

SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E COMPROMETIMENTO DE MEMÓRIA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Autor: Antônio Gabriel Araújo Pimentel de Medeiros¹; Co-autor: Dr. José Antônio Spencer Hartmann Júnior ².

¹Universidade de Pernambuco, gabrielmedeiros1994@hotmail.com;

²Universidade de Pernambuco, jose_spencer@yahoo.com.br

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 Saúde¹. 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 ². 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.^{3; 4}

A justificativa do presente trabalho se dá por ter sido identificada 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 trabalho teve por objetivo descrever os sintomas depressivos identificados pela Escala de Depressão Geriátrica, estabelecendo relação com as perdas cognitivas de idosos institucionalizados e domínios depressivos.

METODOLOGIA

Procedeu-se um 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.

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.

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.

Adotou-se amostragem de conveniência, estratificada segundo instituição de longa permanência para idosos, e probabilística, já que os idosos participantes da pesquisa foram selecionados a partir de sorteio dentre aqueles que preenchiam os critérios de inclusão.

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.⁵ 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), a qual apresenta trinta diferentes sintomas, na versão brasileira traduzida e validada,^{6, 7} c) rastreamento cognitivo pelo mini-exame do estado mental (MMSE), teste de recordação de palavras da bateria CERAD e Teste de desenho do relógio.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao caracterizar os graus de depressão pela sintomatologia referida pelos idosos institucionalizados, identificou-se que os 30 sintomas investigados pela EDG apresentaram frequências diferentes segundo o grau da depressão variasse entre grave, leve ou ausente, conforme categorização pela soma de pontos. Comparando o grupo sem depressão avaliada pela EDG ao grupo com depressão (grave ou leve), constatou-se que os sintomas preferência de manter-se isolado e preocupação excessiva com o futuro independeram do grupo a que o idoso pertencesse, uma vez que a diferença de frequência não alcançou significância estatística. 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, 11 (36,7%) apresentaram frequência semelhante em idosos com e sem desorganização visuoespacial.

Ao classificar as características depressivas que integram a EDG, segundo os domínios sintomatológicos depressivos definidos por Blazer II e Hydels em 2005⁸, constatou-se que 15 dos 30 sintomas (50%) pertenciam ao comprometimento emocional, 7 (23,3%), ao domínio cognitivo, 3 (10%) às dúvidas de valores e crenças, enquanto que 5 (16,7%) pertenciam ao domínio volitivo (Quadro 2). O domínio emocional mais frequentemente esteve associado à desorganização visuoespacial identificada pelo teste de desenho do relógio, uma vez que dez

dos 15 sintomas depressivos mostraram associação significativa. Os sintomas depressivos pertencentes a este domínio mais raramente estiveram associados a perdas cognitivas globais avaliadas pelo MMSE. Exclusivamente o sentimento frequente de intranquilidade, do domínio emocional, associou-se às perdas avaliadas neste estudo pelos três testes. Quanto ao domínio cognitivo, a perda de fé no futuro e o sentimento frequente de infelicidade foram os únicos sintomas depressivos emocionais que independeram de perdas de funções cognitivas.

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)⁹. A identificação de que sete dos 30 sintomas depressivos estavam relacionados ao domínio cognitivo da abordagem biopsicossocial de Blazer II em 2003¹⁰, a qual parece indicar a possibilidade do desenvolvimento de atividades nas ILPIs contribuírem para a redução desses sentimentos depressivos.

CONCLUSÕES

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 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 BIBLIOGRÁFICAS

1. Camarano AA & Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Est Pop. Rio de Janeiro: 2010 27(1): 233-235. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/biblioteca/docs/inst_longa_perm_idosos.pdf.
2. Hegde VN et al. A study of psychiatric and physical morbidity among residents of old age home. *Int J Health Sci Res.* 2012; 1: 57-74. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440908/>.
3. Luppá M et al. Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2012; 47(2): 263-270. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21181110>
4. Prieto-Flores M. Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health.* 2011; 23 1: 177-194. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20881107>.
5. Holroyd A. & Clayton AH. Measuring depression in the elderly: which scale is best? *Medscape General Medicine.* 2002; 2(4). Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/430554>.
6. Almeida OP & Almeida SA. 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 Geriatr Psychiatry.* 1999; 4: 858-865. Disponível em: <http://cph.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/GeriatricDepressionScaleValidity.pdf>.
7. BARRETO J et al. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demências. 2ed. Lisbon: GEECD; 2008.

8. Blazer II DG. & Hybels CF. Origins of depression in later life. 2005; *Psychol Med*, 35: 1-12. Disponível em: <http://www.public-health.uiowa.edu/icmha/outreach/documents/OriginsofDepressioninLaterLife.pdf>.
9. Tornstam L. Gerotranscendence: a meta-theoretical reformulation of the disengagement theory. *Ageing, Clinical Experimen Research*. 1989; 1: 55-64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2488301>.
10. Blazer II DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol*. 2003; 58A(3): 249-265.