Jolene Cristina Ferreira de Oliveira

Insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida em idosos institucionalizados

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Neurologia
Orientador: Prof. Dr. Livre-Docente: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

São Paulo
2006

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Oliveira, Jolene Cristina Ferreira de
Insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida em idosos institucionalizados / Jolene Cristina Ferreira de Oliveira. -- São Paulo, 2006.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Neurologia.
Área de concentração: Neurologia.
Orientador: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão.

Descritores: 1.Distúrbios do início e da manutenção do sono 2.Sinais e sintomas 3.Depressão 4.Qualidade de vida 5.Asilo para idosos 6.Idoso

USP/FM/SBD-191/06

Dedico esta dissertação aos meus pais, Roberto e Edinair, pelo incentivo e apoio. Às minhas irmãs, Thairce e Keila, e à Karen e Leonardo, pela paciência a mim dedicada. E às minhas avós, Elza e Amélia, pela inspiração à realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A todos os idosos que participaram deste estudo.

Ao amigo Prof. Livre-Docente Dr Rubens Reimão pela orientação e ensinamentos.

À amiga Dra Sueli Rossini pela paciência e co-orientação, essenciais à realização deste estudo.

Ao amigo Prof PhD José Carlos Souza, pioneiro a me incentivar ao estudo do sono.

Às amigas do Grupo de Pesquisa Avançada de Medicina do Sono do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ao Erli, secretário da pós-graduação do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Às Irmãs Passionistas de São Paulo da Cruz e a todos os funcionários do asilo "São João Bosco".

A todos os funcionários do centro de convivência dos idosos "João Nogueira Vieira".

À CAPES pelo apoio financeiro.

“Quando jovens, pensamos que os acontecimentos e as pessoas de importância e de grandes conseqüências para a nossa vida hão de se apresentar ao som de clarins e de tambores; na velhice, porém, o exame retrospectivo revela que entram todas pela porta do fundo, em silêncio, quase sem que a percebêssemos.

Nesse sentido, pode-se igualmente comparar a vida a um bordado, do qual se veria, na primeira metade do tempo, a face anterior, e, na segunda, o lado do avesso; se este não é tão belo, mais é instrutivo, uma vez que mostra como os fios estão concatenados entre si. Só aquele que envelhece adquire uma completa e adequada compreensão da vida, ao vê-la em sua totalidade e em sua marcha natural”.

Arthur Schopenhauer (1788-1860), “Da diferença das idades da vida”, em *Aforismos para a sabedoria na vida.*

Esta dissertação está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Commitee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de Apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F.Crestana , Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of *Journals Indexed in Index Medicus.*

SUMÁRIO

Lista de siglas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO..... 1

2 OBJETIVOS..... 4

2.1 Objetivo Geral..... 5

2.2 Objetivos Específicos..... 5

3 REVISÃO LITERÁRIA..... 6

3.1 O Processo de envelhecimento..... 7

3.1.1 Envelhecimento..... 8

3.1.2 O envelhecimento da população brasileira..... 8

3.1.3 O idoso no Brasil..... 9

3.1.4 A idade da velhice..... 10

3.1.5 Tipos de velhice..... 11

3.1.6 Aspectos individuais e comuns do envelhecimento..... 12

3.1.7 Alterações biopsicossociais do envelhecimento..... 13

3.1.8 O asilamento do idoso..... 16

3.1.9 Uma nova imagem da velhice..... 18

3.2 A insônia no idoso..... 19

3.2.1 Arquitetura do sono com o avanço da idade..... 19

3.2.2 Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono..... 20

3.2.3 Critérios Diagnósticos para insônia segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, OMS, 1993)..... 21

3.2.3.1 Insônia não-orgânica..... 22

3.2.4 Critérios Diagnósticos para insônia segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV TR)..... 23

3.2.4.1 Insônia Primária 24

3.2.4.2 Insônia Relacionada a Outros Distúrbios Mentais. 24

3.2.5 Insônia de início tardio..... 25

3.2.6 Prevalência..... 27

3.2.7 Etiologia..... 28

3.2.8 Conseqüências..... 29

3.2.9 Avaliação diagnóstica..... 30

3.2.10 Tratamento..... 31

3.3 A depressão no idoso..... 33

3.3.1 O Diagnóstico de Depressão segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, OMS, 1993)..... 33

. 3.3.2 O Diagnóstico de Depressão segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV TR)..... 35

3.3.2.1 Episódio depressivo maior..... 35

3.3.2.2 Episódio distímico 37

3.3.3 Depressão de início tardio..... 38

3.3.4 Prevalência..... 39

3.3.5 Etiologia..... 40

3.3.6 Sinais e sintomas..... 41

3.3.7 Depressão e doenças físicas..... 42

3.3.7.1 Depressão com sintomas clínicos e doenças clínicas com sinais e sintomas depressivos..... 44

3.3.8 Depressão e demência..... 45

3.3.9 Depressão e insônia..... 47

3.3.10 Avaliação diagnóstica..... 49

3.3.11 Tratamento..... 50

3.4 A Qualidade de Vida do idoso..... 55

3.4.1 Conceito 55

3.4.2 Qualidade de Vida relacionada à saúde..... 57

3.4.3 Qualidade de Vida na velhice..... 59

3.4.4 O processo de feminização da velhice e Qualidade de Vida.. 60

3.4.53 Fatores que influenciam na Qualidade de Vida na velhice..... 61

3.4.5.1 Bem-estar psicológico..... 61

3.4.5.2 Auto-estima..... 63

3.4.5.3 O sentimento de solidão..... 63

3.4.5.4 Exercícios físicos..... 65

4 MÉTODOS..... 66

5 RESULTADOS..... 78

6 DISCUSSÃO..... 106

7 CONCLUSÕES..... 112

8 ANEXOS..... 115

9 REFERÊNCIAS..... 134

Lista de Siglas

AD	Antidepressivo
ADT	Antidepressivo tricíclico
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DA	Dopamina
DSM-IV TR	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*
ECT	Eletroconvulsoterapia
ED	Episódio depressivo
HAM-D	Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IMAO	Inibidores da monoaminoxidase
ISRS	Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
NREM	*Non-Rapid Eyes Movement*
NE	Norepinefrina
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
REM	*Rapid Eyes Movement*

Lista de Siglas (continuação)

SNAS	Sistema Nervoso Autônomo Simpático
WHOQOL	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – *World Health Organization of Quality of Life*
WHOQOL-breve	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde na versão breve - *World Health Organization of Quality of Life-Bref*
WHOQOL-Old	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde na versão para idosos *World Health Organization of Quality of Life-Old*

