

Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados

Depressive symptomatology and cognitive impairment of institutionalized elderly

José Antônio Spencer Hartmann Junior¹

Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns, PE, Brasil

Giliane Cordeiro Gomes²

Universidade Federal de Pernambuco, Campus Recife, PE, Brasil

RESUMO

Introdução: A assistência em saúde deve contemplar o cuidado cultural recomendando 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 com idosos institucionalizados, empregou-se a Escala de Depressão Geriátrica, o mini-mental, de desenho do relógio e de recordação de palavras da bateria CERAD, classificando os sintomas depressivos segundo os domínios de Blaizer II e Hydels. **Resultados:** Dentre os 30 sintomas depressivos da escala, houve associação significativa de 18 com o teste do relógio, 8 com o de recordação imediata e 9 com o MMSE. Os sintomas depressivos significativamente associados às perdas cognitivas predominaram no domínio emocional de Blaizer II e Hydels. **Conclusão:** O detalhamento dos sintomas depressivos poderá facilitar a adoção de ações na institucionalização para redução da depressão.

Palavras-chave: idosos; institucionalização; depressão; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Health care should contemplate cultural care recommending that not only the physiological aspects of aging are addressed. **Objective:** To describe the depressive symptoms identified by the Geriatric Depression Scale, establishing relationship with cognitive impairment and depressive do mains of institutionalized elderly. **Methods:** We conducted a descriptive study of institutionalized elderly, we used the Geriatric Depression Scale, the mini-mental test, clock drawing test and remembering words CERAD battery, classifying the depressive symptoms scale according to Blaizer II & Hydels'

¹Doutor em Neursopsicologia e Professor adjunto da Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns, PE, Brasil. E-mail: jose_spencer@yahoo.com.br

² Mestranda em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco , Campus Recife, PE, Brasil. E-mail:gilianecordeiro@yahoo.com.br

domains to Blaizer II & Hydels. Results: Among the 30 depressive symptoms in the scale, 18 were significantly associated with the clock drawing test, 8 with immediate recall and 9 with the MMSE. Depressive symptoms associated with cognitive losses predominated in the emotional domain of the main Blaizer II and Hydels. 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 subseqüentes, 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 depressivos.

Métodos

Procedeu-se ao 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 foi constituída por 425 idosos 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 (Anexo F), 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 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 (Holroyd & Clayton, 2002).

A amostra foi 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 e Teste de desenho do relógio. Modelos dos testes utilizados encontram-se nos anexos do artigo.

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 (Anexo F).

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 o sorteio, o investigador procedeu à entrevista com cada idoso 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

(Anexo A) e das características relativas à institucionalização; b) escala geriátrica de depressão (Anexo B); c) escala de mini-exame mental (MMSE) (Anexo C), d) teste de memorização de palavras da bateria CERAD (Anexo D); e) teste de desenho do relógio (Anexo E).

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 (EGS-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 C).

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 e t de Student, ambos 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

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 de variação da depressão 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. Em 26 dos 28 sintomas complementares com

significância estatística, observaram-se maiores frequências dentre idosos com depressão grave quando comparados àqueles com depressão leve ou com ausência de depressão (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das Características Depressivas de 96 Idosos Institucionalizados Segundo Grau de Depressão - Recife - 2011/2012

Sintomas depressivos da EDG	Graus de depressão			Valor de p
	grave (N=23) n (%)	leve (N=38) n (%)	sem depressão (N=35) n (%)	
Insatisfação com a vida	4 (17,3)	21(55,3)	33 (94,3)	<0,001
Abandono de interesses e atividades	18(78,3)	25(65,8)	12 (34,3)	0,002
Sensação de desvalia da vida	20(87,0)	25(65,8)	8 (22,8)	<0,001
Sensação de aborrecimento frequente	20(87,0)	16(42,1)	4 (11,4)	<0,001
Perda de fé no futuro	4 (17,3)	22 57,9)	29 (82,8)	<0,001
Pensamentos negativos	17(73,9)	24 63,2)	6 (17,1)	<0,001
Perda frequente de bom humor	20(87,0)	14(36,8)	2 (5,7)	<0,001
Medo de ocorrência de algo de mal	17(73,9)	18(47,4)	8 (22,9)	0,001
Sentimento frequente de infelicidade	22(95,6)	19(50,0)	-	<0,001
Sentimento frequente de desamparo ou adoecimento	20(87,0)	19(50,0)	-	<0,001
Sentimento frequente de inquietude	22(95,6)	15(39,5)	2 (5,7)	<0,001
Preferencia para se manter isolado	17(73,9)	22(57,9)	19 (54,3)	0,301
Preocupação excessiva com o futuro	13(56,5)	14(36,8)	11 (31,4)	0,146
Percepção de problema de memória	17(73,9)	19(50,0)	5 (14,3)	<0,001
Desgosto de estar vivo	17(96,6)	11(28,9)	-	<0,001
Tristeza frequente	22(95,6)	17(44,7)	4 (11,4)	.0,001
Sentimento de inutilidade	21(73,9)	15(39,5)	-	<0,001
Preocupação excessiva com o passado	17(91,3)	16(42,1)	5 (14,3)	<0,001
Desinteresse pela vida	21(91,3)	17(44,7)	4(11,4)	<0,001
Dificuldade para começar novos projetos	21(82,6)	26(68,4)	12 (34,3)	<0,001
Sentimento de perda de energia	19(91,3)	15(39,5)	3 (8,6)	<0,001
Sentimento de desesperança	21(100,0)	16(42,1)	4 (11,4)	<0,001
Percepção de falta de sorte	23 (87,0)	15(39,5)	4 (11,4)	<0,001
Preocupação com coisas irrelevantes	20 (87,0)	10(26,3)	4 (11,4)	<0,001
Choro fácil	20 (91,3)	21(55,3)	3 (8,6)	<0,001

Dificuldade de concentração	21 (73,9)	26(68,4)	8 (22,8)	<0,001
Desgosto ao despertar	17 (82,6)	9 (23,7)	2 (5,7)	<0,001
Evitação de reuniões sociais	19 (96,9)	21(55,3)	13 (37,1)	0,003
Dificuldade de decidir	22 (95,6)	20(52,6)	6 (17,1)	<0,001
Dificuldade de raciocínio	20 (87,0)	24(63,2)	6 (17,1)	<0,001

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

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.

