

Cristiane Lara Mendes-Chiloff

**Estudo da prevalência de sintomas depressivos e
declínio cognitivo de idosos internados
num Hospital de Ensino**

**Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Botucatu UNESP, para a obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Saúde
Pública**

Orientadora: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

**Botucatu
2006**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Mendes-Chiloff, Cristiane Lara.

Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo em idosos internados num Hospital de Ensino / Cristiane Lara Mendes-Chiloff. – 2006.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.

Orientador: Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira

Assunto CAPES: 40602001

1. Idosos – Doenças 2. Idosos - Cuidados médicos 3. Depressão em idosos

CDD 614.5992

CDD 618.976895

Palavras-chave: Declínio cognitivo; Demência; Depressão; Hospital; Idosos

..de todo o coração, renderei graças ao Senhor..”
(Salmo 111:1)



Dedicatória

*Para Joel, Daniela e Lucas.
Cúmplices e amores.*



Homenagem

Um dia você se foi! Sem avisar, sem se despedir...
E eu fiquei aqui lamentando cada palavra que deixei de lhe dizer
Cada abraço que perdi
Desejando todas as noites que você pudesse me acordar no dia seguinte...
Achei que não suportaria sua ausência,
O fato de não ter você ao meu lado, segurando a minha mão.
Os dias foram passando
E eu aprendi a encontrá-la
Na lembrança do seu sorriso, do seu olhar e do seu cuidado;
Na lembrança da sua força, da sua alegria e amor,
No seu exemplo de vida.
Por tudo,

Obrigada, mãe!



Agradecimientos

A Deus, que permitiu que esse trabalho fosse realizado, pelas pessoas especiais que tem colocado na minha vida e pelo cuidado em todos os momentos.

Ao Joel, Daniela e Lucas, por dividirem este sonho comigo.

Ao meu pai e a Neusa pelo esforço e cuidado para que eu atingisse meus objetivos, pelo apoio incondicional.

À vó Maria, pelo cuidado, sempre;

A todos os meus familiares e amigos, em especial minhas irmãs Elaine e Marcela, que sempre estiveram ao meu lado;

À *Profª Drª Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira*, pela orientação cuidadosa, incentivo, dedicação, compreensão e exemplo;

À *Profª Drª Maria Cristina Pereira Lima* pela realização da análise estatística dos dados, pela paciência, dedicação e sugestões sempre oportunas;

À *Profª Drª Gimol Benzaquem Perosa* pelo estímulo, apoio e amizade;

À banca do Exame de Qualificação, *Profa. Dra. Márcia Scazufca, Profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima, Prof. Dr. Paulo José F. Vilas-Boas e Profa. Dra. Albina Torres*, pelas oportunas sugestões;

À *Profa. Dra. Sumaia Smaíra Inaty* pelo apoio e incentivo;

Aos docentes e funcionários do Departamento de Neurologia e Psiquiatria que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho;

Aos médicos responsáveis pelas enfermarias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu que aceitaram participar deste estudo;

À funcionária *Luciana Bernardes de Rezende Cora* do CIMED (FMB) pela disponibilidade e precisão das informações;

Aos funcionários da biblioteca da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) pela atenção e orientação;

Aos funcionários da seção de pós-graduação pela atenção e cordialidade em especial, Regina e Nathanael;

À secretária de Pós-graduação do Departamento de Saúde Pública, Lucilene Cabral, pelas informações prestadas;

Aos idosos que contribuíram para a realização deste trabalho;

Aos colegas de pós-graduação, em especial, Ana Cláudi Ovile, pelo tempo que estivemos juntos;

Aos psicólogos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, em especial, Clarissa Cabianca Ramos, Vânia Lúcia Novelo e Regina Bossolan, pelo apoio e amizade em todos os momentos;



Sumário

RESUMO & ABSTRACT _____	15
LISTA DE FIGURAS, QUADROS, TABELAS _____	18
INTRODUÇÃO _____	23
Epidemiologia do Envelhecimento.....	24
Depressão no Idoso.....	29
Depressão em idosos institucionalizados	32
Depressão no idoso hospitalizado	33
Declínio Cognitivo no idoso	36
Declínio Cognitivo em idosos hospitalizados	40
Capacidade Funcional do idoso	43
JUSTIFICATIVA _____	45
OBJETIVOS _____	47
Objetivo Geral.....	48
Objetivo Específico.....	48
HIPÓTESES _____	49
METODOLOGIA _____	51
Contexto da Pesquisa.....	52
Casuística.....	54
Instrumentos.....	56
Procedimento.....	60
Análise dos dados.....	61
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS _____	67
RESULTADOS _____	69
Características sócio-demográficas	71
Características clínicas	75
Sintomas Depressivos	80
Declínio Cognitivo	85
Capacidade Funcional	89
Razões de Prevalência	93
Análise Multivariada	99

DISCUSSÃO	101
Limitação do estudo	103
Características sócio-demográficas	105
Características clínicas	107
Sintomas Depressivos	109
Declínio cognitivo	114
CONCLUSÕES	118
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	132



Resumo & Abstract

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo em idosos internados num Hospital Universitário com um desenho de corte transversal. Foram estudados 200 pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP – SP), por meio de formulário estruturado abordando aspectos sócio-demográficos, diagnóstico da internação, uso de serviços de saúde, diagnóstico e tratamento psiquiátrico prévios. Para avaliar sintomas depressivos e funções cognitivas foram aplicados o Mini-Exame do Estado Mental, a Escala de Depressão Geriátrica, e escalas de avaliação de atividades de vida diária e instrumental (AVDs e AVIs). Os pacientes apresentaram idade média de 70 anos (DP= 7,08); 70% tinham baixa escolaridade e 47,5% tinham renda *per capita* inferior a um salário mínimo. Eram casados 57%, predominando arranjos em que idosos moravam com cônjuge e/ou filhos. Segundo os diagnósticos da internação 36,73% apresentavam doenças do aparelho circulatório; 24,49% neoplasias e 11,73% doenças do aparelho digestivo. Homens e mulheres diferiram de forma estatisticamente significativa em relação a faixa etária ($p=0,032$); renda *per capita* ($p=0,001$); situação conjugal ($p=0,001$) e arranjo familiar ($p=0,001$). A prevalência de sintomas depressivos, segundo a GDS, foi de 56,1 %, sintomas depressivos associaram-se de forma estatisticamente significativa a escolaridade ($p=0,001$); renda *per capita* ($p=0,020$); número de internações no último ano ($p=0,028$); tempo de internação ($p= 0,002$); perda de autonomia nas AVDs ($p=0,001$). A prevalência de declínio cognitivo, segundo o MEEM, foi de 21% e foram significativas estatisticamente as associações com: idade ($p = 0,001$); escolaridade ($p = 0,001$); qualificação ocupacional ($p=0,005$); situação conjugal ($p=0,003$); arranjo familiar ($p=0,001$); número de internações no último ano ($p= 0,003$); e perda da autonomia nas AVDs e AVIs ($p= 0,001$). Na regressão logística, após ajuste para variáveis de confusão, foram significativas as associações de escolaridade, perda da autonomia nas AVDs e óbito para sintomas depressivos e idade, número de internações e perda da autonomia nas AVDs para declínio cognitivo. Confirma-se a importância do diagnóstico e tratamento adequado para depressão e declínio cognitivo, e preparo e planejamento dos serviços de saúde para atender essa população, de maneira específica.

The aim of this study was to estimate the prevalence of depressive symptoms and cognitive impairment in elderly inpatients from a University Hospital, using a cross sectional design. Two hundred inpatients from the Botucatu Medical School University Hospital were analyzed using a structured questionnaire that included socio-demographic aspects, clinical diagnoses, health services use, previous psychiatric diagnoses and treatment. The Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Geriatric Depression Scale (GDS) were applied to evaluate cognitive functions and depressive symptoms, as well as scales to evaluate Daily Life Activities (ADL) and Instrumental Activities (IA). The mean age of the patients was 70 years old (SD=7.08); 70% had low educational level and 47.5% had *per capita* income lower than one minimum wage. Fifty-seven percent were married, with a predominance of elderly living with their partners or children. According to clinical diagnoses, 36.73% had circulatory diseases; 24.49% neoplasias and 11.73% digestive diseases. There was a significant difference between men and women concerning age ($p=0.032$); *per capita* income ($p=0.001$); marital status ($p=0.001$) and family arrangements ($p=0.001$). The prevalence of depressive symptoms, according to GDS, was 56.1%. Depressive symptoms were statistically associated with educational level ($p=0.001$), *per capita* income ($p=0.020$), number of hospitalizations in the previous year ($p=0.028$), duration of hospitalization ($p=0.002$) and loss of autonomy in the DLA ($p=0.001$). The prevalence of cognitive impairment according to MMSE was 21% and it was significantly associated with age ($p=0.001$), educational level ($p=0.001$), occupational qualification ($p=0.005$), marital status ($p=0.003$), family arrangement ($p=0.001$), number of hospitalizations in the previous year ($p=0.003$) and loss of autonomy in the ADL and IA ($p=0.001$). In the logistic regression, after adjusting for variables of confusion, depressive symptoms remained significantly associated with educational level, loss of autonomy in the ADL and death, whilst cognitive impairment was associated with age, number of hospitalizations and loss of autonomy in the ADL. The present study confirms the utmost importance of the diagnoses and adequate treatment for depression and cognitive impairment, as well as of the preparedness and planning of health services to attend this specific population.



*Lista de Figuras,
Quadros, Tabelas*

Figura 1	Pirâmides etárias (1940, 1970, 1990, 2000, 2025).....	26
Figura 2	Distribuição dos pacientes segundo tipo de internação.....	75
Figura 3	Distribuição dos pacientes segundo autonomia nas atividades de vida diária.....	89
Figura 4	Distribuição dos pacientes segundo autonomia nas atividades instrumentais.....	90

Quadro 1	Estudos de prevalência de sintomas depressivos em idosos.....	35
Quadro 2	Estudos de prevalência de demência em idosos.....	41
Quadro 3	Estudos de prevalência de declínio cognitivo em idosos.....	42
Quadro 4	Distribuição dos pacientes atendidos no Hospital das Clínicas em relação a procedência no ano de 2005.....	52
Quadro 5	Distribuição dos leitos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.....	53
Quadro 6	Variáveis segundo características contínua, ordenada e categórica	63

Tabela 1	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas.....	73
Tabela 2	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas divididas por sexo.....	74
Tabela 3	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo diagnóstico principal utilizando-se os capítulos do CID-10.....	76
Tabela 4	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo uso dos Serviços de Saúde.....	77
Tabela 5	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo aspectos psiquátricos.....	78
Tabela 6	Distribuição de número e porcentagem da ocorrência de óbitos segundo sexo e tipo de especialidade.....	79
Tabela 7	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo sintomas depressivos.....	80
Tabela 8	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas de acordo com a classificação de caso e não-caso de depressão.....	82
Tabela 9	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis clínicas de acordo com classificação de caso e não-caso de depressão.....	83
Tabela 10	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo associação das variáveis sócio-demográficas e clínicas com pontuação da GDS na regressão linear.....	84
Tabela 11	Distribuição dos pacientes segundo a presença de declínio cognitivo.....	85
Tabela 12	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas de acordo com a classificação de caso e não-caso de declínio cognitivo.....	86
Tabela 13	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo escolaridade de acordo com a classificação de caso e não-caso de declínio cognitivo.....	87
Tabela 14	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis clínicas de acordo com a classificação de caso e não-caso de declínio cognitivo.....	88

Tabela 15	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo capacidade funcional.....	91
Tabela 16	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo capacidade funcional de acordo com caso e não-caso de depressão.....	92
Tabela 17	Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo capacidade funcional de acordo com caso e não-caso de declínio cognitivo.....	92
Tabela 18	Razão de prevalência de depressão segundo características sócio-demográficas.....	95
Tabela 19	Razão de prevalência de depressão segundo variáveis clínicas.....	96
Tabela 20	Razão de prevalência de declínio cognitivo segundo características sócio-demográficas.....	97
Tabela 21	Razão de prevalência de declínio cognitivo segundo variáveis clínicas.....	98
Tabela 22	Razão de Prevalência, Razão de chance bruto e ajustado das variáveis escolaridade, atividade básica de vida diária e óbito para a presença de sintomas depressivos.....	99
Tabela 23	Razão de Prevalência, Razão de Chance bruto e ajustado das variáveis idade, número de internações no último ano, atividade básica de vida diária e óbito para a presença de declínio cognitivo.....	100



Introdução

Epidemiologia do Envelhecimento

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que vem adquirindo importância cada vez maior devido à rápida transição demográfica que está sendo observada. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo, e em 1998 este contingente alcançou 579 milhões. As projeções indicam que em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões. (IBGE, 2002).

No Brasil, segundo o último recenseamento (IBGE, 2000), a população idosa representa um contingente de aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (8,6% da população brasileira). Estima-se que por volta do ano 2025 essa população poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, representando quase 14% da população neste período (IBGE, 2000; WHO, 2001), modificando rapidamente a pirâmide populacional, bem como as características, realidade e necessidades dessa população.

No Estado de São Paulo estima-se que essa população esteja em torno de 3,5 milhões de pessoas, representando 9,5% da população (Fundação SEADE, 2002). Na cidade de Botucatu - SP, estima-se que 11,57% da população tenha mais de 60 anos (Fundação SEADE, 2005).

O envelhecimento populacional se deve à associação de dois fatores principais: diminuição das taxas de mortalidade e declínio acelerado das taxas de fecundidade (WHO, 2001; Tamai, 1997). Essa transição demográfica pode ser constatada na pirâmide etária da população onde pode-se observar através dos anos, o estreitamento da base caracterizando a diminuição da taxa de fecundidade e o alargamento do ápice caracterizando a diminuição da taxa de mortalidade (Figura 1).

No Brasil, assim como nos países de Terceiro Mundo, o aumento da expectativa de vida e a diminuição na taxa de mortalidade, se devem a melhoria das condições de vida da população, que Kalache (1987) traduz por urbanização adequada das cidades, melhoria das condições nutricionais, de higiene, sanitária e, principalmente pelos avanços da tecnologia médica, que propiciou meios de prevenir e tratar muitas doenças, antes fatais. A diminuição das taxas de fecundidade deve-se principalmente ao acesso crescente a programas de planejamento familiar e métodos anticoncepcionais (Ramos, 1987; Paschoal, 2002; Lima-Costa, 2003). Ramo (1987) atribui a diminuição da taxa de fecundidade a mudança para um contexto social urbanizado caracterizado pela inserção da mulher na força de trabalho, e então a necessidade do controle de natalidade aliado à disponibilidade de meios contraceptivos.

Devido à transição de altas taxas de mortalidade e altas taxas de fecundidade para baixa mortalidade e diminuição gradativa da fecundidade, observa-se aumento da expectativa de vida média da população e aumento do número pessoas que atingem idades mais avançadas (Kalache, 1987).

No entanto, é importante salientar que essa transição demográfica assume características acentuadas quando ocorre em países em desenvolvimento, pois para grande parcela dessa população as “melhorias das condições de vida não são reais ou não são acompanhadas de conquistas sociais” (Ramos, 1987; Lima-Costa, 2003).

Associada à transição demográfica é possível observar a transição epidemiológica. Os problemas de saúde modificam-se ao longo da vida. Acidentes e violência ocorrem predominantemente na infância, adolescência e fase adulta.

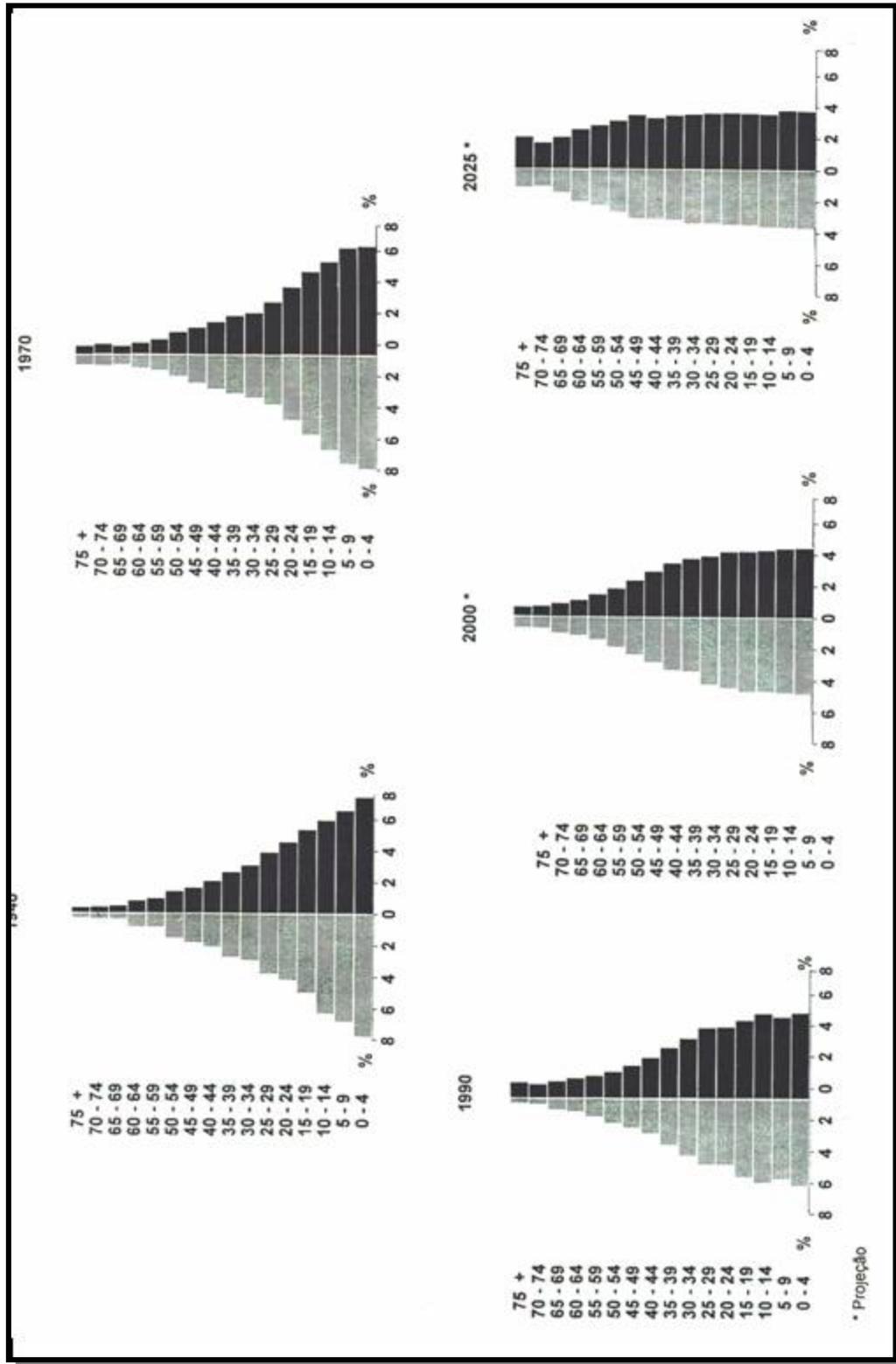


Figura 1: Pirâmides etárias em 1940, 1970, 1990, 2000 e 2025. Fonte: Fundação IBGE. Censos demográficos. Neupert (1987) in Paschoal, SMP (2002).

O desenvolvimento de doenças crônicas ocorre predominantemente na meia-idade. Em época mais tardia observa-se a morbidade e mortalidade por doenças crônicas, e, conseqüentemente, a redução da capacidade e autonomia funcionais (Lima-Costa, 2003).