Lista de Figuras

Figura 1- Insônia inicial nos idosos institucionalizados..... 82

Figura 2- Insônia intermediária nos idosos institucionalizados..... 83

Figura 3- Insônia final nos idosos institucionalizados 84

Figura 4- Insônia inicial no grupo comparativo..... 85

Figura 5- Insônia intermediária no grupo comparativo..... 86

Figura 6- Insônia final no grupo comparativo..... 87

Figura 7- Sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados..... 88

Figura 8- Sinais e sintomas depressivos no grupo comparativo 89

Figura 9- Domínio "Relações Sociais" nos idosos institucionalizados..... 90

Figura 10- Domínio "Ambiente" nos idosos institucionalizados..... 91

Figura 11- Domínio "Psicológico" nos idosos institucionalizados..... 92

Figura 12- Domínio "Físico" nos idosos institucionalizados .....… 93

Figura 13- Percepção subjetiva da Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados 94

Figura 14- Percepção subjetiva da Saúde nos idosos institucionalizados 95

Figura 15- Domínio "Relações Sociais" no grupo comparativo..... 96

Figura 16- Domínio "Ambiente" no grupo comparativo..... 97

Lista de Figuras (continuação)

Figura 17-	Domínio “Psicológico” no grupo comparativo.....	98
Figura 18-	Domínio “Físico” no grupo comparativo.....	99
Figura 19-	Percepção subjetiva da Qualidade de Vida no grupo comparativo	100
Figura 20	Percepção subjetiva da Saúde no grupo comparativo.....	101

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Resultado do Mini-Exame do Estado Mental no Asilo “São João Bosco”.....	79
Tabela 2-	Descrição dos idosos institucionalizados .(em porcentagem e n).....	80
Tabela 3-	Descrição do grupo comparativo. (em porcentagem e n).....	81
Tabela 4-	Qualidade de Vida e insônia em idosos institucionalizados.....	102
Tabela 5-	Sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados insones.....	104
Tabela 6-	Sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados não-insones	105

Lista de Quadros

Quadro 1 - Tratamento Cognitivo-comportamental da insônia..... 32

Quadro 2 - Doenças orgânicas associadas a sintomas depressivos..... 44

Quadro 3 - Principais antidepressivos e suas características..... 51

Quadro 4 - Domínios e facetas do WHOQOL..... 72

Lista de Anexos

Anexo A	Mini-Exame do Estado Mental	116
Anexo B	WHOQOL-breve.....	118
Anexo C	Escala para Avaliação da Depressão de Hamilton (HAM-D 21 itens	123
Anexo D	Questionário de Sono do Adulto de Giglio	129
Anexo E	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133

Oliveira, JC. Insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida em idosos institucionalizados [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. 175p.

INTRODUÇÃO: O envelhecimento é um processo contínuo e dinâmico que produz alterações biopsicossociais que culminam com a morte. Embora normais, tais alterações acabam por comprometer a Qualidade de Vida (QV) dos idosos. Dentre elas cabe citar: aposentadoria, viuvez, mudanças de papéis na família e na sociedade, falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, deficiências orgânicas, entre outras. Muitos idosos conseguem adaptar-se e conviver com essas alterações enquanto outros não as aceitam e se tornam vulneráveis ao surgimento de doenças tais como a insônia e a depressão. OBJETIVOS: identificar a presença de insônia em idosos institucionalizados; avaliar a presença de sinais e sintomas depressivos em idosos institucionalizados; verificar a percepção dos idosos institucionalizados em relação à sua QV; comparar a QV nos idosos institucionalizados insones e não-insones; comparar os idosos institucionalizados no que se refere à presença de sinais e sintomas depressivos entre insones e não-insones; correlacionar sinais e sintomas depressivos e QV no grupo de insones comparado ao de não-insones; comparar com grupo comparativo os itens citados acima. MÉTODOS: o estudo foi realizado no asilo "São João Bosco" e no centro de convivência dos idosos "João Nogueira Vieira", ambos situados em Campo Grande-MS; Utilizou-se o Mini-Exame do Estado Mental, o WHOQOL-breve, a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton e o Questionário de Sono do Adulto de Giglio. RESULTADOS: no que se refere aos idosos institucionalizados: 77,8% apresentou insônia inicial, 47,2% apresentou insônia intermediária e 16,7%, insônia final enquanto que no grupo comparativo 25,8% apresentou insônia inicial, 42,8% insônia intermediária e 18%, insônia final; em relação aos sinais e sintomas depressivos, 52,8% dos idosos institucionalizados e 18% do grupo comparativo apresentou-os; quanto à percepção da "Qualidade de Vida", 72,2% dos idosos institucionalizados referiu estar "nem satisfeito/nem insatisfeito" em relação ao "domínio social" assim como 91,6% em relação ao domínio "psicológico" e 50% quanto ao domínio "físico" enquanto 88,9% relatou estar "insatisfeito" quanto ao domínio "ambiente" enquanto 79,4% do grupo

comparativo referiu estar “satisfeito” em relação ao domínio “relações sociais”, 84,6% relatou estar “insatisfeito” em relação ao domínio “ambiente” e a maioria informou estar “nem satisfeita/nem insatisfeita” quanto ao domínio “psicológico” (61,5%) e “físico” (87,2%). CONCLUSÃO: houve maior ocorrência de insônia nos idosos institucionalizados; houve maior ocorrência de sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados; houve diferença na percepção da QV entre os idosos institucionalizados e o grupo comparativo; ocorreu diferença na percepção da QV entre os idosos institucionalizados insones e não-insones; os sinais e sintomas depressivos foram mais freqüentes nos idosos institucionalizados insones em relação aos não-insones; houve diferença na percepção negativa da QV entre os idosos institucionalizados insones e com sinais e sintomas depressivos em relação aos não-insones e com sinais e sintomas depressivos.

Descritores: 1. Distúrbios do início e manutenção do sono, 2.Sinais e sintomas, 3.Depressão, 4.Qualidade de Vida, 5.Asilo para idosos, 6.Idoso.

Oliveira, JC. Insomnia, depressive signs and symptoms and Quality of Life in institutionalized senior citizens. [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2006. 175p.

INTRODUCTION: Growing old is a dynamic and continuous process, however biopsychosocial ordinary changes can compromise quality of life and also lead senior citizens to death. Several elderly citizens can adapt themselves to those changes and live longer, while others become vulnerable to the emergence of illnesses like insomnia and depression. OBJECTIVES: identify insomnia in institutionalized senior citizens; evaluate depressive signs and symptoms in institutionalized senior citizens; check institutionalized senior citizens's perceptions as to their quality of life; compare signs and citizens and quality of life in institutionalized senior citizens; compare depressive signs and symptoms and quality of life in senior citizens; correlate depressive signs and symptoms and quality of life between the insomniac and non-insomniac group of institutionalized senior citizens and compare the items above with comparative group; METHODOLOGY: the study was conducted at "São João Bosco" Asylum and with senior citizens who joined a contact center for the elderly called "João Nogueira Vieira" (composing the comparative group), both in the city of Campo Grande, MS. Data were obtained from Mini-Mental State, brief – WHOQOL test, Hamilton Depression Rating Scales and Giglio's Sleep Questionnaire. RESULTS: concerning occurrence of insomnia 77.8% of institutionalized senior citizens reported initial insomnia, 47.2% had intermediate insomnia and 16,7% had final insomnia while 25.8% presented initial insomnia, 42.8% intermediate insomnia and 18.0% final insomnia; as to depressive signs and symptoms 52.8% of institutionalized senior citizens showed those while the larger part of comparative group did not manifest either feature; the subjective perception of institutionalized senior citizens regarding "quality of life" pointed that 72.2% of them felt neither "satisfied nor unsatisfied" as to "social relationship", "psychological" (91.6%) and "physical" (50.0%) and 88.9% referred "unsatisfied" about "environmental" domain of WHOQOL-bref while comparative group members showed 79.5% being "satisfied" with "social relationship" domain, the large majority neither "satisfied nor unsatisfied" with "physical" (87.2%) and