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 2).

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 2).

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 2).

Tabela 2 - 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
Preferencia 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 3, 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 inquietude, 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 3).

Tabela 3 - 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 inquietude	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 intranquilidade 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 4).

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 4).

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 4).

Tabela 4 - 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 inquietude	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.

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, inquietude 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	Teste do relógio	Testes	
		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
Preferencia 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

Ao classificar as características depressivas que integram a EDG, segundo os domínios sintomatológicos depressivos definidos por Blazer II e Hydels (2005), 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 visoespacial identificada pelo teste de desenho do relógio, uma vez que dez dos 15 sintomas depressivos mostraram associação significativa, conforme se verifica na Tabela 1. Os sintomas depressivos pertencentes a este domínio mais raramente estiveram associados a perdas cognitivas globais avaliadas pelo MMSE. Exclusivamente o sentimento frequente de inquietude, 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.

Quanto ao domínio cognitivo, quatro sintomas depressivos estavam associados à desorganização visoespacial, sendo que em dois deles (sentimento frequente de desamparo ou adoecimento e percepção de falta de sorte) associavam-se também a alterações nas funções cognitivas globais e na recordação imediata.

Em relação ao domínio de dúvidas, valores e crenças, a percepção de problemas de memória e a dificuldade de concentração, apresentaram concomitância com desorganização visoespacial.

Foram os domínios volitivos de abandono de interesses e atividades, preferência de se manter isolado e evitação de reuniões sociais que independeram das perdas cognitivas (Quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição das Características Depressivas de 96 Idosos Institucionalizados Segundo os Domínios da Sintomatologia Depressiva, Definidos por Blaizer II e Hydels (2005)

Variáveis	Domínios			
	Emocionais	Cognitivos	Dúvida de valores e crença	Volitivos
Insatisfação com a vida	b,c			
Abandono de interesses e atividades				x
Sensação de desvalia da vida	a,b			
Sensação de aborrecimento frequente	a,c			
Perda de fé no futuro	x			
Pensamentos negativos	a			
Perda frequente de bom humor	a			
Medo de ocorrência de algo de mal	c			
Sentimento frequente de infelicidade	x			
Sentimento frequente de desamparo ou adoecimento		a,b,c		
Sentimento frequentemente de inquietude	a,b,c			
Preferencia para manter-se isolado				x
Preocupação excessiva com o futuro	c			
Percepção de problema de memória			a,c	
Desgosto de estar vivo		X		
Tristeza frequente	a,b			
Sentimento de inutilidade	a			
Preocupação excessiva com o passado		A		
Desinteresse pela vida		X		
Dificuldade para começar novos projetos				a,b
Sentimento de perda de energia		X		
Sentimento de desesperança	a,c			
Percepção de falta de sorte		a,b,c		
Preocupação com coisas irrelevantes	a			
Choro fácil	a,b			
Dificuldade de concentração			a	
Desgosto ao despertar		A		
Evitação de reuniões sociais				x
Dificuldade de decidir				a
Dificuldade de raciocínio			x	
TOTAL DE VARIÁVEIS ASSOCIADAS	15	7	3	5

Legenda: a) teste de desenho do relógio; b) Recordação imediata; c) MMSE

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 ao 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 à 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 adjetiva. Torna-se necessário, então, um esforço da Academia para lhe 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 (Patton, 2006; Coward, 2003; Luppá et al., 2012; 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 do 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 auto-estima, 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,

decrecendo dramaticamente a função de diversas regiões cerebrais e contribuindo para a depressão.

Teixeira et al. (2012) expõem que a afirmação da 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.
- 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) (pp. 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 mini-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.
- 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? *Med scape 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 (Age Co De). *Soc Psychiatr Epidemiol*, *47*(2), 263-270.
- 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 lone lines of non

- institutionalized and institutionalized older adults. *J Aging Health*, 23(1), 177-194.
- 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 Psychiatry*, 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 difficulties, 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.

ANEXOS

Anexo A – 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: _____

Anexo B - 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 amis 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 C – 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

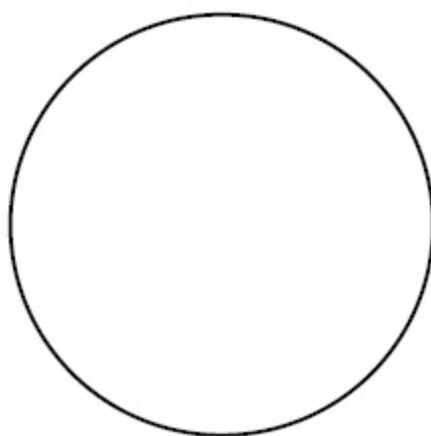
11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.

Anexo D – 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	
Score					

Anexo E – 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 F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados

Pesquisadores:

José Antônio Spencer Hartmann Júnior

Giliane Cordeiro Gomes

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.

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