Segundo OPS/OMS (1998), as causas de mortalidade de idosos são atribuídas às doenças do aparelho circulatório (47%) seguidas de neoplasias (16%) e doenças do aparelho respiratório (14%). Outro dado relevante é a taxa de hospitalização de idosos em comparação com outras faixas etárias. Em 1995, 17% das internações no SUS correspondiam a internações de pessoas com 60 anos ou mais, com período médio de internação também maior que o encontrado em outras faixas etárias.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, foi observado que mais de 50% dos idosos apresentavam pelo menos três intercorrências médicas concomitantes e os pacientes idosos hospitalizados não recebiam adequada assistência médica e psicossocial (Silvestre, 1996).

No âmbito da saúde mental, as doenças mais prevalentes são depressão e demência, as quais, muitas vezes, não são diagnosticadas ou tratadas adequadamente (Silvestre, 1996).

O progressivo e acelerado aumento do contingente da população de idosos impõe ao sistema de saúde rever a atenção às doenças crônico-degenerativas e adequar seu planejamento e organização para atender a essas necessidades. Sendo assim, considerando a necessidade de atender a essa parcela da população, o Ministério da Saúde aprovou a Política de Saúde do Idoso (Portaria 1395/GM,

10/12/99) na qual propõe atender integralmente a população idosa, “provendo o acesso dos idosos aos serviços de saúde e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde” (p.1) a fim de garantir a manutenção e recuperação da capacidade funcional de cada indivíduo. Esse direito foi reassegurado na Lei N° 10.741, 01/ 10/2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e redefine a Política de Atendimento ao Idoso. Portanto, deve-se observar que o envelhecimento da população originará custos maiores para o Sistema de Saúde que deverá atender a demanda relacionada aos problemas crônicos de saúde e que terão suas prevalências aumentadas com o avanço da idade da população brasileira. A Política de Atendimento ao Idoso deverá responder ao novo perfil de mortalidade e morbidade, que traz conseqüências não apenas para o idoso como para sua família, uma vez que especialmente as doenças mentais mais freqüentes nessa faixa etária – a demência e a depressão – podem comprometer sua autonomia funcional exigindo cuidados por longos períodos e assim sobrecarregando as famílias e os serviços de saúde.

Depressão no Idoso

A depressão em idosos é de etiologia heterogênea. São vários os possíveis fatores de risco que contribuem para a prevalência elevada de depressão nessa faixa etária (Forlenza, 2001).

Dados da Organização Mundial de Saúde (1996), apontam que, a depressão ocupa o segundo lugar como problema mais prevalente no mundo e pode ser considerada como uma das principais causas de incapacidade (WHO, 2001).

A depressão pode ocorrer em qualquer fase da vida, no entanto, no idoso a depressão adquire características próprias dessa fase e é tão freqüente e prejudicial como em qualquer outra fase do desenvolvimento. A depressão no idoso tem duas particularidades importantes: tem maior possibilidade de estar ou ser associada a um outro distúrbio psiquiátrico e tem maior possibilidade de ocorrer simultaneamente a uma doença física, fatores que dificultam o diagnóstico (Sartorius, 1993; Snowden, 2002).

Devido à importância das repercussões da depressão tanto na vida do idoso como no contexto social, muitos estudos têm sido realizados nessa área, visando melhor compreensão da doença e melhor planejamento dos programas de saúde. Na literatura científica é possível observar uma grande variabilidade nas prevalências encontradas nesses estudos. Isto ocorre devido a importantes diferenças metodológicas utilizadas nas investigações epidemiológicas sobre depressão. Sendo assim, a seguir serão descritos alguns estudos, ressaltando as prevalências encontradas e metodologias adotadas nos diferentes estudos.

Blazer & Williams (1980) realizaram os primeiros estudos sobre prevalência de depressão em idosos na comunidade. Constataram uma prevalência

de 14,7% de sintomas depressivos e 3,5% de depressão maior, segundo os critérios do DSM-III. Posteriormente, Blazer (1991) também estudou os fatores de risco para presença de sintomas depressivos, sendo sujeitos idosos da comunidade (65 anos ou mais), avaliados pela CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). Constatou importante associação dos sintomas depressivos com as seguintes variáveis: aumento da idade, sexo feminino, baixa renda, presença de doença física, prejuízo cognitivo e apoio social deficiente.

Nos Estados Unidos, foi realizada a primeira grande pesquisa epidemiológica de base populacional: ECA - Epidemiological Catchment Area Study (Robins & Regier, 1991) na qual a prevalência de sintomas depressivos em idosos da comunidade foi de 15%, resultado semelhante ao encontrado anteriormente por Blazer (1991).

Beekman e cols. (1995) observaram que a incidência e o curso da depressão menor estavam estreitamente relacionados à saúde física comprometida, enquanto a depressão maior estava mais frequentemente relacionada a fatores de vulnerabilidade presentes há longo tempo tais como, histórias familiar e pessoal de depressão. Esses mesmos autores, em 1999, revendo estudos europeus sobre prevalência de depressão em idosos na comunidade, identificaram a prevalência de 13,5% de sintomas depressivos clinicamente relevantes. Afirmaram ainda que a depressão é mais alta entre mulheres e idosos que vivem em condições adversas.

No Brasil, alguns estudos sobre a prevalência de depressão têm sido realizados. Veras & Coutinho (1991) realizaram um estudo de prevalência de sintomas depressivos na população idosa de três bairros da cidade do Rio de Janeiro com diferentes níveis de poder aquisitivo (alto, médio e baixo) utilizando como

instrumento o BOAS (Brazil Old Age Schedule). Foram encontradas, respectivamente, as seguintes taxas: 23%; 20,9% e 36,8%, observando-se semelhança entre as taxas do grupo com poder aquisitivo mais alto e uma na taxa mais alta entre os idosos do bairro que predominava um baixo poder aquisitivo.

Almeida Filho e cols. (1992) desenvolveram o Estudo Multicêntrico – estudo de base epidemiológica e populacional de morbidade psiquiátrica e constataram alta prevalência de depressão na população em ambos os gêneros (entre 6% e 7%).

Aguiar e Dunningham (1993) realizaram na Bahia estudo epidemiológico com os quais demonstraram que a prevalência de quadros depressivos aumenta proporcionalmente à idade, e encontraram 15% de prevalência de sintomas depressivos na população geral e num estudo num ambulatório geriátrico, encontraram 70% dos pacientes ali acompanhados apresentando quadros depressivos.

Também em 1993, Sartorius observou alta prevalência dos transtornos depressivos (15,8%), dentre pessoas que contactaram os serviços gerais de saúde no Rio de Janeiro e notou também que a prevalência de tais transtornos aumentava significativamente entre aqueles com doenças físicas crônicas. Resultado semelhante foi constatado por Stoppe Jr (1994) em estudo com pacientes do Ambulatório de Geriatria da FMUSP, em que prevalência de distúrbios depressivos foi de 13%.

Silberman (1995) numa pesquisa de prevalência de sintomas depressivos em idosos atendidos numa Unidade de Saúde de Porto Alegre constatou

30% de prevalência, sendo a associação de doenças crônicas um fator de risco para esses sintomas.

Almeida et cols. (1997) mostraram que sintomas depressivos em pessoas de idade avançada, são altamente prevalentes na cidade de São Paulo, representando uma sobrecarga crescente nos serviços de atenção primária.

Também em São Paulo, o Projeto SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, desenvolvido com objetivo de levantar informações especializadas e indicadores sobre condições de vida dos idosos, obteve a prevalência de 18,1% de sintomas depressivos (Cerqueira, 2003) Nessa investigação as taxas mais altas de prevalência foram observadas na faixa etária de 60 a 64 anos e entre mulheres, sugerindo que as mulheres são mais expostas a condições sócio-econômicas mais desfavoráveis (Cerqueira, 2003).

Depressão em idosos institucionalizados

Um fator observado entre idosos que apresentavam uma prevalência mais alta de depressão é a condição de institucionalização.

Shah e cols. (1992) realizaram estudo de prevalência de morbidade psiquiátrica com pacientes institucionalizados, utilizando, o Mini Mental Satate Examination (MEEM) e a Geriatric Depression Scale (GDS). Constataram prevalência de 83% de demência e 48% para sintomas depressivos.

No Brasil, Ribeiro (1994) estudou idosos institucionalizados, verificando 49,5% de prevalência para sintomas depressivos, sendo 20,9% com sintomas de maior gravidade e 29,5% com sintomas de gravidade moderada.

Depressão no idoso hospitalizado

As estimativas de prevalência de sintomas depressivos em pacientes hospitalizados são mais elevadas, e muitas vezes a depressão acaba sendo sub-diagnosticada quando associada a outras doenças físicas (Fráguas Jr., 2000; Fráguas Jr. e cols., 2002).

Murphy (1983) observou que a taxa de mortalidade é mais alta na população de idosos deprimidos. Murphy & Grundy (1984) observaram que os idosos deprimidos procuram os serviços de saúde mais vezes do que os adultos na mesma condição e muitos desses pacientes, quando hospitalizados devido a uma doença física, têm sua alta hospitalar retardada ou prorrogada.

Koenig e cols. (1988) estudaram a prevalência de sintomas depressivos em pacientes idosos hospitalizados e encontraram ocorrência de 23 % .

Snowdon (2002) observou que a depressão é comum entre os idosos internados em instituições e em hospitais e, a partir dos 75 anos é prevalente a associação de demência a esses quadros. A depressão não tratada na velhice está associada à incapacitação, ao maior uso dos serviços de saúde e à morte prematura, além de uma porcentagem importante do tratamento dos pacientes idosos não apresentarem recuperação duradoura (Snowdon, 2002).

Em estudos realizados no Brasil, a prevalência dos transtornos depressivos no contexto médico varia de 18 a 83%, dependendo da metodologia da pesquisa e da condição médica estudada (Fráguas Jr, 2000). Esse mesmo autor afirma que muitas vezes o diagnóstico de transtorno depressivo no contexto médico não é realizado e aponta como principais fatores para dificultar o diagnóstico do

transtorno depressivo no contexto médico, a tendência a tratar sintomas depressivos como reações normais à condição médica e a presença de sintomas físicos depressivos entendidos como sintomas da condição médica. No entanto é importante salientar que a presença de uma condição médica aumenta significativamente o risco de ocorrência de uma depressão, bem como o estresse decorrente do impacto do adoecer (Fráguas Jr e cols., 2000).

Guimarães (1997) realizou estudo com pacientes internados submetidos a procedimento cirúrgico. Foi constatada a prevalência de 44% de sintomas depressivos, sendo de 37 % os casos depressão mínima e moderada e 7 % os de depressão grave. Verificou ainda que nenhum desses pacientes tinha diagnóstico de depressão, e a associação de casos de depressão com maior permanência de internação. Portanto, a depressão pode estar associada à comorbidade pós-operatória, dificultando a recuperação funcional.

Também, atualmente sabe-se que a depressão pode estar associada diversas condições médicas, agravando muito o prognóstico de recuperação, presença de complicações e risco de óbito de quatro a cinco vezes mais do que em pacientes sem depressão (Galizzi, 2001).

Quadro 1: Estudos de prevalência de sintomas depressivos em idosos

Ano de publicação	País	Autor(es)	População	Instrumentos	Prevalência
1980	EUA	Blazer & Willian	idosos comunidade	DSM-III	14,7%
1991	EUA	Blazer	idosos comunidade	CES-D	
1991	Brasil	Veras & Coutinho	idosos comunidade (diferentes níveis sociais)	BOAS	Alto: 23 % Médio: 20,9% Baixo: 36,8%
1992	EUA	Robin & Regier (ECA)	idosos comunidade	DIS DSM-III	15,0%
1992	Brasil	Almeida Filho (Multicêntrico)	idosos comunidade	QMPA DSM-III	6% e 7%
1993	Brasil	Aguiar & Dunninghan	idosos ambulatório geriatria	Escala de Hamilton	70%
1994	Brasil	Stoppe Jr e cols.	idosos ambulatório geriatria	GDS DSM-III	13%
1995	Brasil	Silberman	idosos unidade de saúde	Escala Montgomery-Asberg	30%
2003	Brasil	Cerqueira	idosos comunidade	GDS	18,10%
1992	Inglaterra	Shah e cols.	idosos institucionalizados	GDS	48,0%
1994	Brasil	Ribeiro e cols.	idosos institucionalizados	GDS	49,50%
1988	EUA	Koenig e cols.	idosos hospitalizados	DIS DSM-III Escala Depressão Hamilton Escala Montgomery-Asberg	23,0%
1997	Brasil	Guimarães	idosos submetidos cirurgia	GDS	44%

Declínio Cognitivo no idoso

É comum, durante o processo de envelhecimento, o aparecimento de queixas relacionadas ao declínio de funções cognitivas (Almeida, 1988; Forlenza, 2001). O limite entre envelhecimento normal e patológico precisa ser definido, para isso é necessário estabelecer o perfil do idoso cognitivamente normal. O declínio da capacidade cognitiva pode decorrer de processos fisiológicos do envelhecimento normal, mas pode estar relacionado a um estágio de transição para alguma doença, em especial, a demência (Charchat-Fichman e cols., 2005). O diagnóstico é fundamental para a adequada abordagem do paciente (Almeida, 1988; Forlenza, 2001).

A demência é uma síndrome na qual ocorre um decréscimo da função cognitiva, manifestando-se como déficit de memória, linguagem, praxias, etc. A demência é também responsável por um grande impacto social na vida do próprio paciente, seus familiares e para os serviços de saúde, cada vez mais demonstrando a importância de rastrear esses sintomas e realizar diagnóstico adequado (Forlenza 2001).

A atual e grande importância dos estudos sobre demência se deve às estatísticas epidemiológicas, as quais mostram uma prevalência de demência em idoso de 65 anos ou mais em torno de 6% a 10%. No entanto, também nos estudos de prevalência de demência pode-se observar grande variabilidade nos resultados devido à metodologia adotada.

Jorm (1987) entendendo a necessidade de conhecer mais sobre esse tema realizou um estudo de revisão de literatura sobre a prevalência de demência no mundo, no período de 1945 a 1985. A prevalência encontrada variou de 0,5% a

20,3% devido a diferentes critérios metodológicos, como critérios diagnósticos utilizados pelos autores e diferentes instrumentos de avaliação para as populações estudadas. No entanto, foi observado na análise dos diversos estudos que a prevalência de demência dobra a cada cinco anos de idade.

Shen e cols. (1989) realizaram estudo populacional de prevalência de demência entre idosos na China e constataram as seguintes taxas: 1,28% (60 anos) e 1,82% (65 anos).

Em 1991, Hofman e cols, integrantes do Grupo EURODEM, desenvolveram um estudo de prevalência na Europa, constatando um aumento significativo das taxas após os 75 anos de idade (4,1%) chegando a prevalência de 32,2% na faixa etária mais avançada (≥ 90 anos). Também foi observada uma prevalência mais alta entre as mulheres.

Fichter e cols (1995) realizaram na comunidade um estudo com idosos mais velhos (≥ 85 anos) e constataram a prevalência de 21,2% , resultado semelhante ao de Hofman (1991). Também foi observada associação com outras patologias como ansiedade, sintomas depressivos e outras patologias psiquiátricas.

Prince (1997) em revisão de literatura, afirma que os estudos epidemiológicos nos países desenvolvidos têm sido feitos com uma metodologia padronizada, resultando em pequena variabilidade de resultados entre os estudos observando as seguintes taxas de prevalência: 3% aos 70 anos, até 20% ou 30% aos 85 anos. Prince ainda ressalta a escassez de estudos de prevalência nos países em desenvolvimento e a necessidade desses devido à transição demográfica e epidemiológica e o avanço da idade ser o principal fator de risco para a demência.

No Brasil, poucos estudos foram realizados, mas os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados nos estudos citados até então. Nitrini (1999) observou que os estudos de prevalência de demência no Brasil enfrentam dificuldades: ausência de teste diagnóstico “padrão – ouro”; a interferência de critérios diagnósticos utilizados diferentes e a utilização de testes neuro-psicológicos validados em outros países, necessitando de ajustes culturais e adaptação dos escores de corte. Dificuldades essas também apontadas por Scazufca e cols. (2002). Considerando essas preocupações, esses autores relatam a constituição do “Grupo de Pesquisa em Demência 10/66”, constituído por uma rede internacional de pesquisadores, predominantemente de países em desenvolvimento, com o objetivo de estimular os estudos nessa área, gerar conhecimento sobre demência, propor novos serviços, quantificar e estimar prevalências, testar e avaliar a efetividade de serviços para pessoas com demência e seus cuidadores (Scazufca, 2002).

Em 1991, Veras & Coutinho realizaram estudo de prevalência de Síndrome Cerebral Orgânica em três diferentes bairros do Rio de Janeiro, de diferentes níveis de poder aquisitivo e foram constatadas as seguintes taxas: Copacabana 5,9%, Méier, 9,8% e Santa Cruz, 29,8%. Os autores discutem a influência da escolaridade e nível socioeconômico no instrumento (BOAS), e o risco de ter sido, por esta razão, onde predominavam idosos com baixa escolaridade superestimada a taxa, principalmente no bairro de Santa Cruz.

Em 1998, Herrera Jr. e cols. realizaram um estudo de três fases em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Na fase I foram identificados 34,3% de pacientes com declínio cognitivo através do MEEM, com pontos de cortes diferenciados para os diferentes níveis de escolaridade, segundo Bertolucci (1994). Associados os resultados do MEEM e do QPAF (Pfeffer Functional Activities

Questionnaire, em português, Questionário Pfefer para Atividades Funcionais) aquela porcentagem foi reduzida para 14,1%- fase II. Na fase III, esses idosos onde foram submetidas a exame físico geral, avaliação neurológica, e testes neuropsicológicos. Os que preencheram os critérios para demência, segundo o DSM-IV foram submetidos a exames laboratoriais e de imagem. Ao final desse processo, foi obtida a prevalência de demência de 7,1%, sendo mais alta a incidência em mulheres (2:1) e em analfabetos (12,1%) que em indivíduos com oito anos ou mais de escolaridade. Esses dados são muito relevantes devido às características predominantes da nossa população que são idosos de baixa escolaridade e população predominantemente feminina (Berquó e Leite, 1988).

Almeida e cols. (1997) avaliaram idosos com 60 anos ou mais atendidos num Centro de Saúde em São Paulo e constataram 13,4% de déficit cognitivo, utilizando o Abbreviated Mental Test Score (Hodkinson, 1972).

Em 1998, Engelhard e cols (1998), realizaram estudo com idosos institucionalizados e obtiveram 52,4% de comprometimento cognitivo. Apontaram a importância de diferenciar os pontos de corte, de acordo com a escolaridade para obter resultados mais próximos da realidade. Observaram o aumento do número de casos e do comprometimento do indivíduo com o avanço da idade, 43,8% em idosos jovens (65 a 84 anos) e 67,3% em idosos velhos (85 a 108 anos).

Lopes & Bottino (2002) também realizaram uma revisão de literatura sobre estudos epidemiológicos de demência, no período de 1994 a 2000. A prevalência de demência variou de 1,1% (estudo africano) a 14,8% (estudo europeu). As maiores taxas foram encontradas em zona rural ou comunidades de menor assistência à saúde. No Brasil, a taxa encontrada foi de 7,1% (Herrera e cols, 1998).

Em outro importante trabalho de base populacional desenvolvido

no município de São Paulo, Projeto SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, foi observada a prevalência de declínio cognitiva de 6,9%, sendo 4,2% para os idosos de 60 a 74 anos e de 17,7% para os de 75 anos ou mais. Constatou-se um decréscimo da pontuação obtida com a aplicação do MEEM abreviado, com o aumento da idade, uma associação com baixa escolaridade e maior prevalência no sexo feminino (Cerqueira, 2003).