“psychological” domains and 84.6% were “unsatisfied” about “environmental” domain of WHOQOL-bref. CONCLUSIONS: greater occurrence of insomnia was found in institutionalized senior citizens than in comparative group; greater occurrence of depressive signs and symptoms in institutionalized senior citizens than in comparative group; significant difference was detected in perception of quality life among institutionalized senior citizens and comparative group; institutionalized senior citizens displayed worse quality of life in physical environmental and social relationship domains of WHOQOL, and global and subjective perception of quality of life, results showed and in health, more incidence of depressive signs and symptoms in insomniac institutionalized senior citizens; insomniac institutionalized senior citizens with depressive signs and symptoms referred being more affected in environmental and social relationship.

Keywords: 1-Sleep initiation and maintenance disorders 2-Signs and symptoms 3-Depression 4-Quality of Life 5-Home for the Aged 6-Aged

1 INTRODUÇÃO

1- Introdução

O processo de envelhecimento no Brasil está acontecendo de maneira muito acelerada: de acordo com o Censo de 1991, havia 10.675.509 idosos, cerca de 7,4% da população (IBGE, 1994) e, segundo o Censo de 2001, o último realizado no País, a população de idosos já atingia 14,5 milhões, ou seja, 8,6% (IBGE, 2001). Estima-se que em 2025 essa população atinja 32 milhões (Veras, 2000).

O envelhecimento populacional é produto da diminuição na taxa de mortalidade e na taxa de natalidade. A queda na taxa de mortalidade produziu o aumento na expectativa de vida aos 60 anos; na taxa de natalidade, o aumento no número de idosos. Esse processo é conhecido como *transição demográfica*. Segundo Paschoal (2000), esse processo é acompanhado por mudanças da morbi-mortalidade, com o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças infecciosas. É sabido que as doenças crônicas podem causar dependência, perda de autonomia e até mesmo institucionalização.

Dentre as doenças que mais assolam os idosos nos dias atuais, institucionalizados ou não, importa citar a insônia e a depressão.

Diversas podem ser as conseqüências dessas duas doenças para os idosos: irritabilidade, decréscimo no humor, queda de concentração, de memória e de pensamento, fadiga, indisposição, perda de motivação, diminuição da auto-estima, comprometimento do funcionamento afetivo, social e familiar, enfim, diminuição na Qualidade de Vida (QV), que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS),

corresponde à "percepção subjetiva do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, Pinzon, 1999).

É dentro desse contexto - o de melhorar a QV dos idosos, principalmente a Qualidade de Vida relacionada à Saúde (QVRS) - que se assiste, nas últimas décadas, à evolução da Geriatria e da Gerontologia, áreas da saúde voltadas para a compreensão científica dessa população, ao aumento no número de pesquisadores que buscam formas de melhorar a saúde do idoso e diminuir o impacto das doenças crônicas em seu cotidiano e a preocupação em assegurar os direitos dos idosos mediante a criação do Estatuto do Idoso (Lei n° 10.741 de 1° de outubro de 2003).

De acordo com esse Estatuto, o idoso possui todos os direitos fundamentais à pessoa humana no que se refere à preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social através da efetivação do direito à vida, à educação, à alimentação, ao esporte e lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade e ao respeito. Direitos esses que devem ser assegurados pela família em primeira instância e, posteriormente, pela comunidade, sociedade e pelo Poder Público.

A saúde do idoso é assegurada pelo Sistema Único de Saúde de maneira a garantir-lhe serviços para prevenção, promoção e recuperação da saúde, principalmente das doenças que afetam preferencialmente os gerontes através de atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios (art 15, II e § 1° do Estatuto do Idoso) e unidades geriátricas de referência com pessoal especializado nessas áreas (art. 15, III e §1° do Estatuto do Idoso). A gratuidade de medicamentos,

especialmente os de uso contínuo assim como órteses, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação também lhe é assegurado.

Segundo o Estatuto do idoso, o idoso tem direito a uma moradia digna, principalmente com sua família ou em instituições quando da inexistência do grupo familiar, abandono ou carência de recursos próprios ou da família.

No caso das instituições, as mesmas são obrigadas a manterem padrões de habitação compatíveis com a necessidade do idoso assim como alimentação saudável, higiene (artigo 37, § 3° do Estatuto do Idoso) e, preservação dos vínculos familiares, quando houver (artigo 49, I do Estatuto do Idoso).

Visando, portanto, melhorar a QV do idoso, sobretudo do institucionalizado, pretende este estudo analisar a relação existente entre insônia, depressão e QV em idosos institucionalizados assim como naqueles que freqüentam um centro de convivência para idosos.

2 OBJETIVOS

2 – Objetivos

2.1 – Objetivo Geral

Investigar a relação entre insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida (QV) em idosos institucionalizados assim como naqueles que freqüentam um centro de convivência para idosos.

2.2 – Objetivos Específicos

1- Identificar a presença de insônia nos idosos institucionalizados e no grupo comparativo;

2- Avaliar a presença de sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados e no grupo comparativo;

3- Verificar a percepção dos idosos institucionalizados e do grupo comparativo em relação à sua QV nos domínios "relações sociais", "ambiente"; "psicológico" e "físico";

4- Comparar a QV em idosos institucionalizados insones e não-insones;

5- Comparar os idosos institucionalizados no que se refere à presença de sinais e sintomas depressivos entre insones e não-insones;

6- Correlacionar sinais e sintomas depressivos e QV no grupo de idosos institucionalizados insones comparado ao de não-insones;

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 – O Processo de Envelhecimento

3.1.1 – Envelhecimento

Desde os tempos mais remotos, o homem busca a imortalidade, a longevidade, a eterna juventude, a vitória sobre a velhice e a morte. Os gregos demonstravam tal desejo pela ardente valorização da juventude e viam a velhice como um flagelo, um castigo, tanto que a mitologia grega está repleta de façanhas heróicas, narrativas poéticas e trágicas sobre seres humanos à procura da fonte da juventude.

Embora muito tempo tenha se passado, esse panorama não mudou, uma vez que os homens continuam buscando e desejando a juventude e a imagem negativa e estereotipada da velhice ainda permanece.

