouco, avaliou-se a influência que o tempo de doença teve nos resultados. A utilização das escalas poderá gerar dados importantes quanto ao grau de comprometimento psicopatológico e o grau de comprometimento cognitivo observado. No entanto, um diagnóstico clínico, seguindo os critérios da DSM IV para as síndromes, aproxima os resultados do estudo do que, efetivamente, acontece na vida real dos clínicos envolvidos em atendimento primário e secundário no Brasil. A questão da baixa escolaridade, da população atendida, torna-se um importante fator a ser observado. Na amostra utilizada neste trabalho, encontrou-se 17 indivíduos analfabetos 8,5% e 12(60%) com primeiro grau incompleto. Tal fato mostra-se relevante tanto no que diz respeito à aplicação da testagem cognitiva, quanto em relação à interpretação dos resultados das mesmas. No estudo apresentado houve números significativos, quanto à demência em idosos com curso superior, o que contrapõe a estudos que revelam que o grau de analfabetismo seria um agravante para entendimento das questões. No caso desta pesquisa, não se pode afirmar que o analfabetismo interferiria nas respostas. A prevalência de sintomas depressivos do presente estudo, verificada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS) com idosos institucionalizados, foi de 39,5% como a encontrada por outros trabalhos. Embora os dados do atual estudo não tenham sido significantes, os resultados apontam para a importância de se dedicar à saúde mental desses idosos, objetivando o diagnóstico precoce e tratamento adequado da depressão, uma condição tão frequente na terceira idade. O não-reconhecimento dessa enfermidade e a consequente ausência de tratamento podem contribuir com o aumento da morbidade e, provavelmente, da incidência de óbitos nessa faixa etária. Faz-se ainda necessário o desenvolvimento de outras pesquisas estratégicas para subsidiar o planejamento de ações voltadas para a assistência ao idoso. Estes dados podem servir para a organização de um protocolo simples, racional e de baixo custo para o atendimento da população em serviços como estes.

Referências Bibliográficas

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos Neuropsiquiátricos, v. 52, n.10, 1994, p. 1-7.

BRAZ, M.A. construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Revista Ciências Saúde Coletiva. 10 (1): 97-104, 2005.

CAMARA, V.D. et al. Reabilitação cognitiva da demência. Revista Brasileira Neurologia. V. 45, n. 1, mar. 2009, p. 26.

DINIZ, O.S.B.et al.Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade.Revista psiq.Clin.34.(1) ;13-17,2007.

FERRARI, J.F. DALACORTE, R.R, Uso da escala de depressão geriátrica de yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Médica, Porto Alegre, v.1, n.1, p.3-8, jan/mar.2007.

Anexos

5.1. Características sócio-demográficas da população estudada.						
VARIÁVEIS				Nº		%
SEXO						
Masc.				67		33,50%
Fem.				133		66,50%
Total				200		100,00%
FAIXA ETÁRIA (anos)						
60 – 70				44		22%
71 – 80				62		31%
81 – 90				72		36%
91 ou mais				15		7,50%
Não Souberam Responder				7		3,50%
Total				200		100%
ESCOLARIDADE						
Primeiro Grau Incompleto				120		60%
Primeiro Grau Completo				9		4,50%
Segundo Grau Incompleto				1		0,50%
Segundo Grau Completo				24		12%
Terceiro Grau Incompleto				0		0
Terceiro Grau Completo				29		14,50%
Analfabeto				17		8,50%
Total				200		100%
ATIVIDADE SOCIAL						
Cultos Religiosos				47		23,50%
Hidroginastica				20		10%
Caminhada				13		6,50%
Mais de uma atividade				61		30,50%
Outros				29		14,50%
Não participam				30		15%
Total				200		100%
ESTADO CIVIL						
Solteiro				56		28%
Casado				53		26,50%
Separado				16		8%
Viuvo				65		32,50%
C/ Companheiro(a)				10		5%
Total				200		100%
NUMERO DE FILHOS						
S/ filhos				67		33,50%
01_05				128		64%
06_10				5		2,50%
Total				200		100%
HÁ QUANTO TEMPO RESIDE NA INSTITUIÇÃO						
< 1 ano				28		14%
01 _ 10				109		54,50%
11 _ 20				29		14,50%
> 20				7		3,50%
Não souberam responder				27		13,50%
Total				200		100%

ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1. Sente-se satisfeito com a vida?	SIM	NAO
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	SIM	NÃO
3. Acha sua vida vazia?	SIM	NAO
4. A borreça-se com freqüência?	SIM	NÃO
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	SIM	NAO
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	SIM	NAO
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	SIM	NAO
8. Sente-se desamparado com freqüência?	SIM	NAO
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	SIM	NAO
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	SIM	NAO
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	SIM	NAO
12. Vale a pena viver como vive agora?	SIM	NAO
13. Sente-se cheio de energia?	SIM	NAO
14. Acha que sua situação tem solução?	SIM	NAO
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	SIM	NAO

(EDG-15, Yasavage, 1983)

YES A/AGE, J; BRINK, T et al. 1983. "Development and Validation of a Geriatric Screening Scale: A Preliminary Report".
Journal of Psychiatric Research, vol.17.

ANEXO 3

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL..... []

B.3-POR FAVOR, DIGAME dia da semana () dia do mês () mês () ano (); hora aproximada ()

Anote um 1 ponto p/ cada resposta correta

ORIENTAÇÃO ESPACIAL..... [] []

Anote 1 ponto para cada resposta correta

B.4 RESPONDA

Onde estamos? (consultório, hospital, residência) ()

Em que lugar estamos? (andar, sala, cozinha, enfermaria) ()

Em que bairro estamos? ()

Em que cidade estamos? ()

Em que estado estamos? ()

REGISTRO..... []

B.5 VOU LHE DIZER O NOME DE TRÊS OBJETOS E QUANDO TERMINAR PEDIREI QUE OS REPITA, EM QUALQUER ORDEM, GUARDE-OS QUE MAIS TARDE VOLTAREI A PERGUNTAR **A () M () C ()**

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda máximo de cinco repetições; - anote o número de repetições que fez ____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Árvore / Mesa / Cachorro

ATENÇÃO E CÁLCULO..... []

B.6 Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7; (93, 86, 79, 72, 65)

____/____/____/____/____

Obs: Um ponto para cada cálculo correto.

MEMÓRIA DE EVOCÇÃO..... []

B.7 HÁ ALGUNS MINUTOS, U UMA SÉRIE DE 3 PALAVRAS E O(A) SR. (A) AS REPETIU POR FAVOR, DIGAME AGORA QUAIS ANDA SE LEMBRA

A () M () C ()

Obs. Anote um ponto para cada resposta correta, em qualquer ordem.

Árvore / Mesa / Cachorro

LINGUAGEM

OBS: Anote 1 ponto para cada resposta correta..... []

B.8 APONTE A CANETA E O RELÓGIO E PEÇA PARA NOMEÁ-LOS..... []

C () R ()

(Permita 10 segundos para cada objeto).

B.9 REPITA A FRASE QUE EU VOU LHE DIZER (Pronuncia em voz alta, bem articulada e lentamente)..... []

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

B.10 DÊ AO PACIENTE UMA FOLHA DE PAPEL, NA QUAL ESTEJA ESCRITO EM LETRAS GRANDES: "FECHE OS OLHOS" DIGA-LHE "LEIA ESTE PAPEL E FAÇA O QUE ESTÁ ESCRITO" (Permita 10 seg.)..... []

B.11 VOU LHE DAR UM PAPEL E QUANDO EU O ENTREGAR, PEGUE O(A) SUA MÃO DIREITA, DOBRE-O NA METADE COM AS DUAS MÃOS E COLOQUE-O NO CHÃO..... []

P () D () C ()

B.12 PEDIR AO PACIENTE QUE ESCREVA UMA FRASE SOBRE A FOLHA DE PAPEL EM BRANCO. "O senhor poderia escrever uma frase completa de sua escolha." (contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe. se o paciente não o fizer corretamente, perguntar-lhe: "isto é uma frase? e permitir-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (Max. 30 segundos) []

B.13 Por favor, copie este desenho.