Declínio Cognitivo em idosos hospitalizados

Lázaro e cols. (1995) realizaram um estudo prevalência de demência em idosos internados com idade igual ou superior a 70 anos, segundo o MEEM e critérios do DSM-III, verificando uma prevalência de 35,2%. Em 2000, Lyketsos e cols. com o mesmo objetivo e também em idosos internados, utilizando critérios do CID-9, verificaram a prevalência de 3,9%, sendo 2,6% na faixa etária de 60 a 64 anos e 8,9% para 85 anos ou mais. Observaram ainda que os pacientes com demência haviam sido admitidos por razões diferentes dos pacientes sem demência e apresentavam maior tempo de internação, representando, portanto, internações de custo mais elevado.

Quadro 2: Estudos de prevalência de demência.

Ano de publicação	País	Autor(es)	População	Instrumentos	Prevalência
1989	China	Shen e cols.	idosos comunidade	MEEM DMS-III	60anos: 1,28% 65 anos: 1,82%
1991	Europa	Hoffman e cols (EURODEM)	idosos comunidade	DSM-III	60/64 anos: 1,0% 65/69 anos: 1,4% 70/74 anos: 4,1% 75/79 anos: 5,7% 80/84 anos: 13% 85/89 anos: 21,6% 90/94 anos: 32,2%
1991	Brasil	Veras & Coutinho	idosos comunidade	BOAS	5,9 % a 29,8%
1995	Alemanha	Fitcher e cols.	idosos comunidade (mais velhos)	ICID-10 DSM-III	21,2%
1998	Brasil	Herrera Jr. e cols	idosos comunidade	Fase I: MEEM FaseII: QPAF Fase III: DSM_IV	34,3% 14% 7%
1992	Inglaterra	Shah e cols.	idosos institucionalizados	MEEM	83%
1995	Espanha	Lázaro e cols.	idosos hospitalizados (70 anos ou mais)	MEEM DSM-III	35,2%
2000	EUA	Lyktesos e cols.	idosos hospitalizados	CID_9	60/64 anos: 2,6% > 85 anos: 8,9 %

Quadro 3: Estudos de prevalência de declínio cognitivo.

Ano de publicação	País	Autor(es)	População	Instrumentos	Prevalência
2003	Brasil	Cerqueira (Projeto SABE)	idosos comunidade	MEEM abreviado QPAF	6,90%
1998	Brasil	Engelhard e cols.	idosos comunidade	MEEM	52,80%

Capacidade funcional do Idoso

A maioria das condições crônicas presentes no idoso, antes fatais, hoje, tende a comprometer de forma significativa sua qualidade de vida. Duarte (2006) chama a atenção para a importância de observar os indicadores de morbidade e também incapacidades decorrentes da condição mórbida, ou seja, a importância de considerar o impacto da doença/incapacidade sobre a família, o sistema de saúde e a qualidade de vida dos idosos. Sendo assim, é importante verificar em que nível tais doenças ou agravos impedem que os idosos desempenhem suas atividades cotidianas de forma autônoma e independente ou que se identifiquem os arranjos necessários para que os idosos consigam desempenhar essas atividades. Para isso, torna-se essencial a avaliação funcional.

“A avaliação funcional é a tentativa sistematizada de medir de forma objetiva os níveis nos quais uma pessoa utiliza diferentes habilidades para o desempenho de tarefas da vida diária...” (Duarte, 2006, p.3).

Desde o início das avaliações funcionais dá-se ênfase às atividades de vida diária (AVDs). Katz foi um dos pioneiros nesse sentido. No início da década de 60 desenvolveu uma escala que visa avaliar idosos e pessoas cronicamente doentes. O denominado Índice de Katz foi planejado para medir a habilidade do indivíduo em desempenhar suas atividades cotidianas como: tomar banho; vestir-se; ir ao banheiro; locomover-se; ter continência; alimentar-se (Katz, 1963).

Posteriormente, Lawton e Brody (1969) propuseram a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). As AIVDs envolvem atividades mais complexas que incluem: uso do telefone, viajar, fazer compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, cuidado de medicações e manejo financeiro.

Duarte (2006) ressalta que esses instrumentos de avaliação de capacidade funcional são baseados na capacidade referida do idoso. Outro importante fator ressaltado por Duarte (2006) é que a incapacidade pode acarretar consequências como hospitalização, institucionalização e morte, além de influência sobre outros indicadores de qualidade de vida.

É da avaliação sobre a dificuldade/incapacidade de realizar uma atividade que resultará o grau de dependência e este determinará os tipos de cuidados que serão necessários para o atendimento do idoso. Sendo assim, é fundamental a avaliação funcional para o planejamento de ações de saúde tanto para a família quanto para os programas de saúde.

Ramo (1993) num estudo multidimensional mostrou que 86% dos idosos referiram ao menos uma doença crônica e 46% necessitavam de alguma ajuda para realizar ao menos uma das atividades básicas e/ou instrumentais de vida diária.

Mais recentemente, no Projeto SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe – Duarte (2003) mostrou que, na cidade de São Paulo, 19,2% dos idosos referiram dificuldades no desempenho de suas AVDs e 26,5% nas AIVDs.



Justificativa

Considerando as repercussões que a depressão e o declínio cognitivo têm na saúde do idoso, tais como: prejuízo da capacidade funcional, maior uso dos serviços de saúde, internações prolongadas e até morte prematura torna-se relevante rastrear tais condições no contexto hospitalar, fornecendo dados que possam contribuir para apontar a importância de diagnosticar e tratar corretamente esses quadros, favorecendo a manutenção e a reabilitação da capacidade funcional do indivíduo, bem como, permitindo um planejamento mais adequado dos programas e serviços de saúde de atenção a essa população.



Objetivos

Objetivo Geral:

◆ Estimar a prevalência de depressão e declínio cognitivo em idosos internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC – FMB).

Objetivos Específicos:

Para atingir o objetivo desse estudo pretende-se:

◆ Caracterizar pessoas com mais de 60 anos internadas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu com relação a aspectos sócio-demográficos: idade, sexo, escolaridade, qualificação e situação ocupacional, renda per capita, situação conjugal e arranjo familiar.

◆ Descrever o diagnóstico da internação do paciente, tempo de internação, uso de serviços de saúde no último ano (número de consultas e internações), diagnóstico, tratamento e antecedentes familiares psiquiátricos e registro desse diagnóstico no prontuário do paciente.

◆ Identificar a presença de sintomas de depressão e declínio cognitivo;

◆ Avaliar a capacidade funcional dos idosos internados;

◆ Estudar a associação entre casos de declínio cognitivo e depressão entre si e com a capacidade funcional, variáveis sócio-demográficas e clínicas.



Hipóteses

- 1) Os pacientes que apresentarem declínio cognitivo e depressão permanecerão mais tempo internados, terão utilizado mais “serviços de saúde” e apresentarão maior número de óbitos.
 - 2) Haverá uma associação entre declínio cognitivo e idade mais avançada, baixa escolaridade e menor renda.
 - 3) Haverá uma associação entre casos de depressão e sexo feminino, baixa escolaridade e menor renda.
 - 4) Haverá uma associação entre declínio cognitivo e depressão.
 - 5) Haverá uma associação entre declínio cognitivo e maior necessidade de ajuda para atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).
 - 6) Haverá uma associação entre depressão e maior necessidade de ajuda para atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).
-



Metodologia

Foi realizado um estudo de corte transversal, em que foram avaliados pacientes com sessenta anos ou mais, internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, no período de janeiro a setembro de 2005, em relação à presença de sintomas depressivos, declínio cognitivo, autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, um hospital universitário e de referência para a região do interior do estado de São Paulo. No ano de 2005 foi constatado que 85,48% da clientela deste Hospital eram da DIR 11 (Centro de Informação Médica do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - CIMED), sendo que aproximadamente 47 % desses pacientes eram de Botucatu (Quadro 4).

Quadro 4: Distribuição dos pacientes atendidos no Hospital das Clínicas em relação a procedência no ano de 2005.

Procedência	N	%
Botucatu	7.489	40,19
Outras cidades DIR 11	8.438	45,29
Outras DIRs	2.706	14,52
TOTAL	18633	100,00

O Hospital tem 337 leitos divididos entre as diversas especialidades (Quadro 5). No ano de 2005 foram registradas 18.633 internações sendo 3.990 de pacientes com 60 anos ou mais. Observou-se uma taxa de mortalidade de 3 % no Hospital Geral e de 8,5% entre os pacientes de 60 anos ou mais. (CIMED – FMB).

Quadro 5: Distribuição dos leitos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Especialidades	Nº de Leitos
Berçário	20
Cardio-torácica *	20
Cirurgia Plástica *	04
Cirurgia Vascular *	16
Clínica Médica *	45
Dermatologia	16
Gastrocirurgia *	28
Ginecologia *	22
Moléstias Infecciosas	22
Neurocirurgia *	08
Neurologia *	08
Obstetrícia	29
Oftalmologia	10
Ortopedia e Traumatologia *	16
Otorrinolaringologia	06
Pediatria Especialidades	27
Pediatria Geral	23
Urologia *	17
TOTAL	337

- Enfermarias incluídas no estudo

Fonte: CIMED – Hospital das Clínicas de Botucatu - Ano base 2005.

Casuística

Participaram dessa pesquisa 200 pacientes com 60 anos de idade ou mais, internados nas diversas enfermarias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, avaliados no período de janeiro a setembro de 2005.

Crítérios de inclusão:

1) Foram critérios para a inclusão das enfermarias nesta pesquisa, aquelas que apresentavam, as maiores taxas de internação de pacientes acima de 60 anos e ocorrência de internação por um período médio de sete dias, o que possibilitaria a realização do processo da avaliação. Sendo assim, com base nos dados das internações do ano de 2002, fornecido pelo CIMED (Centro de Informação Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu), foram selecionadas as seguintes enfermarias: Clínica Médica, Neurologia, Neurocirurgia, Urologia, Ortopedia, Ginecologia, Gastrocirurgia, Cirurgia Vascular. Foram excluídas do estudo as enfermarias de Otorrinolaringologia/Oftalmologia, Dermatologia e Moléstias Infecciosas. Posteriormente a essa seleção, foi apresentado o projeto desta pesquisa aos médicos responsáveis pelas enfermarias selecionadas solicitando-lhes autorização para a realização do trabalho. Portanto, sorteio para seleção dos sujeitos dessa investigação os pacientes internados nos 53 leitos de especialidades clínicas e nos 131 leitos de especialidades cirúrgicas.

2) Em relação à inclusão dos pacientes, foram estabelecidos como critérios:

- ◆ Ter 60 anos ou mais;
 - ◆ Estar internado em alguma das enfermarias selecionadas;
 - ◆ Ser sorteado;
 - ◆ Ter condições de responder às questões do protocolo. Para isso foram observadas as seguintes condições do paciente: não estar entubado, inconsciente ou sedado; não estar com dores intensas, nem dispnéia no momento do contato para avaliação; não apresentar déficit auditivo que impossibilitasse a comunicação, não estar em quadro de “*delirium*”. Se no primeiro contato o paciente selecionado apresentasse algumas dessas condições impossibilitando a avaliação, ele era procurado novamente por até três vezes. Se não fosse possível realizar a avaliação, era então, sorteado novo paciente. Se esse paciente fosse, nas semanas seguintes, novamente sorteado e continuasse sem condições de avaliação ele era substituído pelo paciente imediatamente seguinte da relação.
 - ◆ Aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).
-

Instrumentos

a) Formulário: foi utilizado um formulário construído especificamente para obter informações sobre as seguintes variáveis sócio-demográficas e clínicas: sexo; idade; procedência; escolaridade; situação conjugal; renda familiar; renda *per capita*; ocupação; situação em relação à ocupação; arranjo familiar; condição de moradia. As variáveis denominadas neste estudo como variáveis clínicas e que constavam do formulário foram: diagnóstico e motivo da internação; tempo de internação, tipo de especialidade da internação, número de internações e frequência de consultas médicas no último ano; diagnóstico e tratamento psiquiátrico prévio e registro do diagnóstico psiquiátrico no prontuário e/ou adendo de internação do paciente (Anexo 3).

b) MMSE (Mini Mental State Examination), desenvolvido por Folstein (1975), em português Mini Exame do Estado Mental (MEEM): um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar funções cognitivas. O MEEM é composto de diversas questões agrupadas em sete diferentes categorias a fim de avaliar funções específicas: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança de 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore total do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos. O MEEM é simples, de fácil e rápida aplicação, podendo ser aplicado por profissionais não médicos. Segundo Tombaugh e McInyre (1992) a escala tem excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência, utilizando-se o ponto de corte

23/24. No Brasil, o MEEM foi traduzido e validado por Bertolucci e cols. (1994). No estudo de validação, esses autores observaram importante impacto da escolaridade sobre os escores totais e propuseram diferentes pontos de corte para a utilização desse instrumento com objetivo de diminuir a influência da escolaridade na apuração dos resultados. Sugeriram os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos; 18 para escolaridade baixa/média e 26 para alta escolaridade. (Anexo 4)

c) GDS (Geriatric Depression Scale): “Escala de Depressão em Geriatria” desenvolvida em 1983 por Yesavage e cols.. A GDS foi elaborada para ser de fácil aplicação e compreensão, podendo ser utilizada em indivíduos com distúrbios clínicos e cognitivos, uma vez que apresenta pouca ênfase nos sintomas somáticos. A GDS compõe-se de perguntas simples, com respostas tipo sim/não. Devido às suas características, pode ser de auto-aplicação, dependendo das características da população-alvo, ou pode ser aplicada por pessoas sem formação médica ou psiquiátrica.

No trabalho de validação da escala, os autores encontraram consistência interna e confiabilidade na detecção de casos e de sua gravidade (Yesavage e cols, 1983).

A GDS na prática mostrou-se muito adequada para a utilização em indivíduos idosos em diversos estudos (Harper e cols., 1990), e passou a ser largamente utilizada em trabalhos científicos, para detecção de depressão em idosos (Feher e cols. , 1992; Burke e cols., 1992). Também passou a ser utilizada em serviços de atendimento a idosos, sendo incluída em avaliações globais em serviços geriátricos.

Em 1999, Almeida & Almeida desenvolveram um estudo de confiabilidade da versão reduzida da escala (15 questões), versão aqui utilizada (Anexo 5). Almeida & Almeida (1999) verificaram que, embora tenham encontrado baixa estabilidade entre os itens individuais da escala, havia relativa estabilidade para o escore total, sendo esse um indicador estável do humor do paciente entrevistado. Foram utilizados como pontos de corte, a pontuação seis ou mais para sintomas depressivos leves e 11 ou mais para sintomas depressivos graves, podendo a pontuação nesta escala variar de 0 a 15 pontos.

d) Índice KATZ para Atividades de Vida Diária: escala desenvolvida por Katz (1963) para avaliar a autonomia de idosos e pessoas cronicamente doentes institucionalizadas em relação a Atividades de Vida Diária. É um instrumento que avalia a capacidade referida do indivíduo, ou seja, avalia-se o que o idoso ou seu informante refere o que ele é capaz de fazer. Com essa escala pretende-se avaliar as atividades básicas de vida diária (AVD), que são atividades que dizem respeito ao auto-cuidado, como ir banheiro, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, locomover-se e controlar os esfíncteres. Para a avaliação são fornecidos três tipos de pontuação, que indicam os diferentes níveis de autonomia: independente, necessidade de ajuda e dependente. A avaliação contempla desde o indivíduo totalmente independente aquele que necessita de diferentes níveis de ajuda (necessidade de ajuda em uma atividade, ou em duas, etc) até o indivíduo dependente, ou seja, aquele que tem necessidade de ajuda em mais de quatro atividades (Anexo 6).

e) Índice de Lawton para Atividades Instrumentais de Vida Diária: índice obtido a partir da escala desenvolvida por Lawton (1969), avalia a autonomia do paciente em relação à atividades básicas instrumentais de vida diária, tais como usar telefone, viajar, fazer compras, cuidar da casa; administrar o dinheiro e tomar medicação. A avaliação é feita através da pontuação em três diferentes níveis de autonomia: independente, necessidade de ajuda e dependente. Também nessa escala, na avaliação final, observa-se se o indivíduo é totalmente independente, em quantas atividades ele é dependente/necessita de ajuda e finalmente se ele é dependente em mais de quatro atividades (Anexo 7).

Procedimento

Os pacientes deste estudo foram sorteados. Semanalmente era consultada a relação de pacientes com 60 anos ou mais internados nas enfermarias selecionadas para o estudo, e sorteados os que deveriam ser avaliados. Todos os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora nas enfermarias onde estavam internados os pacientes, após verificação da condição do paciente em participar do estudo segundo critérios já descritos. Antes de cada avaliação, explicava-se para o paciente o objetivo do estudo sendo o mesmo (ou seu responsável) consultado sobre sua disponibilidade para participar da pesquisa, e, se aceitasse, era então solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada paciente foi avaliado individualmente, em situação de entrevista realizada pela pesquisadora. Cada avaliação contemplou a aplicação dos instrumentos já descritos.

Os dados referentes às variáveis clínicas foram obtidos do prontuário do paciente e/ou adendo de internação, ou seja, o documento do paciente que estivesse na enfermaria no momento da avaliação. Os dados sobre tempo de internação e óbito foram obtidos após a alta hospitalar, consultando-se o histórico de internação e *status* do paciente disponível no arquivo do CIMED.

Análise dos dados

Os dados foram digitados e armazenados na planilha eletrônica do programa Excel e transferidos para o programa Statacorp (Stata Statistical Software: Release 8.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2004).

Obteve-se primeiramente uma listagem de frequência dos dados para verificar a consistência dos mesmos e corrigir possíveis erros de digitação. Posteriormente os dados foram preparados para análise, organizados em variáveis contínuas, ordenadas e categóricas (Tabela 1).

◆ **Categóricas:** sexo, procedência, qualificação de mão-de-obra, situação ocupacional, situação conjugal, arranjo familiar, tipo de especialidade, diagnóstico principal agrupada pela Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS; 1994); existência ou não de diagnóstico psiquiátrico e tratamento prévio, registro do diagnóstico psiquiátrico no prontuário do paciente; antecedentes familiares; ocorrência ou não de óbitos; se caso ou não-caso na avaliação do MEEM e da GDS; se independente ou com necessidade de algum tipo de ajuda na avaliação da autonomia nas atividades de vida diária e instrumentais.

◆ **Ordenadas:** idade por faixas etárias, faixas de ano de escola; escolaridade, renda *per capita* por faixas; tempo de internação, número de consultas e internações no último ano, organizados em faixas; pontuação obtida na aplicação da GDS ordenada de acordo.

◆ **Contínuas:** idade, número de anos que frequentou escola, tempo de internação, número de consultas e número de internações no último ano, pontuação obtida na aplicação do MEEM, pontuação obtida na aplicação da GDS,

A seguir, foram submetidas à análise descritiva as variáveis sócio-demográficas, clínicas e os resultados dos instrumentos de identificação de declínio cognitivo, sintomas depressivos e autonomia nas AVDs e AVDI's através do cálculo de medidas de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) para as variáveis contínuas e frequências para as variáveis categóricas. Os dados foram submetidos à análise univariada, associando-se os casos identificados de depressão e declínio cognitivo às demais variáveis, utilizando-se para isso testes de Associação: qui-quadrado e regressão linear simples (Coeficiente de Correlação de Pearson). Foi adotado o nível de significância estatístico padrão de $p = 0,05$, para rejeição de hipótese de nulidade. Para o cálculo da proporcionalidade entre as variáveis de exposição e os desfechos (casos identificados pelas medidas de declínio cognitivo e depressão) utilizou-se a razão de prevalência (RP), para a qual foram calculados intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Posteriormente, para a escolha das variáveis para compor o modelo da análise multivariada considerou o valor de $p < 0,25$ obtido na análise univariada e a relevância teórica da variável.