De acordo com Mascaro (1997), o mundo atual celebra os valores, o comportamento, a aparência e a moda dos jovens. Nunca se cuidou da aparência física e do corpo como agora. Um corpo bonito, bronzeado, esbelto, ágil, saudável e, principalmente, jovem é exibido com prazer. Nega-se o envelhecimento, combatendo, encobrindo e recalcando seus sinais mediante inúmeras estratégias e disfarces.

3.1.2 - O envelhecimento da população brasileira

Apesar da grande proporção de jovens, observa-se no Brasil um envelhecimento da população. Estima-se, por exemplo, um crescimento de 15 vezes na população idosa no período compreendido entre 1959 e 2025. Em outros países de grande população idosa – Estados Unidos da América, Japão e China - esse grupo etário crescerá 3,5, 5 e 6,5 vezes, respectivamente. Os dados da estimativa brasileira levarão o país a ter, em 2025, a sexta maior população de idosos do mundo (Veras, 2000). Tal crescimento se deverá aos avanços médicos que têm contribuído grandemente para a elevação do nível de QV dessa população.

O envelhecimento da população é caracterizado pela redução da taxa de mortalidade infantil e declínio acentuado da taxa de fecundidade (Litvoc e Brito, 2004). Contribuem para a queda dessa última taxa a inserção da mulher no mercado de trabalho, a disseminação do uso de contraceptivos e a ação dos meios de comunicação (televisão, principalmente), que veiculam a formação da família com poucos integrantes (Veras, 2000).

Em relação ao envelhecimento, Lopes (2003) observa o fenômeno de feminilização da velhice, caracterizado pelo crescimento da proporção de mulheres no total da população idosa em todo o mundo.

Entre as conseqüências desse processo avulta o grande dispêndio social. Segundo Jordão Netto (1997), surge a necessidade de aumentar os recursos financeiros a aplicar na saúde, uma vez que as doenças que acometem os idosos são geralmente crônicas e de tratamento prolongado; aumento do dispêndio público e privado com a seguridade social devido à expansão crescente do número de

aposentados e pensionistas; necessidade de remoção de barreiras arquitetônicas que dificultam a locomoção dos idosos em locais públicos; aumento dos problemas familiares quanto à manutenção e ao atendimento dos idosos que se tornam dependentes ou semidependentes, entre outros. Esse autor cita, também, alguns benefícios que advieram desse processo: aumento da expectativa de vida; aumento do tempo de vida destinado ao convívio familiar; aumento do período de vida compreendido após a aposentadoria; valorização da terceira idade e tendência à diminuição dos processos de marginalização e discriminação contra idosos.

3.1.3 - O idoso no Brasil

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001), os idosos são hoje 14,5 milhões de pessoas, ou seja, 8,6% da população total do País, com base no Censo de 2001, o mais recente realizado no Brasil. A maior parte dos idosos está concentrada em São Paulo (4.457.000), na Bahia (2.808.000), em Minas Gerais (2.765.000) e no Rio de Janeiro (2.029.000). Segundo Garrido e Menezes (2002), cerca de 10% da população geral é composta por pessoas idosas, na maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e menor renda em relação a seus pares masculinos.

Ramos (1993), ao estudar a explosão demográfica da terceira idade, identificou que 12% dos idosos vivem sozinhos, 32% em casas com uma só geração (freqüentemente casais), 28% em casas com duas gerações (casais ou não), 28% em

casas com três gerações (casais ou um só idoso vivendo com filho casado e pelo menos um neto).

A importância dos idosos para o País não se resume somente à sua crescente participação no total da população. Boa parte dos idosos se compõe de chefes de famílias nas quais a renda média é superior àquela de famílias chefiadas por adultos não-idosos. Cerca de 62,4% desses idosos e 37,6% das idosas são chefes de família, somando 8,9 milhões de pessoas. Além disso, 54,4% dos idosos chefes de família vivem com os filhos e os sustentam (SERASA, 2004).

3.1.4 - A idade da velhice

O envelhecimento ou senescência se caracteriza por uma série de alterações biológicas, psíquicas e também sociais, que acompanham as pessoas em 2/3 de sua existência. São fenômenos que ocorrem no organismo como um todo e começam a se mostrar evidentes em torno dos 40 anos de idade (Mascaro, 1997).

No entanto, determinar a idade com que uma pessoa se torna velha é tarefa muito difícil. Segundo Wagner (1989), há a idade cronológica, a biológica, a social e a psicológica. A idade cronológica é determinada pela data de nascimento; a biológica pelas transformações fisiológicas ocasionadas pela herança genética e o ambiente; a social pela maneira como as normas, os estereótipos e os eventos sociais agem na vida do idoso; e, a idade psicológica pelos sentimentos, comportamentos, atitudes e autoconceitos expressos no curso da vida.

Para Saad (1990), a sociedade considera idoso aquela pessoa que está se retirando do mercado de trabalho, ou seja, está se aposentando. Mas a saúde física e mental e a dependência de outras pessoas para a realização de atividades de vida diária também indicam o início da terceira idade.

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera idoso o indivíduo com idade igual ou maior a 60 anos porque é nessa idade que o indivíduo está se aposentando, que algumas alterações biológicas se acentuam e também porque ocorre o descompromisso com alguns papéis tradicionais da vida de adulto, como a emancipação dos filhos (Mascaro, 1997).

A OMS escolheu arbitrariamente, com finalidade estatística, os 65 anos como representativos para o início da terceira idade e propôs quatro estágios cronológicos para o envelhecimento: meia idade (45 aos 59 anos), idoso (60 aos 74 anos), velho (75 aos 90 anos) e muito velho (a partir dos 90 anos).

Segundo Zimmerman (2000), velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade.

3.1.5 - Tipos de velhice

Pode-se dizer que existem três tipos de velhice: a normal, a patológica e a satisfatória. A velhice normal se caracteriza pela ausência de patologias biológicas e psicológicas; a patológica caracteriza-se por degenerescência associada a doenças crônicas, a doenças e síndromes típicas da velhice e à desorganização biológica que

pode acometer os idosos (Neri, 2003) e a satisfatória consiste na otimização da expectativa de vida e na minimização da morbidade física, psicológica e social (Fries, 1990), ou seja, as pessoas poderão viver saudáveis e por mais tempo e será possível evitar, adiar ou abreviar seu período de doenças senis (Neri, 2003).

Essa diferenciação entre as velhices procura esclarecer que velhice não é sinônimo de doença, embora nessa época os idosos estejam mais suscetíveis a elas e, ao adoecerem, a recuperação seja mais demorada (Zimmerman, 2000). Segundo Neri (2003), são os incidentes patológicos que produzem um organismo qualitativamente diferente na velhice e não o envelhecimento.