Quadro 6: Variáveis segundo características contínua, ordenada e categórica.

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
		Sexo: - masculino - feminino
Idade: - número de anos	Idade (faixa etária): - 60 a 64 anos - 65 a 69 anos - 70 a 74 anos - 75 a 79 anos - > 80 anos	
		Qualificação de mão-de-obra: - qualificada - não-qualificada
		Situação na ocupação: - empregado - desempregado - aposentado - licença-médica - dona-de-casa REAGRUPADO - com vínculo empregatício - desempregado - aposentado - dona-de-casa
	Renda per capita (SM): - < 1 SM - 1 a 2 SM - 2 a 3 SM - > 3 SM REAGRUPADO - < 1 SM - 1 a 2 SM - > 2 SM	

Quadro 6: Variáveis segundo características contínua, ordenada e categórica (Continuação)

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
		Situação conjugal: <ul style="list-style-type: none"> - casado - solteiro - viúvo - separado <p style="text-align: center;">REAGRUPADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - com companheiro - sem companheiro
		Arranjo familiar: <ul style="list-style-type: none"> - mora só - cônjuge - cônjuge e filhos - filhos - outros
		Especialidade: <ul style="list-style-type: none"> - clínica - cirúrgica
		Diagnóstico CID - 10: <ul style="list-style-type: none"> - Capítulo IX - Capítulo II - Capítulo XI - Capítulo XIV - Capítulo X - Outros Capítulos
Tempo de internação: <ul style="list-style-type: none"> - número de dias 	Tempo de internação: <ul style="list-style-type: none"> - até 9 dias - de 10 a 19 dias - de 20 a 29 dias - > 30 dias 	

Quadro 6: Variáveis segundo características contínua, ordenada e categórica (continuação)

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
Número de internações anteriores: - Número de internações	Número de internações anteriores: - nenhuma - 1 a 3 - > 3	
- Número de consultas	Número consulta / ano: - nenhuma - 1 a 4 - 5 a 12 - ≥ 12	
		Tratamento psiquiátrico anterior: - Sim - Não
		Registro diagnóstico psiquiátrico prontuário: - Sim - Não
		Antecedentes familiares: - Sim - Não
		Óbito: - Sim - Não

Quadro 6: Variáveis segundo características contínua, ordenada e categórica (continuação)

VARIÁVEIS CONTÍNUAS	VARIÁVEIS ORDENADAS	VARIÁVEIS CATEGÓRICAS
<p>GDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pontuação total 	<p>GDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - até 5 = normal - 6 a 10 = depressão leve - .> 11 = depressão grave 	<p>GDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caso (6 ou +) - Não-caso
		<p>Atividades Vida Diária (Katz):</p> <ul style="list-style-type: none"> - independente - assistência - dependente <p>REAGRUPADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - independente - com ajuda <p>Atividade instrumentais (Lawton):</p> <ul style="list-style-type: none"> - independente - assistência - dependente <p>REAGRUPADO</p> <ul style="list-style-type: none"> - independente - com ajuda



*Considerações
Éticas*

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, tendo obtido parecer favorável em 02/08/2004 (Anexo 1).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) era apresentado a todos os pacientes e a entrevista de avaliação só prosseguia se os mesmos ou seus responsáveis, consentissem na sua participação.

Os pacientes que após a avaliação, obtiveram pontuação compatível com depressão e/ou declínio cognitivo foram encaminhados para tratamento após comunicação do resultado da avaliação à equipe médica responsável pela internação do paciente.



Resultados

Serão apresentadas as frequências simples e a análise univariada das características sócio-demográficas e clínicas, os resultados da aplicação dos instrumentos de rastreamento para depressão, declínio cognitivo e capacidade funcional dos pacientes. A seguir, serão apresentadas as razões de prevalência e análise multivariada.

Apenas dois de todos os pacientes sorteados recusaram-se a participar do estudo e foram substituídos por meio de novo sorteio. Outros pacientes sorteados foram substituídos por não preencherem os critérios de inclusão e devido a outras dificuldades como: alta hospitalar e ocorrência de óbito antes do contato para a aplicação do formulário e os outros instrumentos desta pesquisa. Esses casos não foram computados apenas substituídos.

Características sócio-demográficas

Na tabela 1 pode-se observar os dados sócio-demográficos da casuística estudada. Foram avaliados 200 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino (56%), procedentes da cidade de Botucatu (44%). Os demais pacientes procediam de cidades pertencentes à DIR XI (46,5%) e outras DIRs (9,5%).

A idade dos pacientes variou de 60 a 92 anos, com idade média de 70 anos (DP= 7,08). A maior concentração dos sujeitos (54,5%) encontra-se nas faixas etárias mais baixas, de 60 a 69 anos, observando-se um decréscimo no número de pessoas conforme aumenta a idade das mesmas (Tabela 1).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria apresentou baixa escolaridade (53 %), sendo o tempo médio de anos de escola 3,3 anos (DP = 3,41), e apenas 10% apresentaram alta escolaridade. Foi observado um predomínio de ocupação prévia em serviços que não exigiam qualificação da mão-de-obra (63%). No entanto, 64% dos pacientes já se encontravam aposentados (Tabela 1).

Constatou-se que a renda *per capita* de quase metade dos pacientes foi inferior a um salário mínimo (47,5%), havendo 88% de pessoas com renda *per capita* inferior a dois salários mínimos (Tabela 1).

Em relação à situação conjugal, a maioria dos pacientes relatou viver em união estável (56,5%). Viviam com seus cônjuges ou cônjuges e filhos 47%. Todavia, também foi observado um grande número de viúvos (Tabela 1),

Na Tabela 2, estão dispostos o dados dos pacientes segundo sexo, sendo possível observar diferenças estatisticamente significativas entre os sexos quanto às variáveis sócio-demográficas.

Chama a atenção o predomínio do sexo feminino na faixa etária mais alta, havendo uma variação na distribuição de homens e mulheres nas demais faixas (Tabela 2).

O nível de escolaridade entre as mulheres foi mais baixo em comparação com o dos homens, predominando entre elas ocupações que não exigiam qualificação. Observou-se uma frequência maior do sexo feminino com renda *per capita* maior que um salário mínimo, porém foi entre os homens que se verificou uma renda *per capita* superior a dois salários mínimos (17%), enquanto isso ocorreu com apenas 9% das mulheres (Tabela 2).

Nota-se em relação à situação conjugal que a maioria dos pacientes casados (61,9%) era do sexo masculino, e a grande maioria dos solteiros (70,0%) e viúvos (84,8%) do sexo feminino. Também foi observado em relação ao arranjo familiar, um predomínio do sexo feminino em morar só (82,1%). É também entre elas que se verificou maior frequência de outros arranjos (71,4%), que não incluíam o convívio com as pessoas da família nuclear (Tabela 2).

Tabela 1: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas (N=200)

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Masculino	88	44,0
Feminino	112	56,0
PROCEDÊNCIA		
Botucatu	88	44,0
Outras cidades DIR 11	93	46,5
Outras DIRs	19	9,5
FAIXA ETÁRIA (anos)		
60 a 64	56	28,0
65 a 69	53	26,5
70 a 74	37	18,5
75 a 80	31	15,5
≥ 80	23	11,5
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
s/ escolaridade	57	28,5
Baixa (até 3 série)	49	24,5
Média (4 a 7 série)	74	37,0
Alta (≥ 8 série)	20	10,0
OCUPAÇÃO		
Qualificada	74	37,0
Não-qualificada	126	63,0
SITUAÇÃO NA OCUPAÇÃO		
Empregado	2	1,0
Desempregado	11	5,5
Aposentado	128	64,0
Licença-médica	13	6,5
Dona-de-casa	46	23,0
RENDA PER CAPITA (SM= Salário mínimo)		
< 1 SM	95	47,5
1 a 2 SM	81	40,5
2 a 3 SM	15	7,5
≥ 3 SM	9	4,5
SITUAÇÃO CONJUGAL		
Casado	113	56,5
Solteiro	10	5,0
Viúvo	66	33,0
Separado	11	5,5
ARRANJO FAMILIAR		
Mora só	28	14,0
Cônjuge	57	28,5
Cônjuge e filhos	57	28,5
Filhos	44	22,0
Outros	14	7,0

Tabela 2: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas divididas por sexo (N = 200).

VARIÁVEIS	SEXO		p*		
	MASCULINO		FEMININO		
	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA (anos)					
60 a 64	29	51,8	27	48,2	0,032
65 a 69	20	37,7	33	62,3	
70 a 74	20	54,1	17	45,9	
75 a 79	15	48,4	16	51,6	
≥ 80	4	17,4	19	82,6	
NÍVEL DE ESCOLARIDADE					
s/ escolaridade	19	33,3	38	66,7	0,17
Baixa	22	44,9	27	55,1	
Média	35	47,3	39	52,7	
Alta	12	60,0	8	40,0	
OCUPAÇÃO					
Qualificada	50	67,6	24	32,4	0,001
Não-qualificada	38	30,2	88	69,8	
SITUAÇÃO OCUPACIONAL					
Empregado	2	100,0	0	0,0	0,001
Desempregado	7	63,6	04	36,4	
Aposentado	70	54,7	58	45,3	
Licença-médica	9	69,2	4	30,8	
Dona-de-casa	0	0,0	46	100,0	
RENDA PER CAPITA					
< 1 SM	50	52,6	45	47,4	0,001
1 a 2 SM	23	28,4	58	71,6	
2 a 3 SM	11	73,3	4	26,7	
≥ 3 SM	4	44,4	5	55,6	
SITUAÇÃO CONJUGAL					
Casado	70	61,9	43	38,1	0,001
Solteiro	3	30,0	7	70,0	
Viúvo	10	15,2	56	84,8	
Separado	5	45,5	6	54,5	
ARRANJO FAMILIAR					
Mora só	5	17,8	23	82,1	0,001
Cônjuge	36	63,2	21	36,8	
Cônjuge e filhos	34	59,6	23	40,4	
Filhos	9	20,5	35	79,5	
Outros	4	28,6	10	71,4	

* Teste Qui-quadrado

Características clínicas

A maioria dos pacientes esteve internada em enfermarias de especialidades cirúrgicas, sendo importante ressaltar aqui que o número de enfermarias consideradas cirúrgicas era maior que o de enfermarias clínicas incluídas no estudo (Figura 2), conforme descrito no Quadro 4.

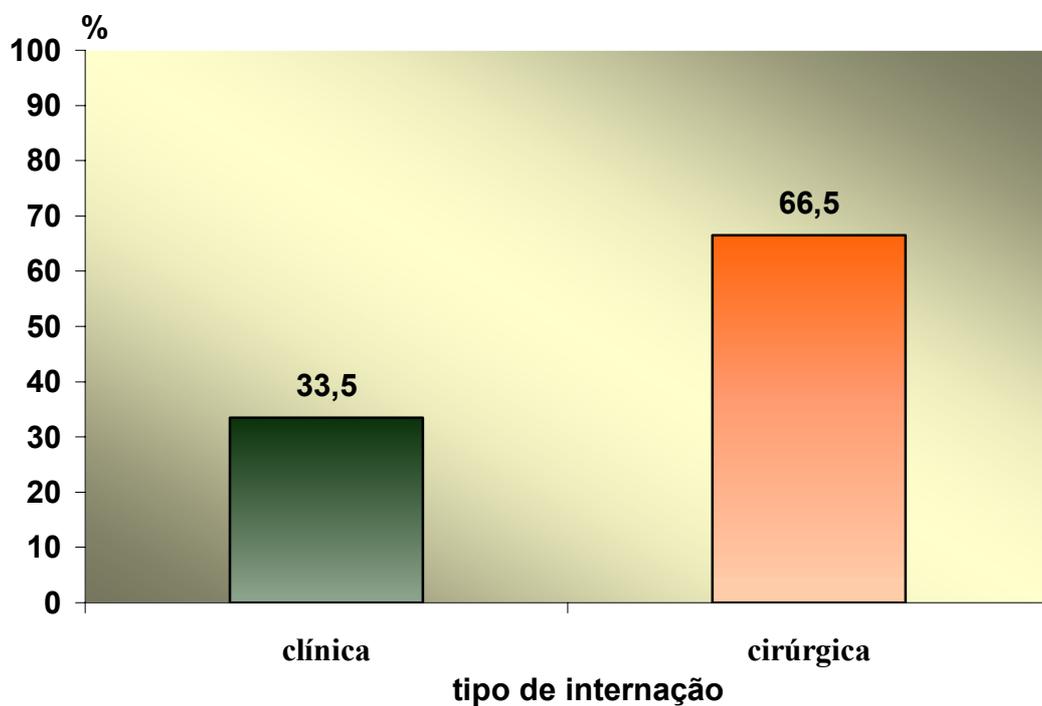


Figura 2: Distribuição dos pacientes segundo tipo de internação.

Em relação ao diagnóstico principal, 37,5% apresentavam Doenças do Aparelho Circulatório, 24% Neoplasias, 12% Doenças do Aparelho Digestivo (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo diagnóstico principal utilizando-se os Capítulos do CID-10 (N = 200).

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	N	%
Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo IX)	75	37,5
Neoplasias (Capítulo II)	48	24,0
Doenças do Aparelho Digestivo (Capítulo XI)	24	12,0
Doenças do Aparelho Geniturinário (Capítulo XIV)	19	9,5
Doenças do Aparelho Respiratório (Capítulo X)	15	7,5
Outros	19	9,5

O tempo médio de internação desses pacientes foi de 17 dias (DP = 14,6), Mediana de 13, e a maioria esteve internada entre 10 a 19 dias (36,7%), seguidos dos que estiveram internados até nove dias (33,7%). Portanto, 70,3% dos pacientes estiveram internados até 19 dias (Tabela 4).

Pode-se observar na tabela 4 o uso dos serviços de saúde referidos pelos pacientes e/ou informantes. A maioria dos pacientes relatou que teve até três internações no último ano. Em contrapartida, grande número de pacientes não havia tido nenhuma internação.

Quanto à frequência de consultas médicas, houve um predomínio dos pacientes que relataram que tiveram de cinco a 12 consultas no último ano e 10 % relataram que tiveram mais que 12 consultas, chegando ao total de 56,5 % os pacientes que tiveram um número de consultas que ultrapassou o número de quatro consultas preconizado pelo Ministério da Saúde para o atendimento de pacientes idosos.

Tabela 4: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo uso dos Serviços de Saúde (N = 200).

SERVIÇOS DE SAÚDE	SEXO				p*
	Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	
Tempo de internação					
Até 9 dias	34	50,7	33	49,3	0,037
10 a 19 dias	24	32,9	49	67,1	
20 a 29 dias	17	43,6	22	56,4	
≥ 30 dias	13	65,0	7	35,0	
Internações/último ano ¹					
Nenhuma	40	44,4	50	55,6	0.56
Até 3	42	42,4	57	57,6	
≥ 3	6	60,0	4	40,0	
Consultas/último ano ²					
Nenhuma	16	64,0	9	36,0	0,038
Até 4	20	34,5	38	65,5	
5 a 12	39	41,9	54	58,1	
> 12	12	60,0	8	40,0	

*Teste Qui-quadrado / 1 sem informações 1 caso / 2 sem informações 4 casos

A maioria dos pacientes (88%) informou que não tinha diagnóstico psiquiátrico prévio e 12% referiram ter feito/estar em tratamento psiquiátrico. Chama a atenção que todos os pacientes negaram ter qualquer tipo de antecedente familiar psiquiátrico (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo aspectos psiquiátricos (N = 200)

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS	N	%
Diagnóstico psiquiátrico prévio		
Sim	24	12,0
Não	176	88,0
Tratamento psiquiátrico anterior		
Sim	24	12,0
Não	176	88,0
Antecedentes psiquiátricos		
Sim	0	0
Não	200	200
Registro diagnóstico no prontuário		
Sim	6	3,0
Não	194	97,0

Outro dado importante foi o obtido pelo levantamento do registro de diagnóstico psiquiátrico no prontuário dos pacientes. Observou-se que apenas 3% dos prontuários tinham registro do diagnóstico psiquiátrico do paciente.

Foi realizado um levantamento sobre a ocorrência de óbitos entre os participantes do estudo durante a internação em que foi realizada a avaliação. Constatou-se que havia ocorrido 12% de óbitos entre os pacientes avaliados, com um predomínio de óbitos entre os homens (Tabela 6). Na tabela 6 observou-se que não foi estatisticamente significativa a ocorrência de óbitos entre pacientes que estiveram internados em enfermarias clínicas ou cirúrgicas ($\chi^2 = 0,66$).

Tabela 6: Distribuição de número e porcentagem da ocorrência de óbitos entre os pacientes segundo sexo e segundo tipo de especialidade da enfermagem da internação (N = 200)

Variáveis	Óbito		NÃO		p
	SIM		NÃO		
	N	%	N	%	
Sexo:					
Masculino	17	70,8	71	40,3	0,005
Feminino	7	29,2	105	59,7	
Tipo especialidade:					
Clínica	9	13,4	58	86,6	0,66
Cirúrgica	15	11,3	118	88,7	

Sintomas Depressivos

Dos 200 pacientes participantes da pesquisa, 11 não tiveram condições de responder às questões devido ao estado de desorientação no momento da avaliação e não compreensão das questões. Portanto, foram avaliados pela GDS 189 pacientes, dos quais 56,1% foram considerados casos com presença de sintomas depressivos (Tabela 7), entre esses se constatou que 95,7% apresentavam depressão leve e 4,3% grave.

Tabela 7: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo sintomas depressivos (N = 189)

SINTOMAS DEPRESSIVOS	N	%
Sintomas depressivos		
Caso	106	56,1
Não-caso	83	43,9
Pontuação GDS		
Até 5 (normal)	83	43,9
6 a 10 (depressão leve)	98	51,8
≥ 11 (depressão grave)	8	4,3

Foi realizada a análise univariada comparando-se os casos de sintomas depressivos em sua associação com variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Na tabela 8, encontram-se os resultados da associação dos casos de depressão com as variáveis sócio-demográficas, segundo o teste de qui-quadrado. Foi estatisticamente significativa a associação de depressão com nível de escolaridade ($p = 0,002$), renda *per capita* ($p = 0,020$) e situação conjugal ($p = 0,048$). Em relação à associação de depressão com a escolaridade, observou-se que a ocorrência dos casos

de depressão predominaram nos pacientes com níveis mais baixos de escolaridade: 63,5% dos pacientes que não tinham escolaridade apresentaram depressão e 63,8% dos pacientes que tinham até a terceira série também apresentaram depressão. Em relação, à depressão e renda *per capita*, observou-se a maior porcentagem de ocorrência de depressão nas faixas mais baixas de renda: 52,2% tinham renda *per capita* menor que um salário mínimo apresentou depressão; 66,2% dos que tinham renda *per capita* de um a dois salários mínimo e 53,3% dos pacientes que tinham renda *per capita* de dois a três salários mínimos também apresentaram depressão. Observou-se também que em relação à situação conjugal, houve uma ocorrência significativa de depressão entre os solteiros, viúvos e separados (Tabela 8).

Na tabela 9, pode-se observar a significância estatística da associação de casos de depressão com variáveis clínicas. A associação mais significativa é entre depressão e óbito ($p = 0,004$). É importante observar que não houve associação significativa com os diversos diagnósticos com sintomas depressivos.

Utilizando-se a regressão linear (Tabela 10), a associação da pontuação da GDS com número de consultas no último ano, indicou que quanto maior o número de consultas, maior a pontuação na GDS ($p = 0,009$). De modo semelhante ocorreu a associação da pontuação da GDS com o número de internações e tempo de internação. Quanto maior o número de internações, maior foi a pontuação na GDS ($p < 0,001$), e quanto maior o tempo de internação, também maior foi a pontuação na GDS ($p = 0,003$).

A regressão linear também indicou que a pontuação da GDS associou-se negativamente aos anos de escolaridade ($p=0,037$)

Tabela 8: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas de acordo com classificação de caso e não-caso de depressão (N = 189)

VARIÁVEIS	GDS	CASO		NÃO-CASO		p*
		N	%	N	%	
Sexo						
Masculino		44	41,5	41	49,4	0,28
Feminino		62	58,5	42	50,6	
Faixa Etária (anos)						
60 a 64		26	47,3	29	52,7	0,22
65 a 69		33	63,5	19	36,5	
70 a 74		23	65,7	12	34,3	
75 a 79		17	56,7	13	43,3	
≥ 80		7	41,2	10	58,8	
Nível de escolaridade						
s/ escolaridade		30	61,2	19	38,8	0,002
Baixa (até 3ª série)		30	63,8	17	36,2	
Média (4ª a 7ª. série)		43	58,1	31	41,9	
Alta (≥ 8ª série)		3	15,8	16	84,2	
Situação ocupacional						
Empregado		0	0,0	2	100,0	0,07
Desempregado		2	22,2	7	77,8	
Aposentado		78	61,4	49	38,6	
Licença-médica		6	54,5	5	45,5	
Dona-de-casa		20	50,0	20	50,0	
Renda per capita						
< 1 SM		48	52,2	44	47,8	0,020
1 a 2 SM		49	66,2	25	33,8	
2 a 3 SM		8	53,3	7	46,7	
≥ 3 e SM		1	12,5	7	87,5	
Situação Conjugal						
Casado		55	50,0	55	50,0	0,048
Solteiro		7	100,0	0	0,0	
Viúvo		37	60,7	24	39,3	
Separado		7	63,6	4	36,4	
Com quem vive						
Mora só		17	63,0	10	37,0	0,18
Cônjuge		32	58,2	23	41,8	
Cônjuge e filhos		24	42,9	32	57,1	
Filhos		26	63,4	15	36,6	
Outros		7	70,0	3	30,0	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 9: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis clínicas de acordo com classificação de caso e não-caso de depressão (N = 189)

VARIÁVEIS	GDS	CASO		NÃO-CASO		p*
		N	%	N	%	
Tempo de internação (dias)						
Até 9		31	48,4	33	51,6	0,13
10 a 19		39	55,8	31	44,2	
20 a 29		21	58,3	15	41,7	
≥ 30 dias		15	78,9	4	21,1	
Internações / último ano						
Nenhuma		40	47,1	45	52,9	0,044
Até 3		59	62,7	35	37,3	
> 3		7	77,8	2	22,2	
*1 s/ informações						
Consultas /último ano						
Nenhuma		15	65,2	8	34,8	0,21
Até 4		24	45,3	29	54,7	
5 a 12		55	61,8	34	38,2	
> 12		12	60,0	8	40,0	
* 4 s/ informações						
Diagnóstico psiquiátrico prévio						
Sim		41	64,1	15	62,5	0,38
Não		65	52,4	91	55,5	
Tipo de especialidade internação						
Clínica		23	35,9	41	64,1	0,13
Cirúrgica		59	48,4	66	51,6	
Diagnóstico CID - 10						
Doenças Ap. Circulatório		37	51,4	35	48,6	0,68
Neoplasias		26	56,5	20	43,5	
Doenças Ap. Digestivo		12	54,5	10	45,5	
Doenças Ap. geniturinário		10	55,6	8	44,4	
Doenças Ap. respiratório		9	60,0	6	40,0	
Outros		12	75,0	4	25,0	
Óbito						
Sim		20	83,3	4	16,7	0,004
Não		86	52,1	79	47,9	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 10: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo associação das variáveis sócio-demográficas e clínicas com pontuação da GDS na regressão linear (N = 189)

VARIÁVEIS	Coefficiente	IC ₉₅	p
Idade	- 0,050	- 0,108 a 0,007	0,08
Nº anos escolaridade	- 0,126	- 0,245 a - 0,008	0,037
Nº de consultas/último ano	0,055	0,014 a 0,096	0,009
Nº internações/último ano	0,468	0,207 a 0,728	0,000
Tempo de internação	0,042	0,015 a 0,070	0,002

Declínio Cognitivo

Todos os pacientes do estudo foram avaliados em relação à presença de declínio cognitivo. De acordo com os pontos de corte propostos por Bertolucci e cols. (1994) segundo a escolaridade, 29% dos pacientes apresentaram declínio cognitivo (Tabela 11). A pontuação média obtida na aplicação do MEEM foi de 20,05 (DP = 6,99), e a maioria dos pacientes obteve de 19 a 26 pontos.

Tabela 11: Distribuição dos pacientes segundo a presença de declínio cognitivo (N = 200)

DECLÍNIO COGNITIVO	N	%
Declínio cognitivo		
Caso	58	29,0
Não-caso	142	71,0

Na tabela 12 estão descritas as associações de casos e não-casos de declínio cognitivo com variáveis sócio-demográficas. Foi estatisticamente significativa a associação de casos de declínio cognitivo com faixa etária ($p < 0,001$), anos de escolaridade ($p < 0,001$), situação conjugal ($p = 0,015$) e arranjo familiar ($p < 0,001$). Pode-se observar um aumento no número de casos nas faixas etárias mais altas.

Tabela 12: Distribuição de número e percentagem dos pacientes segundo variáveis sócio-demográficas de acordo com a classificação de caso e não-caso de declínio cognitivo (N = 200)

VARIÁVEIS	MEEM	CASO		NÃO-CASO		p*
		N	%	N	%	
Sexo						
Masculino		22	25,0	66	75,0	0,27
Feminino		36	32,1	76	67,9	
Faixa Etária (anos)						
60 a 64		8	14,3	48	85,7	< 0,001
65 a 69		13	24,5	40	75,5	
70 a 74		9	24,3	28	75,7	
75 a 79		13	41,9	18	58,1	
≥ 80		15	65,2	8	34,8	
Nível de escolaridade						
s/ escolaridade		21	36,8	36	63,2	< 0,001
Baixa (até 3 ^a . série)		17	34,7	32	65,3	
Média (4 ^a . a 7 ^a . série)		14	18,9	60	81,1	
Alta (≥ 8 ^a . série)		6	30,0	14	70,0	
Situação ocupacional						
Empregado		0	0	2	100,0	0,73
Desempregado		2	18,2	9	81,8	
Aposentado		37	28,9	91	71,1	
Licença-médica		05	38,5	8	61,5	
Dona-de-casa		14	30,4	32	69,6	
Qualificação mão-de-obra						
Qualificada		16	21,6	58	78,4	0,08
Não-qualificada		42	33,3	84	66,7	
Renda per capita						
< 1 SM		26	27,4	69	72,6	0,64
1 a 2 SM		27	33,3	54	66,7	
2 a 3 SM		3	20,0	12	80,0	
≥ 3 SM		2	22,2	7	77,8	
Situação Conjugal						
Casado		23	20,4	90	79,6	0,015
Solteiro		4	40,0	6	60,0	
Viúvo		28	42,4	38	57,6	
Separado		3	27,3	8	72,7	
Com quem vive						
Mora só		05	17,9	23	82,1	< 0,001
Cônjuge/ cônjuge e filhos		23	20,2	91	79,8	
Filhos		22	50,0	22	50,0	
Outros		08	57,1	06	42,9	

* Teste Qui-quadrado

No entanto, pode-se observar de maneira mais detalhada a importante influência da escolaridade na pontuação obtida no MEEM (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo escolaridade de acordo com a classificação caso e não-caso de declínio cognitivo (N = 200)

Pontuação MEEM	Escolaridade		s/ escolaridade		Baixa		Média		Alta		p*
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Até 13	21	55,3	7	18,4	8	21,1	2	5,2			
14 a 18	16	48,5	10	30,3	7	21,2	0	0,0			
19 a 26	19	20,9	28	30,7	40	44,0	4	4,4		< 0,001	
≥ 27	1	2,6	4	10,5	19	50,0	14	36,9			

* Teste Qui-quadrado

Na Tabela 14 estão apresentados os resultados da associação de casos e não-casos de declínio cognitivo e variáveis clínicas. As associações mais significativas foram as de casos de declínio cognitivo com número de internações ($p = 0,014$) e casos de depressão ($p = 0,027$).

Tabela 14: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo variáveis clínicas de acordo com a classificação de caso e não-caso de declínio cognitivo (N = 200)

VARIÁVEIS	MEEM	CASO		NÃO-CASO		p*
		N	%	N	%	
Tempo de internação (dias)						
Até 9		15	22,4	52	77,6	0,32
10 a 19		26	35,6	47	64,4	
20 a 29		10	25,6	29	74,4	
≥ 30 dias		7	35,0	13	65,0	
No. internações / último ano¹						
Nenhuma		17	18,9	73	81,1	0,014
Até 3		35	35,4	64	64,6	
> 3		5	50,0	5	50,0	
No. consultas / último ano²						
Nenhuma		10	40,0	15	60,0	0,43
Até 4		13	22,4	45	77,6	
5 a 12		26	28,0	67	72,0	
> 12		5	25,0	15	75,0	
Tipo especialidade/internação						
Clínica		24	35,8	43	64,2	0,13
Cirúrgica		34	25,6	99	74,4	
Diagnóstico psiquiátrico prévio³						
Sim		8	33,3	16	66,7	0,70
Não		49	28,2	125	71,8	
Diagnóstico CID-10:						
Doenças Ap. Circulatório		20	26,7	55	73,3	0,35
Neoplasias		8	16,7	40	83,3	
Doenças Ap. Digestivo		5	20,8	19	79,2	
Doenças Ap. geniturinário		2	10,5	17	89,5	
Doenças Ap. respiratório		3	20,0	12	80,0	
Outros		7	36,8	12	63,2	
Óbito						
Sim		7	29,2	17	70,8	0,98
Não		51	28,9	125	71,1	
Depressão (GDS)						
Caso		33	31,5	73	68,5	0,027
Não-caso		14	17,1	69	82,9	

Teste Qui-quadrado

¹ sem informações de um caso/ ² sem informações de 4 casos/ ³ sem informações de 2 casos

Capacidade Funcional

Na avaliação da capacidade funcional, os pacientes que não estavam em condições físicas de fornecerem as informações, essas foram obtidas com os acompanhantes (N = 200).

A avaliação da capacidade funcional foi realizada através da aplicação de dois índices: Índice de Katz para atividades de vida diária e Índice de Lawton para atividades instrumentais de vida diária.

É observado na figura 3 que não há nenhum paciente totalmente independente nas atividades de vida diária, havendo, todavia, um predomínio (superior a 70%) de pacientes independentes em pelo menos cinco atividades e 47% independente para banho.

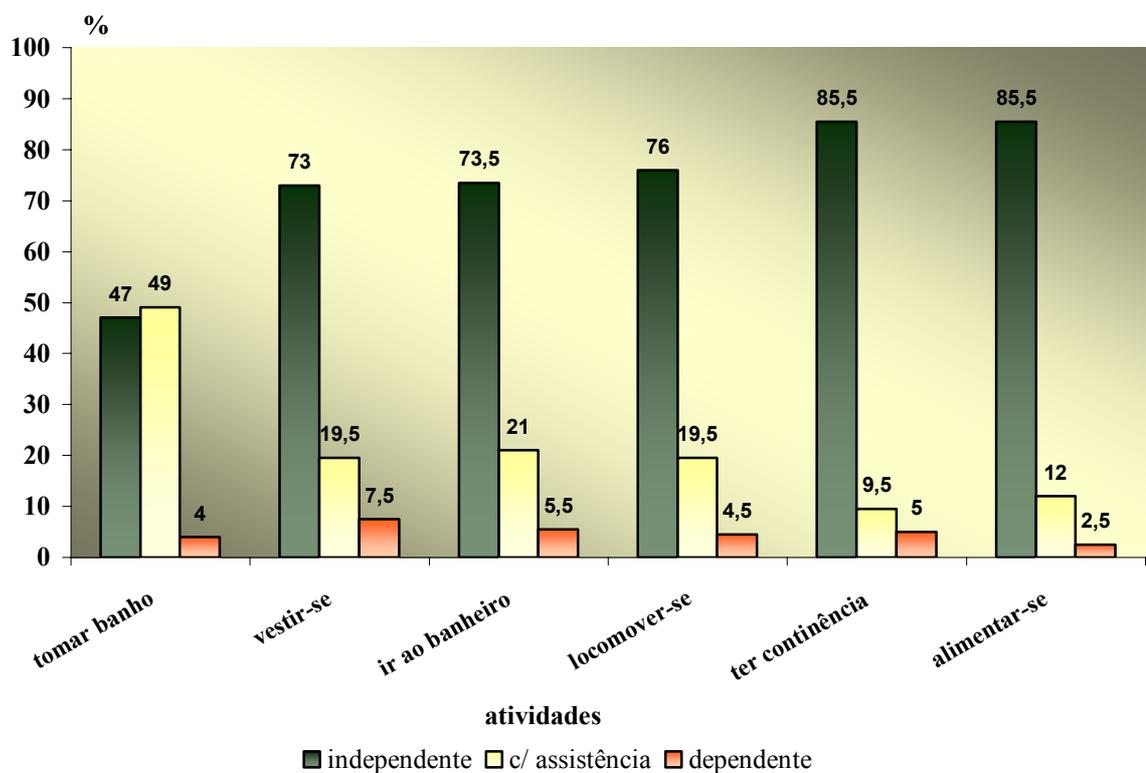


Figura 3: Distribuição dos pacientes segundo autonomia nas atividades de vida diária

Na avaliação da autonomia nas atividades instrumentais de vida diária (Figura 4) pode-se observar que diminui a independência nas atividades mais complexas, mesmo assim, a porcentagem de dependência foi inferior a 20% para todas as atividades instrumentais.

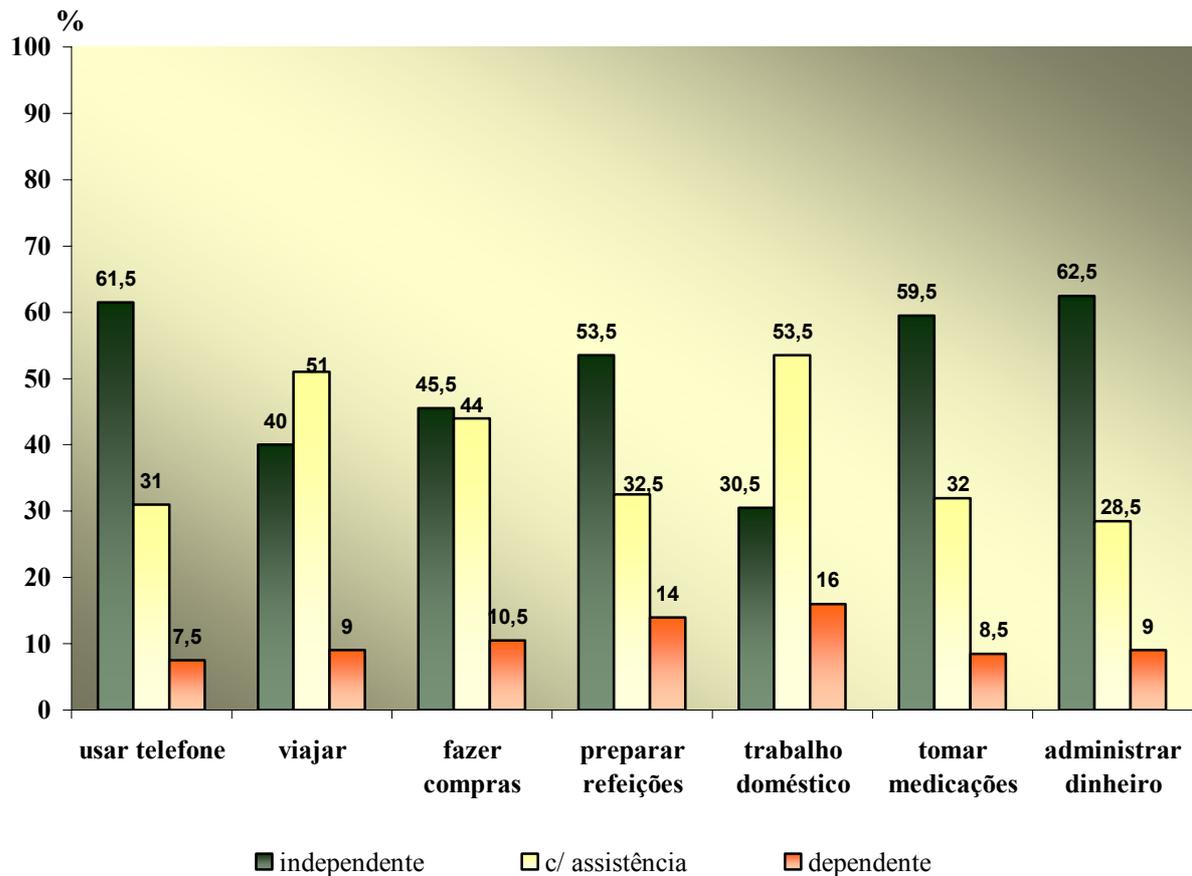


Figura 4: Distribuição dos pacientes segundo autonomia nas atividades instrumentais

Pode-se constatar que 71% dos pacientes eram independentes nas atividades de vida diária e 77,5% necessitavam de algum tipo de ajuda nas atividades instrumentais (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo capacidade funcional (N = 200)

ATIVIDADES	AUTONOMIA INDEPENDENTE		C/ AJUDA	
	N	%	N	%
Atividades vida diária (Katz)	142	71,0	58	29,0
Atividades instrumentais vida diária (Lawton)	45	22,5	155	77,5

Pode-se observar na tabela 16, a associação da autonomia do pacientes com a presença de caso ou não-caso de depressão (GDS). Foi constatado que a maioria dos pacientes que apresentavam sintomas depressivos necessitavam de ajuda tanto para atividades de vida diária ($p < 0,001$) quanto para as atividades instrumentais ($p = 0,032$).

O mesmo ocorreu com a associação da autonomia e presença de declínio cognitivo (MEEM). A maioria dos pacientes com declínio cognitivo necessitava de algum tipo de ajuda para AVDs ($p < 0,001$) e para AVIs ($p = 0,003$) (Tabela 17).

Tabela 16: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo capacidade funcional de acordo com casos e não-casos de depressão (N = 189).

AUTONOMIA	GDS	CASO		NÃO - CASO		p*
		N	%	N	%	
Atividades vida diária (Katz)						
	Independente	66	46,8	75	53,2	< 0,001
	C/ ajuda	40	83,3	8	16,7	
Atividades instrumentais vida diária (Lawton)						
	Independente	19	42,2	26	57,8	0,028
	C/ ajuda	87	60,4	57	39,6	

* Teste Qui-quadrado

Tabela 17: Distribuição de número e porcentagem dos pacientes segundo capacidade funcional de acordo com casos e não-casos de declínio cognitivo (N = 200).

AUTONOMIA	MEEM	CASO		NÃO - CASO		p*
		N	%	N	%	
Atividades vida diária (Katz)						
	Independente	22	15,5	120	84,5	< 0,001
	C/ ajuda	36	62,1	22	37,9	
Atividades instrumentais vida diária (Lawton)						
	Independente	5	11,1	40	88,9	0,003
	C/ ajuda	53	34,2	102	65,8	

* Teste Qui-quadrado

Razões de Prevalência

As razões de prevalência foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC₉₅)

Na tabela 18, pode-se observar que foram significativas as razões de prevalência de depressão e nível de escolaridade e situação conjugal. As razões de prevalência de depressão para pacientes com nível de escolaridade médio e baixo foram, respectivamente, 3,7 (IC_(95%) = 1,3 – 10,7) e 3,0 (IC_(95%) = 1,4 – 11,3) em relação aos pacientes com alta escolaridade. Com referência à situação conjugal, a razão de prevalência de depressão para pacientes sem companheiro foi de 1,3 (IC_(95%) = 1,0-1,6) em relação a pacientes que tinham companheiro.