3.1.6 - Aspectos individuais e comuns do envelhecimento

Segundo Freire (2000), o envelhecimento é um processo individual e diferenciado em relação às variáveis mentais, comportamentais e sociais, ou seja, cada indivíduo apresenta condições particulares para lidar com as perdas e transformações ocorridas em si e no mundo em que está inserido. Para Neri (2003), entretanto, as diferentes maneiras de envelhecer estão associadas a diferentes condições de QV individual e social. Segundo Fries (1990), a maneira como cada um organiza seu curso de vida a partir de suas circunstâncias histórico-culturais, a incidência de diferentes patologias e a interação entre fatores genéticos e ambientais contribuem para a variabilidade do envelhecimento normal.

No entanto, existem alguns aspectos comuns a todos os indivíduos que envelhecem: muitos idosos têm capacidade de adquirir novos conhecimentos teóricos

e práticos, seja através da aprendizagem, exercícios ou treinamento, e são capazes de compensar os declínios decorrentes do envelhecimento - como, por exemplo, as perdas relacionadas à memória compensadas mediante o uso de técnicas de memorização (Freire, 2000) - reter altos níveis de desempenho, comparáveis aos de sua juventude e manter interações sociais significativas (Neri, 2003).

Segundo Freire (2000):

> Estudos demonstram que, em geral, os idosos mantêm a visão positiva de si mesmos e a capacidade de controlar suas próprias vidas de forma eficaz, apesar das tensões e dificuldades inerentes ao envelhecimento. Com base nas experiências de sucesso e fracasso ao longo da vida, bem como nas expectativas com relação ao futuro e a si próprios, os idosos são capazes de ajustar seus projetos de vida de acordo com as condições presentes. A satisfação com a vida mantém-se elevada na velhice, especialmente quando os indivíduos estão empenhados no alcance de metas significativas de vida e na manutenção ou restabelecimento do bem-estar psicológico.

3.1.7 - Alterações biopsicossociais do envelhecimento

O envelhecimento é um processo complexo e traz consigo algumas alterações biológicas, psicológicas e sociais que, apesar de normais nos idosos, podem ser consideradas anormais nos adultos.

De acordo com Zimmerman (2000), as alterações físicas podem ocorrer interna e externamente. Quanto às alterações físicas internas, citam-se: diminuição dos órgãos internos devido à sua atrofia; diminuição dos neurônios cerebrais, o que torna o cérebro menos eficiente; lentidão no metabolismo; dificuldade de digestão;

enfraquecimento do paladar e do olfato; piora a visão de perto devido à perda de flexibilidade do cristalino; degenerecência das células responsáveis pela propagação do som no ouvido interno. No que se refere às alterações externas, pode-se citar: diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras; encurvamento postural devido às modificações na coluna vertebral; maior umidade dos olhos; alargamento do nariz; arredondamento dos ombros; perda de tônus da pele e aumento de flacidez.

Essas mudanças físicas comprometem o funcionamento dos sistemas corporais: o sistema urinário se torna mais lento e sua função excretora de toxinas e outras substâncias fica comprometida; o sistema gastrointestinal perde eficiência na extração de nutrientes; no sistema cardiovascular, há o endurecimento e o estreitamento simultâneo das artérias o que dificulta o bombeamento de sangue pelo corpo. Alteram-se, ainda, o funcionamento cerebral e, por sua vez, o desempenho psicológico (Stuart-Hamilton, 2002). Enfim, apesar de intensas e atingirem o organismo como um todo, essas alterações podem ser minimizadas com algumas mudanças de hábitos, como a prática de exercícios físicos, boa alimentação, controle de estresse, entre outras, o que, de fato, não ocorre com as de caráter psicológico, que exigem mais atenção dos familiares e dos profissionais de saúde mental.

As alterações psicológicas que mais comumente afetam os idosos são, segundo Zimmerman (2000): dificuldade de adaptação a novos papéis, como a aposentadoria e o próprio processo de envelhecimento; falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro; auto-estima e auto-imagem baixas; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais.

Segundo Gatto (1996), o surgimento de doenças crônicas que deterioram a saúde, a viuvez, a morte de parentes e amigos próximos e o próprio preconceito perante o envelhecer causam grande impacto psicológico.

Zimmerman (2000) acredita que essas alterações, assim como as de caráter físico, estão intimamente relacionadas com a hereditariedade, a história de vida e a atitude de cada um. Essa relação pode ser visivelmente percebida em idosos saudáveis que, otimistas, tendem a ver o lado positivo dessas alterações e encaram o envelhecimento como uma etapa de experiência acumulada, liberdade e maturidade.

No entanto, os idosos com dificuldade em aceitá-las tendem a desenvolver distúrbios psiquiátricos que exigem tratamento como a depressão, a hipocondria, a somatização e a paranóia.

Dentre as alterações sociais, a aposentadoria exerce um papel relevante: além de provocar a perda do vínculo profissional, acarreta também um declínio no padrão de vida e a diminuição dos contatos sociais. A viuvez, além da perda de ordem emocional, afeta principalmente as mulheres que se dedicaram à vida doméstica e a função de esposa e mãe (Gatto, 1996). Pode-se citar ainda as mudanças de papéis na família e na sociedade, a crise de identidade provocada pela falta de papel social aliada à perda de autonomia e de independência.

Essas alterações biopsicossociais fazem com que muitas pessoas, inclusive os idosos, acreditem que a velhice seja doença. Na verdade, pensar desse jeito incorre em um erro porque a velhice não é doença (Zimmerman, 2000), mas apenas uma etapa em que os indivíduos, agora mais frágeis, estão mais suscetível a adoecer. Assim, pode-se dizer que os velhos adoecem mais, mais depressa, e, ao adoecer, recuperam-se menos prontamente.

3.1.8 - O asilamento do idoso

O primeiro asilo do Brasil, o Asilo da Ordem da Imaculada Conceição, surgiu em 1782 e funcionava nas dependências de um convento. Anos depois, em 1794, foi inaugurada a primeira instituição construída especialmente para abrigar idosos: a Casa dos Inválidos (Cantalice, 1979). Posteriormente surgiram as instituições asilares criadas pelas Associações Vicentinas, associações de cunho confessional, inspiradas na obra de São Vicente de Paulo e, segundo Chaimowicz e Greco (1999), ainda responsáveis por 65% dos asilos no País, cabendo a responsabilidade dos demais a outras entidades religiosas e da iniciativa privada.

Do grego *asylon* e do latim *asylum* (Nascentes, 1981) o verbo *asilar* significa recolher a um asilo, isto é, proteger, abrigar em lugar que ofereça segurança, proteção. De acordo com Goffman (1974), o asilo é um lugar de residência de indivíduos idosos, isolados da sociedade onde viviam, com vida restrita à convivência social e comunitária. Segundo Ferrari (1991), o asilo é um local onde, sob regime de internato, se abrigam pessoas com mais de 60 anos, fisicamente independentes ou não, de ambos os sexos, geralmente impossibilitadas de manterem-se ou de serem mantidas na família e na sociedade.