Em relação às variáveis clínicas, foram significativas as razões de prevalência de depressão com relação à ocorrência de óbito; perda de autonomia nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária (Tabela 19). A razão de prevalência de depressão para aqueles que apresentaram ocorrência de óbito foi de 1,6 (IC_(95%) = 1,3-2,0) em relação àqueles para os quais se constatou a ausência de óbito. Também foi observada uma razão de prevalência de 1,8 (IC_(95%)=1,4-2,2) para pacientes com necessidade de ajuda para atividades de vida diária em relação àqueles pacientes que tinham autonomia e 1,4 (IC_(95%) = 0,9-2,1) para os que necessitavam de ajuda para atividades instrumentais em relação aos pacientes que tinham autonomia.

Observando-se as razões de prevalência de declínio cognitivo em relação às demais variáveis foram significativas para as faixas etárias mais altas e situação conjugal (Tabela 20). Pacientes na faixa etária de 80 anos ou mais

apresentaram uma razão de prevalência de 4,6 ($IC_{(95\%)} = 2,2-9,3$) em relação aos pacientes de 60 a 64 anos. Para pacientes na faixa etária de 75 a 79 anos observou-se uma razão de prevalência de 2,9 ($IC_{(95\%)} = 1,4 - 9,3$) também em relação aos de faixa etária mais baixa. Para aqueles pacientes sem companheiro, a razão de prevalência foi de 1,9 ($IC_{(95\%)} = 1,3 - 3,1$) em comparação aos pacientes que tinham companheiros.

Foi significativa a razão de prevalência de declínio cognitivo, quando se comparou o número de internações no último ano. Para os pacientes que tinham mais que três internações no último ano, a razão de prevalência foi de 2,6 ($IC_{(95\%)} = 1,2- 5,6$) em relação aos pacientes que não tiveram nenhuma internação. Para os pacientes com até três internações, a razão de prevalência foi de 1,9 ($IC_{(95\%)} = 1,1,- 3,1$) em comparação aos pacientes que não tiveram nenhuma internação (Tabela 21).

Também foram significativas as razões de prevalência de declínio cognitivo e perda da autonomia nas AVDs e AIVDs. Foi observada a razão de prevalência de 4,0 ($IC_{(95\%)} = 2,6-6,2$) para os pacientes que referiram necessidade de ajuda nas AVDs em relação aos pacientes que referiram autonomia; e razão de prevalência de 3,1 ($IC_{(95\%)} = 1,3-7,2$) para os pacientes que referiram necessidade de ajuda nas AIVDs em relação aos pacientes que referiram autonomia.

A razão de prevalência de declínio cognitivo e depressão foram significativas. Para os pacientes com sintomas depressivos a razão de prevalência foi de 1,8 ($IC_{(95\%)} = 1,0 - 3,2$) em relação aos pacientes que não apresentaram sintomas depressivos.

Tabela 18: Razão de prevalência de depressão segundo características sócio-demográficas (N=189)

VARIÁVEIS	DEPRESSÃO		CASO		RP	IC (95%)	p*
	N	%					
Sexo							
Masculino	44	41,5		1			
Feminino	62	58,5		1,1	(0,9 – 1,5)		0,28
Faixa etária (anos)							
60 a 64	26	47,3		1			
65 a 69	33	63,5		1,4	(0,9 - 1,9)		
70 a 74	23	65,7		1,4	(0,9 – 1,9)		0,22
75 a 79	17	56,7		1,2	(0,8 – 1,8)		
≥ 80	7	41,2		0,8	(0,4 – 1,6)		
Nível de escolaridade							
Alta	3	15,8		1			
Média	42	59,2		3,7	(1,3 – 10,7)		0,002
Baixa	60	61,6		3,0	(1,4 – 11,3)		
Situação Ocupacional							
Empregado + L.M.	6	54,5		1			
Desempregado	2	22,2		0,5	(0,1 – 1,9)		
Aposentado	78	61,4		1,3	(0,7 – 2,4)		0,07
Dona-de-casa	20	50,0		1,1	(0,5 – 2,1)		
Renda per capita							
≥ 2 SM	9	39,13		1			
1 a 2 SM	49	66,2		1,6	(1,0 – 2,8)		0,045
< 1 SM	48	52,2		1,3	(0,8, - 2,3)		
Situação Conjugal							
Com companheiro	55	50,0		1			0,05
Sem companheiro	51	64,5		1,3	(1,0 – 1,6)		

* Teste Qui-quadrado

Tabela 19: Razão de Prevalência de Depressão segundo variáveis clínicas (N = 189).

VARIÁVEIS	DEPRESSÃO		CASO		RP	IC (95%)	p*
	N	%	N	%			
Tempo de internação (dias)							
Até 9	31	48,4	1				
10 a 19	39	56,5	1,2		(0,8 – 1,6)		
20 a 29	21	58,3	1,2		(0,8 – 1,8)		0,13
≥ 30	15	78,9	1,6		(1,1 – 2,3)		
No. de internações/último ano							
Nenhuma	40	47,1	1				
Até 3	59	62,8	1,3		(1,0 – 1,7)		0,044
> 3	7	77,8	1,6		(1,1 – 2,5)		
No. de consultas/último ano							
Nenhuma	15	65,2	1				
Até 4	24	45,3	0,7		(0,4 – 1,1)		0,21
5 a 12	55	61,8	0,9		(0,7 – 1,3)		
> 12	12	60,0	0,9		(0,6 – 1,5)		
Óbito							
Não	86	52,1	1				
Sim	20	83,3	1,6		(1,3 – 2,0)		0,004
Atividades vida diária (Katz)							
Independente	66	46,8	1				
C/ ajuda	40	83,3	1,8		(1,4 – 2,2)		< 0,001
Atividades Instrumentais (Lawton)							
Independente	19	42,2	1				
C/ ajuda	87	60,4	1,4		(1,0 – 2,1)		0,028

* Teste Qui-quadrado

Tabela 20: Razão de prevalência de declínio cognitivo segundo características sócio-demográficas (N = 200)

VARIÁVEIS	DECLÍNIO COGNITIVO		RP	IC (95%)	p*
	CASO				
	N	%			
Sexo					
Masculino	22	25,0	1		
Feminino	36	32,1	1,3	(0,8 – 2,0)	0,27
Faixa etária (anos)					
60 a 64	8	14,3	1		
65 a 69	13	24,5	1,7	(0,7 – 3,8)	
70 a 74	9	24,3	1,7	(0,7 – 4,0)	< 0,001
75 a 79	13	41,9	2,9	(1,4 – 6,3)	
≥ 80	15	65,2	4,6	(2,2 – 9,3)	
Nível de escolaridade					
Alta	02	10,5	1		
Média	13	17,8	0,8	(0,3 – 1,9)	< 0,001
Baixa	30	27,8	1,3	(0,6 – 2,9)	
Qualificação mão-de-obra					
Qualificada	16	21,6	1		0,08
Não-qualificada	42	33,3	1,5	(0,9 – 2,5)	
Situação Ocupacional					
Empregado + L.M.	5	38,5	1		
Desempregado	2	18,2	0,5	(0,1 – 2,3)	0,73
Aposentado	37	28,9	0,9	(0,4 – 2,1)	
Dona-de-casa	14	30,4	0,9	(0,4 – 1,9)	
Situação Conjugal					
Com companheiro	23	20,4	1		
Sem companheiro	35	40,2	1,9	(1,3 – 3,1)	0,002

* Teste Qui-quadrado

Tabela 21: Razão de Prevalência de Declínio Cognitivo segundo variáveis clínicas (N = 200)

VARIÁVEIS	DECLÍNIO COGNITIVO	CASO		RP	IC (95%)	p*
		N	%			
Tempo de internação (dias)						
	Até 9	15	22,4	1		
	10 a 19	26	35,6	1,6	(0,9 – 2,7)	0,32
	20 a 29	10	25,6	1,1	(0,6 – 2,3)	
	≥ 30	7	35,0	1,5	(0,7 – 3,2)	
No. de internações/último ano						
	Nenhuma	17	81,1	1		
	Até 3	35	64,6	1,9	(1,1 – 3,1)	0,014
	> 3	5	50,0	2,6	(1,2 – 5,6)	
No. de consultas/último ano						
	Nenhma	10	40,0	1		
	Até 4	13	22,4	0,6	(0,3 – 1,1)	0,43
	5 a 12	26	27,9	0,7	(0,4 – 1,2)	
	> 12	5	25,0	0,6	(0,2 – 1,5)	
Óbito						
	Sim	7	29,2	1,0	(0,5 – 1,9)	0,98
	Não	51	28,9	1		
Atividades vida diária (Katz)						
	Independente	22	15,5	1		
	C/ ajuda	22	37,9	4,0	(2,6 – 6,2)	< 0,001
Atividades Instrumentais (Lawton)						
	Independente	5	11,1	1		
	C/ ajuda	53	34,2	3,1	(1,3 – 7,2)	0,003
Depressão						
	Caso	33	31,1	1,8	(1,0 – 3,2)	0,027
	Não-caso	14	17,1	1		

* Teste Qui-quadrado

Análise Multivariada

Foram incluídas na regressão logística do estudo da associação dos sintomas depressivos com as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, situação ocupacional, renda *per capita*, situação conjugal, arranjo familiar, tempo de internação, número de internações e consultas no último ano e ocorrência de óbito e autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.. No modelo final permaneceram apenas as variáveis: escolaridade, autonomia nas atividades básicas de vida diária e ocorrência de óbito (Tabela 22).

Tabela 22: Razão de Prevalência, Razão de chance bruto e ajustado das variáveis: escolaridade, atividade básica de vida diária e óbito para a presença de sintomas depressivos.

Variáveis	RP	RC brutas	RC _{ajustado}	p
Escolaridade				
Alta	1	1	1	0,04
Média		7,9 (1,7 – 35,3)	5,0 (1,5 – 23,4)	
Baixa		8,3 (1,8 – 37,8)	7,1 (1,7 – 28,9)	
S/ escolaridade		7,7 (1,8 – 31,9)	6,0 (1,4 – 24,2)	
ABVDs (Katz):				
Sem ajuda	1	1	1	< 0,001
Com ajuda	1,8 (1,4 – 2,2)	6,3 (2,5 – 15,9)	5,7 (2,3 – 13,7)	
Óbito				
Não	1	1	1	0,01
Sim	1,6 (1,3 – 2,0)	4,6 (1,5 – 14,4)	3,9 (1,8 – 12,8)	

Foram incluídas na regressão logística do estudo de associação das variáveis com declínio cognitivo: sexo, faixa etária, escolaridade, qualificação de mão-de-obra, situação conjugal, arranjo familiar número de internações no último ano, tipo de especialidade da internação, sintomas depressivos, autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e ocorrência de óbito. No modelo final ficaram apenas as variáveis: idade, número de internações no último ano, autonomia das atividades básicas de vida diárias (Tabela 23).

Tabela 23: Razão de Prevalência, Razão de Chance bruto e ajustado das variáveis idade, número de internações no último ano, atividade básica de vida diária e óbito para a presença de declínio cognitivo.

Variáveis	RP	RC brutas	RC _{ajustado}	p
Idade				
60 anos	1	1 1,1(1,1 – 1,2)	1 1,1 (1,1 – 1,2)	< 0,001
Número de internações				
Nenhuma	1	1	1	0,08
1 a 3	1,9 (1,1 – 3,1)	2,1 (1,1 – 4,3)	1,6 (0,7 – 3,5)	
> 3	2,6 (1,2 – 5,6)	4,3 (1,1 – 17,2)	5,2 (1,2 – 31,8)	
ABVDs (Katz):				
Sem ajuda	1	1	1	< 0,001
Com ajuda	4,0 (2,6 – 6,2)	8,9 (4,4 – 17,9)	8,1 (3,7– 17,6)	



Discussão

As prevalências de sintomas depressivos e declínio cognitivo obtidas neste estudo para idosos internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu foram, respectivamente, 56,1% e 29%. A presença de sintomas depressivos foi significativamente associada às variáveis: escolaridade; perda da autonomia nas atividades básicas de vida diária e ocorrência de óbito, após ajuste para variáveis de confusão. Foram significativas as associações de declínio cognitivo com idade, número de internações, perda da autonomia nas atividades básicas de vida diária, após ajuste para variáveis de confusão. No entanto, é importante tecer algumas considerações antes de contrapor estes resultados às hipóteses levantadas e à literatura da área.

Limitação do estudo

Os estudos transversais permitem obter dados de prevalência de determinados transtornos de uma população, comparar características das pessoas dessa população com e sem aqueles transtornos e assim especificar potenciais fatores de risco, o que possibilita estabelecer: políticas de saúde, planejar serviços, descrever o impacto da condição avaliada naquela população, e estabelecer o nível de incapacidades associadas àquelas condições (Prince, 2003). Porém, sua principal desvantagem é não oferecer indícios sobre a etiologia das condições ou transtornos avaliados, uma vez que as variáveis de exposição (potenciais fatores de risco) e o desfecho do estudo (transtorno ou condição de saúde) são medidos simultaneamente, o que impossibilita assegurar, na presença de associações entre eles qual é a direção de causalidade (Prince, 2003), desvantagem que ocorreu também no presente estudo.

Além da limitação própria dos desenhos desse tipo, ressalta-se que num estudo de corte transversal de fase única, na qual se utilizou apenas instrumentos de rastreio do transtorno em foco, conta-se com a limitação adicional de não se ter um diagnóstico de demência ou depressão, mas indicações de possíveis casos desses desfechos. Também é importante destacar que os instrumentos de rastreio aqui utilizados, ainda que aceitos universalmente e validados para a população brasileira, apresentam limitações.

O MEEM desenvolvido por Folstein (1975), é reconhecidamente um instrumento que sofre a influência da escolaridade, como indicam vários autores (Fillenbaum e cols., 1988; O'Connor e cols.; 1991; Almeida, 1998; Scazufca e cols., 2002). Por esta razão, Bertolucci e cols (1994) propuseram a utilização de pontos de

corte diferenciados para a avaliação do mesmo, tendo em vista a grande porcentagem de indivíduos com baixa escolaridade na população brasileira. Com essa preocupação, utilizaram-se nessa pesquisa os pontos de corte sugeridos por Bertolucci e cols. (1994). Porém, essa diferenciação não elimina a dificuldade do teste para os idosos de baixa escolaridade, de forma especial nos sujeitos aqui avaliados, com grande porcentagem com poucos anos de escola, ou até não alfabetizados e, além disso, submetidos à internação, com condição de saúde, algumas vezes, bastante prejudicada, o que pode ter levado à inclusão de alguns pacientes como falsos positivos em relação ao declínio cognitivo.

Com relação à GDS, também uma escala considerada adequada para avaliação clínica de depressão (Almeida, 1999), sabe-se que para a condição de muitos sujeitos desta pesquisa é uma escala que apresenta dificuldades, especialmente porque frequentemente a depressão no idoso acompanha-se de experiências de prejuízo da memória e prejuízo cognitivo em geral (Yesavage e cols., 1983), o que pode comprometer a compreensão das questões e as respostas às mesmas.

Destaca-se ainda que por esta investigação ter sido realizada num hospital de ensino, que oferece predominantemente atenção em nível terciário, é limitada a possibilidade de generalização dos achados aqui relatados.

Características sócio-demográficas

Dos 200 pacientes avaliados, 56% eram do sexo feminino. Encontravam-se nas faixas etárias mais baixas (60 a 69 anos) 54,5%, observando-se um decréscimo na porcentagem de pessoas nas faixas etárias mais altas. A maioria dos pacientes apresentou baixa escolaridade e relatou ocupação prévia em serviços que não exigiam qualificação de mão-de-obra, conseqüentemente, a renda *per capita* da maioria dos pacientes era inferior a um salário mínimo. Em uma pesquisa realizada no Centro de Saúde Escola de Botucatu, foi verificado que a maioria dos pacientes atendidos naquela unidade também era do sexo feminino (Casale, 2003), outra semelhança com esse estudo foi em relação ao nível de escolaridade, em que a maioria dos idosos (50,5%) tinha baixa escolaridade. No entanto, na população atendida no Centro de Saúde foi observada melhor faixa de renda *per capita* que a dos pacientes avaliados no Hospital das Clínicas (Casale, 2003), talvez por se tratar de um serviço localizado em área central da cidade, e não regional como o Hospital das Clínicas. Ruiz (1996), numa pesquisa sobre causas da mortalidade de idosos no município de Botucatu constatou que a população idosa desse município é, em sua maioria, do sexo feminino (56,1%), com idade média de 68,4 anos (DP = 7,69) para o sexo masculino e 68,7% (DP = 7,03) para o sexo feminino. Nessa mesma pesquisa, Ruiz (1996) verificou que em relação à ocupação, a maioria dos idosos do sexo masculino referiu estar aposentada e entre as mulheres foi comum referirem ser “do lar”; a maioria dos idosos apresentou baixo nível de escolaridade (analfabetos - 28,8% e primário incompleto - 39,5%) e renda *per capita* até um salário mínimo (52,3%). Esses dados são muito semelhantes aos encontrados na presente investigação, os quais também refletem a realidade brasileira que, segundo indicadores do IBGE (2002), é composta, em sua maioria, de idosos do sexo

feminino, que têm em média 69 anos de idade, e 3,4 anos de estudo, sendo a maior escolaridade observada entre os idosos do sexo masculino. Os dados do IBGE (2002) indicam também que a maioria da população idosa tem baixa renda.

Em relação à situação conjugal, constatou-se que a maior parcela dos idosos avaliados era casada e morava com cônjuge ou cônjuge e filhos, enfim, com a família nuclear. Entre os pacientes que viviam sozinhos (sem companheiro), a maioria era do sexo feminino. Foi observado para esses idosos outros arranjos de moradia como morar na casa de filhos, parentes, sozinhos ou em instituições. Segundo o IBGE (2002), tem sido observado um aumento no número de idosos responsáveis pelo domicílio nos últimos anos, sendo também a maioria dos responsáveis, do sexo feminino; e um aumento também de domicílio unipessoais, havendo elevada proporção de mulheres idosas que vivem sós ou sem o cônjuge, provavelmente viúvas (IBGE, 2002). Em Botucatu, entre os idosos atendidos no Centro de Saúde também predominou a situação conjugal em que a maioria era casada, e vivia com companheiro e entre os que viviam só, predominavam pessoas do sexo feminino (Casale, 2003).

Foi possível verificar que grande parte dos idosos participantes da presente investigação era procedente de Botucatu (SP), seguidos de pacientes de outras cidades da DIR XI, para as quais o Hospital das Clínicas é serviço de referência, o que provavelmente pode favorecer a maior proximidade com a família por meio da visita de familiares a esses idosos durante a internação. Pode-se observar que os idosos aqui estudados têm características sócio-demográficas muito semelhantes às daqueles pacientes atendidos no Centro de Saúde Escola (Casale, 2003), bem como assemelham-se às características dos idosos da cidade de Botucatu (Ruiz, 1996), do Estado de São Paulo e de outras regiões do país (IBGE, 2002).

Características clínicas

No ano de 2005, foram registradas 18.633 internações no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, sendo 21,4 % internações de idosos com 60 anos ou mais.

Neste estudo constatou-se que 37,5% dos idosos avaliados apresentavam doenças do aparelho circulatório, 24% de neoplasias, 12% doenças de aparelho digestivo. Esses dados assemelham-se aos obtidos em estudos de idosos atendidos no ambulatório de geriatria do Centro de Saúde-Escola também localizado no município de Botucatu, em que se obteve uma prevalência maior de doenças do aparelho circulatório (37,3%). A morbidade referida, em estudo populacional de idosos no município de São Paulo (Projeto SABE) também indicou altas porcentagens de doenças do aparelho circulatório (hipertensão 53%; problemas cardíacos 19,5%). Destaca-se que os dados do presente estudo revelam alta prevalência de neoplasias (24%), provavelmente por se tratar de idosos internados em hospital de nível terciário e uma grande parte deles em enfermarias cirúrgicas.

Estudo sobre causas de mortalidade em idosos realizado por Ruiz (1996) no município de Botucatu, também apresenta como mais prevalentes causas de óbito por doenças do aparelho circulatório.

Dados divulgados pela OPAS/OMS (1998), em relação às causas de mortalidade dos idosos no Brasil, atribuíram 47% dos óbitos registrados em 1994 na população de idosos no Brasil às doenças do aparelho circulatório, seguindo-se as neoplasias (16%) e doenças do aparelho respiratório (14%).

Em relação ao uso dos serviços de saúde, pode-se observar aqui, um predomínio do uso de serviços de saúde pelas mulheres. As mulheres permaneceram mais tempo internadas e relataram maior frequência às consultas médicas. Em contrapartida, grande percentual dos homens referiu não ter feito nenhuma consulta no último ano e utilizaram menos os serviços de saúde. No Projeto SABE, Lebrão & Laurenti (2003) verificaram que elevada proporção de idosos declararam sofrer de três ou mais doenças, sendo esse fato mais comum entre as mulheres (48%), observando que as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde e, portanto, tem mais informações sobre sua doença. Também foi observado naquele estudo que todas as doenças crônicas têm sua prevalência aumentada conforme aumenta a idade dos idosos.

Outro dado observado na presente pesquisa foi em relação aos aspectos psiquiátricos. Tinham diagnóstico psiquiátrico prévio 12 % dos idosos avaliados, e esses pacientes referiram ter feito tratamento anteriormente. No entanto, na maioria dos casos, não havia referência nem a esses diagnósticos (12%) e nem ao tratamento previamente feito.

Sintomas Depressivos

Nesta pesquisa obteve-se uma prevalência de 56,1% de sintomas depressivos. Os resultados aqui obtidos foram bastante superiores aos verificados por Shah e cols. (1992) 48%, Ribeiro e cols. (1994) 49,5% ambos estudando idosos institucionalizados e Guimarães (1997) 44% com idosos hospitalizados. Nas pesquisas realizadas com idosos da comunidade, como por exemplo, as de Blazer & Willian (1980), Stoppe Jr e cols (1994) e Cerqueira (2003), podem-se observar menores taxas de prevalências, respectivamente, 14,7%, 13%, 18,1%. Sartorius (1993) e Snowdon (2002) ressaltaram como característica própria da depressão no idoso a associação desses quadros com outros distúrbios psiquiátricos e principalmente com a ocorrência simultânea de outra doença física, enfatizando que a prevalência dos sintomas depressivos aumenta significativamente entre àqueles com doenças crônicas (Sartorius, 1993).

A análise univariada à qual foram submetidos os dados desse estudo indicou como significativas as associações de sintomas depressivos com as seguintes variáveis sócio-demográficas: escolaridade, renda e situação conjugal. Também foram significativas as associações com as seguintes variáveis clínicas: número de internações, óbito e perda da autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Como neste trabalho, Almeida Filho (1992) não encontrou diferença significativa na prevalência de depressão entre os sexos. No entanto, podem-se encontrar várias pesquisas populacionais com idosos que detectaram significativamente mais sintomas depressivos no sexo feminino (Blazer,

1991; Beckman, 1995; Cerqueira, 2003). Todavia, alguns autores (Blazer, 1991; Sartorius, 1993; Stoppe Jr., 1994; Beckman, 1995; Silberman, 1995) relatam que os sintomas depressivos estão intimamente associados a condições adversas. A internação e o estresse associados ao impacto do adoecer podem ser considerados condições adversas, aumentando significativamente o risco da ocorrência de uma depressão que, quando presente, tende a ser mais grave (Fráguas Jr., 2000; Fráguas Jr. & Figueiró, 2001). Cabe destacar que tanto homens como mulheres estavam expostos a essa adversidade. Outros estudos (Kessler e cols, 1993; Ambrozin, 2002) relatam que, com o aumento da idade, tende a se igualar a frequência da depressão entre homens e mulheres.

A idade é outra variável que tem achados inconsistentes na literatura em relação a sua associação com sintomas depressivos. Não é possível concluir se a depressão é mais comum em alguma faixa etária (Snowdon, 2002). Nesse estudo a idade não foi significativamente associada a sintomas depressivos. No entanto, vários autores têm encontrado essa associação (Blazer, 1991; Aguiar & Dunningham, 1993; Almeida e cols, 1997), o que tem fortalecido a afirmação de que a velhice é a fase de vida em que os indivíduos são considerados mais expostos a fatores de risco para depressão como os eventos vitais (perdas, lutos), e as alterações nas condições de saúde e suporte social (Blay, 2001).

Verificou-se que nível de escolaridade apresentou significativa associação com sintomas depressivos ($p= 0,02$), sendo observadas maiores taxas de prevalência nos indivíduos com menor escolaridade. Os baixos níveis de escolaridade têm relação com maiores índices de não-qualificação de mão-de-obra, conseqüentemente menor renda, o que, mais uma vez pode expor esses idosos à

condições de vida mais desfavoráveis, que aqui associou-se significativamente com sintomas depressivos ($p = 0,020$). Veras & Coutinho (1991) também observaram esta associação numa pesquisa realizada em bairros da cidade do Rio de Janeiro com diferentes níveis de poder aquisitivo, detectando maiores taxas de prevalência de sintomas depressivos no bairro onde predominava menor poder aquisitivo.

Blazer (1991) e Beekman (1995) observaram que os sintomas depressivos podem estar associados a apoio social deficiente. Evidenciou-se nesta investigação que os idosos que viviam sem companheiro estavam predominantemente mais expostos aos sintomas depressivos do que aqueles que viviam com companheiros ($p = 0,048$), o que pode também significar menor possibilidade de apoio social.

Importante preocupação de se estudar a associação de sintomas depressivos e condição médica (doença física) é a possibilidade do aumento das taxas de morbidade e mortalidade para os portadores de depressão (Guimarães, 1997; Fráguas, 2002). Bladwin (2001), numa revisão de literatura, observou que são variados os resultados referentes ao prognóstico de depressão no idoso em relação à recaída e cronicidade, mas há consenso em relação à alta mortalidade. Na presente pesquisa constatou-se significativa associação de sintomas depressivos e ocorrência de óbito. A prevalência de 56,1% de sintomas depressivos entre os idosos internados, aumentou para 83,3% entre os pacientes que faleceram durante a internação.

Outra variável que se associou significativamente à depressão foi o número de internações no último ano ($p = 0,04$). Chama-se atenção que grande número de internações pode ser visto como indicativo de maior comprometimento da

saúde e condição médica mais grave, que confirma o que vários autores descrevem em relação à maior utilização dos serviços de saúde pelos pacientes com depressão (Gazalle e cols., 2004; Fleck e cols., 2002), dado também verificado nessa pesquisa.

Também foi constatado neste estudo, significativa associação de sintomas depressivos com perda da autonomia nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, lembrando que esses pacientes estavam expostos a condições clínicas que poderiam causar debilidade física e emocional. Esses dados evidenciam a necessidade de cuidados desses pacientes, que podem ter sua dependência do meio social externo bastante acentuada.

Foi observada importante associação de sintomas depressivos com declínio cognitivo, o que pode comprometer ainda mais a capacidade funcional dos pacientes avaliados aqui. Snowdon (2002) chama a atenção de que essa é uma associação comum entre os idosos institucionalizados e hospitalizados e que a partir dos 75 anos é comum a associação de depressão com casos de demência.

Considerando a importante repercussão que a depressão tem no contexto médico, é essencial que diagnósticos sejam realizados, porém chama atenção neste estudo a baixa porcentagem de registro de diagnóstico psiquiátrico de depressão no prontuário do paciente (3%), trazendo conseqüentemente, baixa possibilidade de tratamento para esses quadros. Gazalle e cols. (2004) realizaram um estudo para verificar se os médicos, em geral, estavam investigando depressão em idosos e concluíram que depressão é pouco investigada no contexto clínico, sendo considerada como decorrência natural do envelhecimento. Essa constatação pode sugerir despreparo dos profissionais de saúde para detectar e tratar essa doença, o

que pode acarretar a falta de compreensão de sua importância e de sua repercussão social, uma vez que a depressão está associada a um funcionamento social inadequado e pior qualidade de vida.

Embora os resultados obtidos na análise univariada tenham indicado como significantes as associações acima discutidas e que estão em consonância – a maior parte dela - com a literatura citada, destaca-se que após a análise multivariada, permaneceram significativamente associadas à sintomas depressivos: escolaridade, ocorrência de óbito e perda de autonomia para as atividades básicas de vida diária. Esse resultado fortalece a idéia da relevância de se identificar e tratar depressão, uma vez que a mesma se associa à óbitos e perda da capacidade funcional, evidenciando o prejuízo social a que são submetidos os seus portadores.

Declínio cognitivo

Neste estudo foi constatada a prevalência de 29% de declínio cognitivo em idosos internados. Em outras investigações sobre aspectos cognitivos do idoso, realizadas no Brasil, foram verificadas diferentes prevalências em diferentes contextos. Engelhard e cols (1998) constataram a prevalência de 52,4% de declínio cognitivo em idosos institucionalizados e Cerqueira (2003) verificou a prevalência de 6,9% de declínio cognitivo num estudo populacional no município de São Paulo, sugerindo que as condições de institucionalização e internação podem ser bastante prejudiciais ao idoso.

Foram observadas, na análise univariada associações estatisticamente significativas de prejuízo cognitivo com as variáveis sócio-demográficas e clínicas: idade, escolaridade, situação conjugal, arranjo familiar, número de internações, perda da autonomia de vida diária nas atividades básicas e instrumentais de vida diária e sintomas depressivos.

O aumento da idade é uma variável intimamente associada ao declínio cognitivo, observada aqui e em consonância com a literatura da área. Foi verificada nesta investigação que a prevalência de declínio cognitivo entre os idosos na faixa etária de 60 anos foi de 14,3%, chegando a 65,2% entre os idosos com 80 anos ou mais. No Projeto SABE, que utilizou amostra populacional, foram observadas as prevalências de 4,2% para os idosos mais novos (60 a 74 anos) e de 17,7% para os idosos mais velhos (80 anos ou mais). Em pesquisas de prevalência de demência, também em estudos populacionais, essa associação também é observada. No Brasil, o estudo de idosos da cidade de Catanduva (SP) de Herrera Jr. e cols.

(1998) verificou uma prevalência de 7,1%, destacando o aumento da mesma nos idosos mais velhos. Hoffman e cols (1991) observou que a prevalência de demência aos 60 anos é de 1% e a partir dos 90 anos é de 32,2%. Nas revisões de literatura realizadas por Jorm (1997) e Prince (1997) foram constatadas que a prevalência de demência aumenta conforme a idade e que esta dobra a cada cinco anos após os 60 anos de idade.

A taxa de prevalência de declínio cognitivo aqui encontrada foi bem mais alta que a observada no Projeto SABE, o que leva a se considerar as condições dos idosos aqui estudados e o instrumento utilizado. É importante ressaltar que os idosos desta pesquisa tinham outras doenças associadas ao declínio cognitivo e, provavelmente, em condição de maior gravidade que demandaram internação, fator que pode ter contribuído para o aumento da prevalência aqui encontrada. Em relação ao instrumento, sabe-se que este sofre importante impacto da escolaridade (Bertolucci, 1994 e Almeida, 1999). No Projeto SABE, onde foram encontradas menores taxas de prevalência, além de ter sido realizado com idosos da comunidade, foi utilizado o MEEM abreviado, validado por Icasa e Albala (1999) com o objetivo de eliminar os efeitos da escolaridade sobre o teste. No presente estudo foi possível observar a influência da escolaridade no desempenho cognitivo dos idosos (Tabela 13), predominando os pacientes sem escolaridade entre aqueles com pontuação inferior a 18. Entre os pacientes com alta escolaridade observou-se o inverso, um predomínio de pacientes com pontuação acima de 26. Se fosse considerado o ponto de corte da versão original do teste, 24 pontos (Folstein, 1975), sem diferenciação por nível de escolaridade, provavelmente teria sido obtida uma prevalência maior do que a aqui relatada, razão pela qual optou-se por utilizar essa

avaliação diferenciada. A escolaridade, além de ser uma importante variável na avaliação devido a sua influência no instrumento também é considerada por alguns autores como fator protetor para o desenvolvimento da demência (Di Carlo e cols, 2002).

É provável, no entanto, que neste estudo além dos efeitos da escolaridade e os efeitos da debilidade física dos pacientes, a presença de sintomas depressivos possam ter influenciado o desempenho cognitivo desses sujeitos, uma vez que se observou uma associação desses sintomas com os casos de declínio cognitivo.

Em relação à situação conjugal, verificou-se um aumento na razão de prevalência (RP= 1,9; p = 0,002) de declínio cognitivo entre os idosos que vivem sem companheiro (solteiros e viúvos), sugerindo a importância da rede de apoio como fator protetor para o idoso. Considera-se também que se ele apresenta déficit nas funções cognitivas, pode precisar de ajuda para o desempenho de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária, como foi verificado entre os idosos aqui estudados. Então, além da necessidade do idoso ser cuidado em função da diminuição de sua capacidade funcional e cognitiva, a rede de apoio é importante também como fator protetor em relação aos sintomas depressivos (RP = 1,3; p = 0,05). A associação de declínio cognitivo com sintomas depressivos sugere que essas duas condições podem ser acentuadas pelas condições adversas do adoecer e da própria internação, embora não seja possível estabelecer uma direção de causalidade dessa associação.

Apesar da importância teórica das variáveis identificadas como significativamente associadas à declínio cognitivo pela análise univariada, quando submetidas à regressão logística, mantiveram a significância estatística apenas as associações com: idade, número de internações e perda da autonomia para atividades básicas de vida diária, o que pode ser explicado pela gravidade da condição médica dos pacientes com declínio cognitivo.

Além dos aspectos indicados por este estudo, ressalta-se que entre os casos de declínio cognitivo, é bastante provável que haja casos de demência, entre os quais a ocorrência de transtornos comportamentais e psicológicos é frequente (International Psychogeriatric Association, 2002). Esses transtornos (alucinações, delírios, agressividade, agitação) podem interferir nos cuidados a serem prestados a esses pacientes como relatam Fick & Foreman (2000). Assim sendo, mais uma vez acentua-se a necessidade de preparar os profissionais de saúde para detecção e intervenção nesses casos. Esses idosos, se não tratados adequadamente, podem ter piora significativa na sua qualidade de vida, com maior risco de acentuar a morbidade e mortalidade, além de sobrecarregar ainda mais os serviços de saúde e seus familiares.



Conclusões

O presente trabalho permitiu as seguintes conclusões:

◆ Houve importante associação de declínio cognitivo a idade, observando-se um aumento gradual dos casos nas faixas etárias mais altas, o que confirma a hipótese inicial deste trabalho e está em consonância com a literatura da área.

◆ Existe uma associação de sintomas depressivos com baixa escolaridade e menor renda, o que confirma também a hipótese inicial deste trabalho e sugere que os idosos expostos a essas condições estão mais suscetíveis à depressão. Não se observou uma associação estatisticamente significativa de sintomas depressivos com sexo, não se constatando, portanto, maior prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres, conforme descreve grande parte da literatura, provavelmente, devido aos idosos, homens e mulheres, estarem igualmente expostos ao impacto do adoecer e da internação.

◆ Demonstrou-se que o declínio cognitivo foi uma condição associada ao envelhecer (mais freqüente nas idades mais altas) e ao comprometimento da capacidade funcional dos idosos (perda da autonomia para as atividades básicas e instrumentais de vida diária), causando, provavelmente, piora da sua qualidade de vida, sobrecarregando tanto os serviços de saúde como os familiares desses idosos.

◆ Também se verificou associação de sintomas depressivos com perda da capacidade funcional, o que, mais uma vez, pode indicar piora da qualidade de vida do idoso, com consequência para os serviços de saúde e família desses idosos. Essa sobrecarga foi demonstrada pela associação estatisticamente, significativa, entre declínio cognitivo e o número de internações no último ano, também verificada nesta pesquisa.

◆ Constatou-se a associação de sintomas depressivos com a ocorrência de óbito, ratificando a literatura da área que relata maior taxa de mortalidade entre os idosos internados que apresentam depressão do que entre aqueles que não apresentam esse transtorno.

Diante dessas conclusões, aponta-se:

◆ A necessidade de preparar profissionais da área de saúde para detectar e tratar adequadamente sintomas depressivos e declínio cognitivo nos idosos, considerando a importante repercussão que essas doenças podem ter tanto para o idoso como para a sociedade.

◆ A necessidade de organizar e planejar as políticas e serviços de saúde, preparando-os para receber e atender adequadamente essa população, que tende a aumentar significativamente nos próximos anos.



*Referências
Bibliográficas*

Aguiar WM, Dunningham W. Depressão geriátrica: aspectos clínicos e terapêuticos. *Arq Bras Méd.* 1993; 67:297-9.

Almeida OP. Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; 56 (3 A): 412-18.

Almeida OP. Mini-Exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998; 56(3-B):605-12;

Almeida OP. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999; 57(4): 937-43.

Almeida OP, Forlenza OV, Lima NKC, Bigliani V, Arcuri SM, Gentile M, et al. Psychiatric morbidity among the elderly in a primary care setting – report from a survey in São Paulo, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997; 12:728-36.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999; 57(2B): 421-6.

Almeida OP. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência In *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo Lemos Editora, 2000.Cap. 35, p. 331-43.

Almeida-Filho NJJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED'A. Estudo Multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev Assoc Bras Psiquiatr – APAL.* 1992; 14(3):93-104.

Almeida –Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbity. Methodological features and prevalence estimates. *Br Psychiatry.* 1997; 17 (12): 524-29.

* National Library of Medicine. List of journals in Index Medicus. Washington; 2003. 306p. Comite Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. *J Pediatr* 1997; 73:213-24.

Ambrozin S. Variáveis psicossociais e comportamentais como fatores de risco na doença coronariana: uma comparação entre homens e mulheres [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2002.

Baldwin RC. Prognóstico da depressão no idoso. In: Neuropsiquiatria geriática. São Paulo: Atheneu; 2001. Cap. 30, p.359-70.

Beekman ATF, Deeg DJH, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*;1995, 36:65-75.

Berquó ES, Leite VM. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Ciênc Cult* 1988; 40: 679-88.

Bertolucci PHF, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994; 52:1-7.

Blazer DG, Williams CD. The Epidemiology of dysphoria and depression in n elderly population. *Am J Psychiatry*. 1980; 137: 439-44.

Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: na epidemiologic exploration.. *J Gerontol*. 1991; 46 (6): M210-5.

Blay SL. Características clínicas, fatores de risco e curso da depressão em idosos. In: *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artemed; 2000; p. 45-54.

Blay SL. Fatores de risco psicossociais da depressão em idosos. In: *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2001. Cap.24, p.309-13.

Bruck SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003; 61 (3-B):777-81.

Casale I. Caracterização de pacientes idosos atendidos no Centro de Saúde Escola (Botucatu – SP) quanto ao risco de hospitalização repetida [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2003.