Além de abrigar idosos com diferentes graus de dependência física, mental e social, o asilo desempenha a função de assistência à saúde, às atividades ocupacionais e de lazer, atendendo, portanto, às necessidades sociais e de cuidados com a saúde do idoso (Menta, 2003), que, aliás, é muito propenso a doenças respiratórias, circulatórias, digestivas e problemas psiquiátricos.

Na Antiguidade, era pequeno o número dos que alcançavam a velhice, mas os poucos idosos sobreviventes eram admirados e cuidados pela família, não apenas em decorrência da idade mas também pelos conhecimentos e sabedoria acumulada. No dias atuais, algumas culturas ainda praticam essa reverência aos seus velhos (Bastone, 2000).

Historicamente, o cuidado com o idoso é de responsabilidade familiar, porém as exigências da vida e as condições de trabalho do mundo moderno alteraram esses padrões, fazendo com que muitas famílias, principalmente as de nível socioeconômico médio e baixo, confiem seus velhos aos cuidados de uma instituição, estimulando, inclusive, o surgimento de casas de repouso e clínicas geriátricas "abertas", ou seja, de permanência diurna (Camargo e Yazaki, 1990).

Um estudo realizado por Vieira em 1998, cujo objetivo era avaliar a satisfação dos idosos em viver em uma instituição, demonstrou que 88% dos entrevistados viam como benéfica a permanência no asilo mesmo sendo bom seu relacionamento familiar e 92% consideravam boa a assistência oferecida pela instituição.

Segundo Piloto, Nunes, Assis e Frias (1998), embora a institucionalização seja, muitas vezes, a única alternativa para os problemas da velhice, os aspectos negativos desse processo se fazem presentes: o idoso afastado de seu ambiente familiar e social é obrigado a conviver com as normas administrativas e disciplinares. De acordo com Bastone (2000), o idoso fica sujeito a uma situação de isolamento psíquico-social depressivo. Situação que o torna submisso, dependente física e emocionalmente, passivo, sem perspectivas para o futuro e com pensamentos de morte.

Um estudo realizado por Jorm, Henderson, Scott, Korten, Christensen e Mackinnon (1995) com idosos australianos constatou que morar em uma instituição ou em uma hospedaria contribuía para o desejo de morrer.

3.1.9 - Uma nova imagem da velhice

Com o crescimento da população de idosos, resultante do aumento da expectativa de vida, a imagem da velhice, antes associada à doença, ao desamparo, à improdutividade, à tristeza e à solidão, vem se modificando, fazendo surgir uma nova imagem da velhice.

Essa nova imagem traz os sinais da inovação de comportamentos que a população demonstrou a partir da vontade de viver intensamente, de realizar novos projetos de vida, de ter novos *hobbies* e não sucumbir aos estereótipos e preconceitos determinados pela sociedade para essa fase de vida e pela valorização, respeito e admiração que os meios de comunicação têm dado àqueles que conseguem aliar longevidade a lucidez, entusiasmo e juventude.

Como conseqüência dessa nova imagem, a palavra *velho*, que nos faz pensar em algo antiquado e desgastado, foi substituída por *idoso*, significando a passagem do tempo e o acúmulo da idade; a fase da velhice foi substituída por *terceira idade* e, mais recentemente, por *maturidade* (Mascaro, 1997).

Enfim, a visão negativa e estereotipada da velhice vem sendo substituída pela imagem da velhice feliz, adaptada e bem-sucedida e do saber envelhecer.

3.2 – A Insônia no Idoso

3.2.1 - Arquitetura do sono com o avançar da idade

O sono é uma das funções estreitamente relacionadas com a idade cronológica das pessoas e apresenta mudanças significativas ao longo da vida.

À medida que se envelhece, o sono torna-se cada vez mais motivo de queixa (Tankova e Buela-Casal, 1996). Com o avançar da idade, o sono sofre modificações próprias do processo de envelhecimento: torna-se mais fragmentado, com interrupções do tempo noturno de sono, o que provoca sonolência excessiva ao longo do dia, diminuição no estado de alerta e cochilos curtos (Alho Filho, 2000; Moller, Barbera, Kaymov e Shapiro, 2004). Ocorre também diminuição da quantidade total de horas de sono no período de 24 horas, devido à diminuição nos estágios 3 e 4 do sono de movimentos oculares não rápidos (*non rapid eyes movement - NREM*) e, posteriormente, do sono de movimentos oculares rápidos (*rapid eyes movement - REM).*

De maneira geral, os idosos se dizem insatisfeitos com o sono. Segundo Tankova e Buela-Casal (1996), vários estudos confirmam tal insatisfação a partir das queixas subjetivas desses pacientes: os indivíduos idosos costumam dizer que passam a maior parte do tempo na cama; queixam-se de despertar com freqüência durante a noite e de que a quantidade total de sono noturno diminui, além de que tardam em adormecer durante a noite e despertam mais cedo pela manhã.

Conseqüentemente, sentem-se sonolentos e cansados, obrigados a cochilar durante o dia.

3.2.2 - Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono

Como toda patologia, os distúrbios do sono são agrupados segundo características similares para facilitar a prática clínica diária. A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono foi elaborada pela Academia Americana de Medicina do Sono (*American Academy of Sleep Medicine*, 2001).

De acordo com essa classificação, os distúrbios do sono podem ser agrupados em quatro grandes grupos: dissônias, parassônias, distúrbios do sono associados a alterações médico-psiquiátricas e distúrbios do sono propostos.

As *dissônias* constituem as alterações primárias ou maiores do sono, associadas com o sono noturno e o comprometimento da vigília. Dividem-se em distúrbios intrínsecos do sono, distúrbios extrínsecos do sono e distúrbios do sono relacionados ao ritmo circadiano. São exemplos de dissônias, a insônia, a narcolepsia, a apnéia do sono, entre outros.

As *parassônias* são alterações que se apresentam durante o sono, não constituindo, portanto, afecções do ciclo sono-vigília. Como exemplo, há: o ranger de dentes, o sonambulismo, o pesadelo.

Dentre os *distúrbios do sono associados a alterações médico-psiquiátricas*, encontram-se os distúrbios psiquiátricos (depressão, ansiedade), doenças médicas em

geral (fibromialgia, alterações do sistema cardiovascular, doenças neurológicas) que contribuem para o comprometimento do sono.

Nos *distúrbios do sono propostos* estão agrupadas síndromes heterogêneas sobre as quais a informação existente atualmente não cobre ainda os requisitos para que ocupem um lugar mais definido. O sono curto, o sono longo, distúrbios do sono associado ao ciclo menstrual são alguns desses distúrbios.

A insônia, no entanto, faz parte das dissônias, mas pode estar associada às parassônias e aos distúrbios do sono associados a afecções neurológicas, mentais ou a outras afecções.

3.2.3-Critérios diagnósticos para insônia segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10- OMS, 1993)

Segundo a CID-10 (OMS, 1993) os transtornos não-orgânicos do sono são divididos em dois grupos: as dissônias e as parassônias. As dissônias são condições primariamente psicogênicas nas quais a perturbação predominante é na quantidade, qualidade ou regulação do sono, decorrentes de causas emocionais, isto é, insônia, hipersônia e transtorno do ciclo sono-vigília (CID-10, 1993, p.178). As parassônias são eventos episódicos que ocorrem durante o sono, como, sonambulismo, terrores noturnos e pesadelos (OMS, 1993, p.178).

Os transtornos não-orgânicos do sono incluem somente os transtornos do sono nos quais as causas emocionais são tidas como sendo fator primário e os demais transtornos do sono, os de origem orgânica (como a Síndrome de Kleine-Lewin), os de origem não psicogênica (narcolepsia e cataplexia) os do ciclo sono-vigília (apnéia

do sono) e os transtornos episódicos de movimentos, assim como a enurese, estão descritos em outros capítulos dessa Classificação.

3.2.3.1- Insônia não-orgânica

Insônia é uma condição de quantidade e/ou qualidade insatisfatória de sono a qual persiste durante um tempo considerável sendo a dificuldade em adormecer a queixa mais comum seguida de despertares freqüentes durante a noite e o acordar precoce pela manhã. Geralmente esse transtorno do sono se desenvolve em fases da vida marcadas por estresse e tende a ser mais freqüente em mulheres, idosas, pessoas psicologicamente mais perturbadas e em desvantagem sócio-econômica.

Dentre as diretrizes diagnósticas para insônia não orgânica, têm-se (OMS, 1993, p.180):

a.a queixa é tanto de dificuldade em adormecer quanto para se manter dormindo ou de pobre qualidade do sono;

b. a perturbação de sono ocorreu pelo menos três vezes por semana durante pelo menos um mês;

c. há preocupação com a falta de sono e consideração excessiva sobre suas conseqüências à noite e durante o dia;

d. quantidade e/ou qualidade insatisfatória de sono causa angústia marcante ou interfere com o funcionamento ocupacional e social.

A insônia é um sintoma comum de outros transtornos mentais (depressão, por exemplo), uso de substâncias e álcool, esquizofrenia, assim como de outros

transtornos do sono e de transtornos físicos. Nesses casos, o diagnóstico deve ser limitado à condição mental ou física subjacente.

De acordo com a CID-10 (OMS, 1993), o quadro de "insônia transitória" não se aplica ao de insônia não-orgânica, uma vez que as mesmas são consideradas como parte normal da vida diária.

3.2.4 -Critérios diagnósticos para insônia segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR)

Os distúrbios do sono, segundo o DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2001), podem ser classificados em dissônias e parassônias. Dentre as dissônias estão: distúrbios respiratórios do sono, distúrbios do ritmo circadiano, hipersônia, hipersônia relacionada a outro distúrbio mental, insônia, insônia relacionada a outros distúrbios mentais, narcolepsia e parassônia sem outras especificações. No que se refere às dissônias têm-se: o terror noturno, o sonilóquio, o pesadelo e outras parassônias não espeficadas.

Segundo esta classificação, a insônia pode ser definida como dificuldade em iniciar e manter o sono, termo esse que pode ser usado para indicar qualquer forma de perda de sono.

3.2.4.1- Insônia Primária

No que se refere à insônia primária tem-se:

a. queixa predominante de dificuldade em iniciar ou manter o sono ou sono não reparador, por pelo menos 1 mês;

b. esse distúrbio do sono (ou fadiga durante o dia) causa significativa angústia ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras importantes áreas da vida diária;

c. esse distúrbio do sono não ocorre exclusivamente durante outros distúrbios do sono como narcolepsia, distúrbios respiratórios do sono, distúrbios do ritmo circadiano ou parassônia;

d. esse distúrbio do sono não ocorre exclusivamente durante o curso de outras doenças mentais (episódio depressivo, distúrbio de ansiedade generalizada, *delirium*).

3.2.4 2.- Insônia Relacionada a Outros Distúrbios Mentais

Quanto à insônia relacionada a outros distúrbios mentais:

a. queixa predominante de dificuldade em iniciar ou manter o sono ou sono não reparador, por pelo menos 1 mês associada com fadiga diurno ou prejuízo no funcionamento diário;

b. esse distúrbio do sono (ou fadiga durante o dia) causa significativa angústia ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras importantes áreas da vida diária;

c. a insônia deve estar associada com outros transtornos do Eixo I e II do DSM-IV-TR, por exemplo: episódio depressivo, distúrbio de ansiedade generalizada);

d. o distúrbio do sono não é melhor caracterizado por outros distúrbio do sono, como narcolepsia, , distúrbios respiratórios do sono, parassônia;

e. o distúrbio do sono não pode ser caracterizado como conseqüência de efeitos fisiológicos causados pelo uso de substâncias ou por medicamentos ou uma condição médica geral.

3.2.5 - Insônia de início tardio

A expressão *insônia de início tardio* é utilizada para designar a insônia em indivíduos idosos. Segundo Culebras (1996), a insônia é a falta de sono no período

em que, por convenção, o indivíduo deveria estar dormindo. Roth (2000) considera a insônia como sono inadequado ou de má qualidade, incluindo dificuldade para adormecer, dificuldade em manter o sono, acordar cedo pela manhã ou sono não reparador. No entanto, algumas noções têm-se tornado consensuais para a definição da insônia: a grande variabilidade no tempo de sono necessário e suficiente para cada indivíduo sentir-se bem e ter bom desempenho no dia seguinte; a percepção pelo indivíduo de sono suficiente; as conseqüências diurnas da insônia e o comprometimento dos padrões polissonográficos (Rosekind, 1999).

Trata-se de uma alteração primária do sono associada tanto com o comprometimento do sono noturno como com a vigília, resultando em prejuízo na eficiência do sono, ou seja, prejuízo tanto na quantidade como na qualidade do sono.

O diagnóstico da insônia é complexo e dificultado pelo caráter subjetivo da queixa, sendo imprescindível não somente a queixa de qualidade ou quantidade do sono noturno, como também a presença de sintomas no dia seguinte, tais como: sensação de sono não restaurador pela manhã ou durante o dia, fadiga e sonolência, pouca concentração e/ou atenção (Rossini, 2001).

3.2.6 - Prevalência

A insônia é queixa particularmente comum após os 65 anos de idade, podendo atingir de 12% a 40% dos indivíduos (Morin, Hauri, Espie, Spielman, Buysse e Bootzin, 1999).