Cerqueira ATAR. O estudo da saúde mental no projeto SABE: deterioração cognitiva e depressão. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo. OPAS/OMS. 2003; cap. 7:143 -65.

Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Brás Psiquiatr.* 2005; 27(12): 79-82.

Christovan JC, Oliveira NIL, Oliveira SR, Henriques VC, Mirara THT, Ramos-Cerqueira ATA. Morbidade, saúde auto-referida e autonomia de pacientes idosos do Centro de Saúde Escola (CSE). In: Anais da 9^a. Jornada Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 1996.

Cockrell JR, Folstein MF. Mini-Mental State Examination. *Psychopharmacol Bull.* 1988; 24(4): 689-92.

Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L, Lepore V, Bracco L, Maggi S, et al. Incidence of dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia. *J Am Geriatr Soc*; 2002. 50(01): 41-8.

Duarte YAO. A dependência e a perda da autonomia na velhice. In: Cerqueira, ATAR, Lapenta-Oliveira NI (organizadores). *Abordagem multiprofissional no cuidado do idoso.* 2005 (no prelo).

Engelhardt E, Laks J, Rozenthal M, Marinho VM. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998; 25 (2): 74-9.

Fichter MM, Meller I, Schoppel H, Steinkirchner R. Dementia and Cognitive Impairment in the oldest old in the community. *Br Psychiatry.* 1995; 166: 621-29.

Fick D, Foreman M. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individual. *J Gerontol Nurs.* 2000; 26(1):30-40.

Fillenbaum GG, Hughes DC, Heyman A, George LK, Blazer DG. Relationship of health and demographic characteristics to mini-mental state examination among community residents. *Psychol Méd.* 1988; 18: 719-26.

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henrique A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(4): 431-38.

Forlenza O. Transtornos depressivos em idosos. In: *Neuropsiquiatria Geriátrica.* São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 23, p.299-308.

Forlenza O. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento; *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 22 (2):87-95.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12:189-98.

Fráguas JR. R. Depressão no contexto médico. In: *Depressão no ciclo da vida;* Porto Alegre: Artemed; 2000 p.179-86.

Fráguas JR R, Alves TCTF. Depressão no Hospital geral; estudo de 136 casos. *Rev Assoc Méd Brás.* 2002; 48 (3):225-30.

Fráguas Jr R, Figueiró JAB. Depressões secundárias: peculiaridades da depressão no contexto médico não-psiquiátrico. In: *Depressões em Medicina Interna e em outras condições médica.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2001; cap.1, p. 3-9.

Fundação SEADE: Anuário Estatístico do Estado de São Paulo. [Homepage da Internet] São Paulo, 2002. [Acesso em 19/04/06]. Disponível em: www.seade.gov.br

Fundação SEADE 2005: Perfil População de Botucatu. [Homepage da Internet] 2005. [Acesso em 20/407/06]. Disponível em: www.seade.gov.br

Galizzi HR. Depressão nas diversas especialidades. In: Depressão em medicina Interna e em outras condições médicas – depressões secundárias. São Paulo: Atheneu. 2001; Cap. 12, p. 97-108.

Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(3): 145-49.

Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2004; 38(3):365-71.

Guimarães RM, Freire Neto JB, Silva EAC, Silva EA, Moura EB. Depressão: a morbidade oculta em pacientes idosos cirúrgicos. *Bras Méd.* 1997; 4 (1/2): 5 – 14.

Harris T, Cook DG, Victos C, Rink E, Mann AH, Shah S, et al. Predictors of depressive symptoms in older people – a survey of two general practice populations. *Age and Ageing.* 2003; 32: 510-18.

Herrera JR E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – estado de São Paulo – Brasil. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998; 25 (2): 70-3.

Hoffman A, Rocca WA, Brayne C, Breteler MMB, Clarke M, Cooper B, et al. EURODEM Prevalence Reserach Group. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. *Int EpidemiolAssoc.* 1991; 20(3)736-48..

Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assesment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing.* 1972; 1:233-38.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Homepage da Internet]. Indicadores demográficos. 2000. [Acesso em 08/02/05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Homepage da Internet]. Indicadores sociais; renda; escolaridade. 2002. [Acesso em 08/02/05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Icasa MC, Albala C. Minimental State Examination (MMSE). In: Del estúdio de demencia em Chile: análisis estatístico. OPAS. 1999: 1-18.

International Psychogeriatric Association. Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). In: Educational Pack – Module 2. Clinical issues. 2002. Disponível em: www.ipa-online.org

Jorm AF, Korten Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1987; 76:465-79.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública.* 1987; 21(3): 200-10.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA,* 1963: 914-19.

Kessler RC, Macgonagle KA, Swartz M. Sex and depression in the national Comorbidity Survey. Lifetime prevalence, chornicity and recurrence. *J Affect Disord.* 1993; 29:85-96.

Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med.* 1988; 148:1929-36.

Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; (3):179-86.

Lázaro L, Marcos T, Pujol J, Valdès M. Cognitive Assesment and diagnosis of dmementia by CAMDEX in elderly general Hospital inpatients. *Int Geriatri Psychiatry.* 1995; 10: 603-9.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de Saúde. In: SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2003 Cap. 4, p. 75-91.

Lei nº 10.741; 01/10/2003 – Dispõe sobre o estatuto do Idoso e dá outras providências. . [Homepage da Internet]. Brasília. [Acesso em 10/04/2006]. Disponível em www.presidência.gov.br

Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21 (1): 1-5.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3): 735-43.

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

Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002; 60(1): 61-9.

Lourenço RA, Martins CSF, Sanches MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(2): 311-18.

Menezes PR, Nascimento AF. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: *Depressão no ciclo da vida*; São Paulo: Lemos. Cap. 2, p.29-36.

Nitrini R. Epidemiologia da Doença de Alzheimer no Brasil; *Rev Psiquiatr Clín.* 1999; 26 (5):262-67.

Organização Mundial Saúde. . [Homepage da Internet]. Indicadores de morbidade.1996. [Acesso em 17/01/2005]. Disponível em: www.who.org

Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. . [Homepage da Internet]. Indicadores de mortalidade. 1998. [Acesso em 17/01/2006]. Disponível em: www.who.org

Paschoal SMP. Epidemiologia do Envelhecimento. In: Gerontologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002; Cap 3, p.26-43.

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982; 37(3):323-29.

Portaria 13956/GM – Política de saúde do Idoso. . [Homepage da Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. [Acesso em 15/01/2006]. Disponível em: www.presidencia.gov.br

Prince M. The need for research on dementia in developing countries. *Trop Med Int Health.* 1997; 2(10): 993-1000.

Prince M, Acosta D, Chiu H, Sczufca M, Varghese M. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *The Lancet.* 2003; 361 (15): 909-17.

Prince M. Cross-sectional surveys. In: *Practical Psychiatric Epidemiology.* Oxford; 2003. Cap. 7:111-29.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira; *Rev Saúde Pública.* 1987; 21(3): 211-24.

Ribeiro MAM, Pietrobon RS, Rockembach RA, Ratzke O, Costa PAB. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados em tempo integral. *Rev Psiquiatr Clín.* 1994; 21(1):4-8.

Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(1): 40-8.

Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (15): 8 – 11.

Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6): 773-8.

Shah A, Phongsathorn V, George C, Bielawska C, Katona C. Psychiatric morbidity among continuing care geriatric inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1992; 7:517-25.

Shelkey M, Wallace. Katz Index of independence in activities of Daily Living (ADL) Try This: best practices in nursing care to older adults. New York. The Hartford Institutwe for Geriatric Nursing; 1998.

Silberman C, Souza C, Wilhems F, Kipper L, Wu V, Diogo C, Schmitz M, et al. Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29(6):444-50.

Silvestre J, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Geriatr Gerontol*. 1996; 1:81-90.

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(5):687-94.

Snowdon J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? *Rev Bras Psiquiatr* 2002;.24 (supl I): 42-7.

Stoppe JrA, Louza Neto M. Depressão no idoso. In: *Depressão na terceira idade*; 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial. 1999; p. 79 –100.

Stoppe JrA, Louza Neto M. Depressão e doença física. In: Depressão na terceira idade. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 199. p 135-49.

Stoppe JrA, Jacob Filho W, Louza Neto MR. Avaliação de depressão em idosos através da “Escala de depressão em Geriatria”: resultados preliminares. Rev ABP-APAL. 1994; 16(4): 149-53.

Tamai S. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Depressão e demência no idoso. São Paulo: Lemos Editorial. 1997. p. 11-24.

Veras RP, Coutinho ESF. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. Rev Saúde Pública. 1991; 25(3): 209-17.

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev Saúde Pública. 1987; 21(3): 225-33.

WHO; Selected health indicator – Brazil estimative population. . [Homepage da Internet]. .2001. [Acesso em 07/01/2006]. Disponível em: www.who.org

Wilson RS, Barnes LL, Mendes De Leon CF, Aggarwal NT, Schneider JS, Bach J, et al. Depressive symptoms, cognitive decline, and risk of AD in older persons. Neurology. 2002; 59: 364-70.

Yesavage JA, Brink TL, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiat. Res. 1983; 17 (1): 37-49.



Anexos

Anexo 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 02 de agosto de 2.004

OF 344/2004-CEP
MACAH/ase

*Hustríssima Senhora
Profª Drª. Ana Tereza de Abreu Ramos Cerqueira
Departamento de Neurologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Profª Ana Tereza,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Estudo da prevalência de depressão e de demência em idosos internados no Hospital Geral", de autoria de Cristiane Lara Mendes Chiloff, com a colaboração da Profª Drª Sumaia Inaty Smaira, e orientação de Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 02/08/2004.

O CEP recomenda que nos casos em que o sujeito da pesquisa não tiverem condições para assinar o TCLE, este seja assinado por um responsável.

Situação do projeto: APROVADO

Atenciosamente,


*Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP*



DIVISÃO TÉCNICA ACADÊMICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
 CÂMPUS DE BOTUCATU
 FACULDADE DE MEDICINA
Seção de Pós-Graduação

Fis.
Proc.
Rub.

 BOTUCATU, SP - RUBIÃO JÚNIOR - CEP 18618-970 - PABX (0xx14) 3811-6022

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Estudo da prevalência de depressão e demência em idosos internados no Hospital Geral" aprovado pelo CEP em 02/08/2004 teve seu título alterado para "Estudo da prevalência de sintomas depressivos e declínio cognitivo em idosos internados num Hospital de Ensino" sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

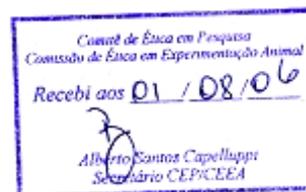
A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Dissertação de Mestrado.

Botucatu, 01/08/2006

Nome/Assinatura do(a) aluno(a) *Cristiane Lara Mendes Chiloff*

Nome/Assinatura do(a) orientador (a) *Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira*

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva



Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este estudo tem como objetivo avaliar as condições psíquicas e cognitivas de pacientes com idade superior a 60 anos internados no Hospital das Clínicas – FMB.

O estudo será realizado por mim, Cristiane Lara Mendes Chiloff e por psiquiatras do hospital. Nessas entrevistas faremos perguntas sobre situação sócio-econômica (idade, escolaridade, renda, situação conjugal, ocupação, etc.) e história médica (problemas de saúde, internações anteriores). Posteriormente serão aplicados questionários padronizados que pretendem avaliar aspectos cognitivos (memória, atenção, orientação e linguagem) e presença de sintomas depressivos.

As informações obtidas serão registradas pelos pesquisadores e mantido a privacidade e o anonimato dos participantes. Estaremos a disposição para qualquer esclarecimento.

O paciente está livre para recusar-se em participar da pesquisa ou interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou prejuízo ao seu atendimento e tratamento.

Declaro ter sido informado das finalidades da pesquisa e concordo em participar da mesma. Tenho ciência que poderei recusar-me a responder qualquer pergunta.

Botucatu, _____ de _____ de 2004.

Assinatura do participante

Cristiane Lara Mendes Chiloff
Pesquisador

Dr^a Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira
Rua Isaltino Pinheiro de Castro, 467
Fone: 3882-1810
ateresa@fmb.unesp.br

Cristiane Lara Mendes Chiloff
Rua José freire Vilas Boas, 324
Fone: 3815-5099
crislaramendes@bol.com.br

Anexo 3 - Protocolo – Entrevista Psicológica

Nome: _____ RG _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Data de Nasc. ____/____/____ Idade atual: _____

Informações sócio-demográficas

Escolaridade: n° de anos: _____

- 1ª a 4ª série
 5ª a 8ª série
 2º grau incompleto
 2º grau completo
 ensino superior incompleto
 ensino superior completo
 analfabeto
 nunca frequentou

- < 1 salário mínimo
 1 – 2 salários mínimos
 2 – 3 salários mínimos
 3 ou + salários mínimos

Situação conjugal:

- casado; amasiado; consensual
 solteiro
 viúvo
 separado

Ocupação: _____

Situação na ocupação:

- empregado
 desempregado
 aposentado
 licença médica
 dona-de-casa

Com quem vive:

- mora só
 cônjuge
 cônjuge e filhos
 filhos
 Outros: _____

Renda familiar: _____

Quantas pessoas vivem da renda? _____

Informações sobre o adoecer:

Especialidade: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Tempo de internação: _____

N° de internações no último ano: _____

Freqüência de consultas médicas:

- 3 meses: _____
- 6 meses: _____
- 1 ano: _____

Renda per capita: _____

Diagnóstico psiquiátrico prévio:

- sim: _____
 não

Tratamentos psiquiátricos anteriores:

- sim: _____
 não

Há registro do diagnóstico psiquiátrico no prontuário?

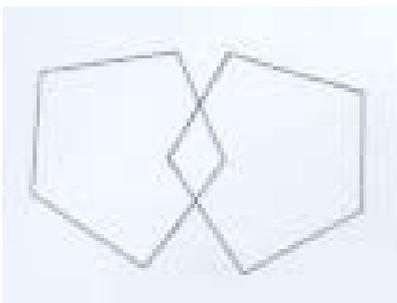
- sim: _____
 não

Antecedentes familiares: _____

Anexo 4 – MEEM (Mini-Exame do Estado Mental)

Nome: _____ RG: _____
 Data: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____
 Diagnóstico: _____ Especialidade: _____

Perguntas	Pontos
01. Qual é: o dia da semana? A data do mês? O ano? A hora aproximada? (Cada acerto 1 ponto).....	___(5)
02. Onde se encontra: local? Endereço ou como chegou ao local? Andar ou setor? Cidade? Estado? (Cada acerto vale 1 ponto).....	___(5)
03. Retenção de dados: nome de 3 objetos (vaso, carro, janela). Pedir ao paciente que repita os 3 nomes. (Cada acerto 1 ponto). OBS: então, insistir até que o paciente aprenda, serão solicitados no item 5.....	___(3)
04. Subtração seriada (100 – 7): subtrair 7 de 100. Do resultado subtrair 7 e assim por diante. Terminar após 5 respostas. Alternativa: soletrar a palavra mundo em ordem inversa.....	___(5)
05. Memória: lembrar os nomes dos 3 objetos do item 3.....	___(3)
06. Mostrar uma caneta e um relógio. Pedir para o paciente nomeá-los.....	___(2)
07. Pedir para o paciente repetir: “nem aqui, nem lá”.....	___(1)
08. Pedir para o paciente obedecer a ordem (3 etapas): “Pegue o papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.”.....	___(3)
09. Ler o seguinte texto (escrito em papel) e obedecer ; “Feche os olhos”.....	___(1)
10. Pedir ao paciente para escrever uma frase qualquer.....	___(1)
11. Pedir ao paciente para copiar o desenho (conforme abaixo).....	___(1)



Score Total: _____ (30)

Anexo 5 – GDS (Escala para depressão em geriatria)

Nome: _____ RG: _____

Data: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____

 Diagnóstico: _____ Especialidade: _____

Escolha a melhor resposta de como se sentiu na última semana:

- | | | |
|--|----------------|----------------|
| 01. Você está basicamente satisfeito com a sua vida?..... | () sim | () não |
| 02. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?..... | () sim | () não |
| 03. Você sente que sua vida está vazia?..... | () sim | () não |
| 04. Você se aborrece com frequência?..... | () sim | () não |
| 05. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?..... | () sim | () não |
| 06. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?..... | () sim | () não |
| 07. Você se sente feliz a maior parte do tempo?..... | () sim | () não |
| 08. Você sente que sua situação não tem saída?..... | () sim | () não |
| 09. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?..... | () sim | () não |
| 10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?..... | () sim | () não |
| 11. Você acha maravilhoso estar vivo?..... | () sim | () não |
| 12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?..... | () sim | () não |
| 13. Você se sente cheio de energia?..... | () sim | () não |
| 14. Você acha que sua situação é sem esperanças?..... | () sim | () não |
| 15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?..... | () sim | () não |

Total respostas deprimidas _____

Anexo 6 – Avaliação das atividades de Vida Diária – Katz

Nome: _____ RG: _____
 Data: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____
 Diagnóstico: _____ Especialidade: _____

Itens	Opções		
1. Tomar banho: (esponja, chuveiro ou banheira)	• Não precisa de ajuda.....	(I)	(3)
	• Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas).....	(A)	(2)
	• Completamente incapaz	(D)	(1)
2. Vestir-se	• Pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda.....	(I)	(3)
	• Pega as roupas e se veste sem ajuda, com exceção de amarrar sapatos.....	(A)	(2)
	• Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcialmente ou completamente não-vestido.....	(D)	(1)
3. Ir ao banheiro	• Vai ao banheiro, limpa-se (faz a higiene), e veste-se sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar penico à noite, esvaziando este de manhã).....	(I)	(3)
	• Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para limpar-se (fazer a higiene), ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para uso do penico à noite.....	(A)	(2)
	• Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.....	(D)	(1)
4. Locomoção	• Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode estar usando objeto para suporte como bengala ou andador).....	(I)	(3)
	• Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.....	(A)	(2)
	• Não sai da cama.....	(D)	(1)
5. Continência	• Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.....	(I)	(3)
	• Tem acidentes ocasionais.....	(A)	(2)
	• Supervisão ajuda a manter controle da urina ou intestino; cateter é usado ou é incontinente.....	(D)	(1)
6. Alimentação	• Alimenta-se sem ajuda.....	(I)	(3)
	• Alimenta-se, com exceção de ter ajuda em cortar carne ou passar manteiga no pão.....	(A)	(2)
	• Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcialmente ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.....	(D)	(1)
Total			

I = Independente

A = Assistência

D = Dependente

Anexo 7 - Avaliação das atividades instrumentais de Vida Diária - Lawton

Nome: _____ RG: _____

Data: ____/____/____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade atual: _____

Diagnóstico: _____ Especialidade: _____

Ítems	Opções		
1. Telefone	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda..... • Capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar ou para discar..... • Completamente incapaz no uso do telefone..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
2. Viagens	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi..... • Capaz de viajar exclusivamente acompanhado..... • Completamente incapaz de viajar..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
3. Compras	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de fazer compras, se fornecido transporte..... • Capaz de fazer compras, exclusivamente acompanhado..... • Completamente incapaz de fazer compras..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
4. Preparo de Refeições	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de planejar e cozinhar refeições completas..... • Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de preparar refeições completas sozinho..... • Completamente incapaz de preparar qualquer refeição..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
5. Trabalho doméstico	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão)..... • Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas.. • Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
6. Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa..... • Capaz de tomar os remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare. • Completamente incapaz de tomar remédios sozinho..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
7. Dinheiro	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de administrar suas necessidades de compras, preencher cheques e pagar contas • Capaz de administrar suas necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas..... • Completamente incapaz de administrar dinheiro..... 	(I)	(3)
		(A)	(2)
		(D)	(1)
Total			

I = Independente

A = Assistência

D = Dependente