Segundo Buysse (2004) quando se considera apenas a queixa de insônia cerca de 20 a 40% dos idosos apresentam, pelo menos, um tipo de insônia – insônia inicial, intermediária e final. Para esse mesmo autor, essa prevalência provavelmente subestima o número de indivíduos com sintomas clínicos de insônia. No entanto, se forem adotados critérios mais rigorosos para definir esse distúrbio, essa prevalência diminui para 12% a 20% (Buysse, 2004). Para Moller, Barbera, Kaymov e Shapiro (2004), mais de 50% dos idosos com idade superior a 65 anos revelam problemas regulares de sono, transtorno esse mais comum nas mulheres idosas do que nos homens idosos. De acordo com Kryger, Roth e Dement (2000), a prevalência da insônia em idosos varia conforme os vários estudos, mas estatísticas recentes sugerem que ela se situa entre 19% e 38,4%. Conforme Woodward (1999), a insônia freqüentemente se torna doença crônica entre os idosos, uma vez que cerca de 30% deles, enfrentam esse transtorno há mais de 4 anos.

Entre os idosos, o tipo de insônia mais prevalente é a intermediária, ou seja, a dificuldade em permanecer adormecido. De acordo com Morin, Colecchi, Stone, Sood e Brink (1999), os idosos apresentam mais comumente, embora não exclusivamente, dificuldade em manter o sono.

Rossini, Reimão e Lefèvre (1999) estudaram 8 idosos com idade média de 71 anos que apresentavam insônia crônica há mais de 10 anos. Desses indivíduos, 4 apresentavam dificuldade em adormecer e dificuldade em permanecer dormindo.

Um estudo realizado por Schubert, Cruickshanks, Dalton, Klein, Klein e Nondahl (2002), cujo objetivo era determinar a prevalência da insônia em idosos e o impacto na QV desses indivíduos, observou que a maioria (36%) apresentava despertares freqüentes durante a noite, ou seja, insônia intermediária.

Freitas (2002), em estudo realizado com idosos em uma instituição, encontrou a prevalência de 40,74% para a insônia intermediária.

Segundo Rossini (2002), a maioria dos idosos com queixa de insônia crônica já apresentava episódios de insônia na idade adulta e, muitas vezes, referiam-se a dificuldades para conciliar o sono desde muito pequenos. É justamente quando as mudanças da velhice se tornam mais proeminentes que a insônia se torna crônica.

3.2.7 - Etiologia

A insônia no idoso pode ser causada por três condições: (a) *fatores psicológicos,* que incluem emoções, conflitos, situações de crise, estresse, perdas, (b) fatores *médico-psiquiátricos,* que incluem doenças neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, psiquiátricas (depressão, ansiedade) e os (c) *fatores ambientais,* que podem ser representados por ruídos, temperatura, luminosidade no quarto de dormir além das condições inadequadas do mobiliário, do colchão e do travesseiro, do

companheiro de quarto, ingestão de alimentos e líquidos precedendo o horário de ir para a cama. (Alho Filho, 2002).

3.2.8 - Conseqüências

A insônia compromete o sono noturno dos idosos, também prejudica a vigília, de maneira a ocasionar, muitas vezes, o aparecimento de sonolência diurna excessiva, falta de energia, dores musculares e comprometimento cognitivo. Vários outros problemas, embora não específicos do envelhecimento, têm grande impacto sobre os idosos em decorrência de seus efeitos sobre o sono: falta de adaptação às perturbações emocionais, hábitos inadequados de sono, transtornos orgânicos e afetivos, uso de drogas (psicotrópicas e outras), agitação noturna e quedas (Geib, Cataldo Netto, Wainberg e Nunes, 2003).

Além de afetar a QV, a insônia encontra-se associada ao aumento do risco de quedas e acidentes, e ao aumento da freqüência e da duração de intervenções hospitalares (Freitas, 2002).

Em estudo realizado em 1991 pela Fundação Nacional do Sono nos Estados Unidos da América e pela Organização *Gallup*, uma pesquisa com 1000 americanos selecionados examinou as conseqüências diurnas da insônia. Os respondentes foram classificados em *insones e não-insones*. Os problemas informados pelos insones incluíam: prejuízo na concentração e memória, aumento de irritabilidade, menor habilidade em realizar tarefas diárias e diminuição do prazer nas relações familiares e

sociais. Esses dados sugerem que a insônia afeta negativamente os aspectos de funcionamento diurno relacionados à QV (Morawetz, 2003).

3.2.9- Avaliação diagnóstica

A avaliação diagnóstica dos idosos com insônia é constituída por dois métodos: o método subjetivo e o objetivo.

O método subjetivo envolve a história detalhada da insônia (dados sobre o início, tipo e severidade, fatores desencadeantes e agravantes, fatores de melhora e piora, história prévia de insônia e tratamentos realizados, além de horário para adormecer, acordar e levantar-se, tempo gasto para adormecer, entre outros), da rotina do idoso (uso de medicamentos, de álcool, bebidas com cafeína e tabagismo, dieta, atividade física, sono diurno) e da existência de transtornos clínicos e psiquiátricos.

Em idosos, o uso de álcool, muitas vezes, é tido como substituto para o sedativo, além de contribuir na diminuição dos já reduzidos sono NREM e REM e acentuar as fragmentações do sono. Caso o álcool seja combinado com hipnóticos, uma vez que na velhice é comum o abuso desse tipo de medicamento, pode haver risco adicional de supressão respiratória e eventos cardiovasculares (Moller , Barbera, Kaymov e Shapiro, 2004).

É importante incluir informações obtidas diretamente dos familiares, dos cuidadores e companheiros de quarto (Geib et al., 2003).

O método objetivo inclui a realização da polissonografia e o teste das latências múltiplas do sono.

3.2.10 - Tratamento

A insônia pode ser sintoma de diversas doenças, como doenças neurológicas e psiquiátricas, doenças respiratórias, síndrome das pernas inquietas, transtorno dos movimentos periódicos dos membros inferiores, entre outras. Nesse caso, o tratamento da insônia requer o tratamento da doença de base. No entanto, também pode ser um distúrbio com sinais e sintomas característicos, que exigem tratamento exclusivo. Dessa forma, seu tratamento envolve intervenções medicamentosas, psicoterápicas e medidas de higiene do sono.

Segundo Wortelboer, Corhs, Rodenbeck e Ruther (2002), deve haver a combinação das intervenções farmacológica e psicoterápica no tratamento da insônia de início tardio.

Os efeitos dos medicamentos hipnóticos benzodiazepínicos e não-benzodiazepínicos sobre as variáveis do sono se manifestarão na: a) indução do sono, ou seja, a latência para início de sono NREM; b) manutenção do sono, quer dizer, a duração do sono e sua eficácia (índice obtido dividindo o tempo que o paciente permaneceu na cama e o tempo que realmente dormiu), o tempo de vigília após o começo do sono NREM e o número de despertares; c) arquitetura do sono, ou seja, as modificações da duração dos estágios 1, 2, 3 e 4 do sono NREM e do sono REM (Monti, 1994).

A insônia na terceira idade também pode ser tratada com alguns antidepressivos de propriedades sedativas (Moller et al., 2004), como a sertralina, a paroxetina, a imipramina, o nefazodone.

Os antipsicóticos também apresentam propriedades sedativas, podendo, portanto, ser utilizados no tratamento da insônia em pacientes demenciados e com sintomas psicóticos (Wortelboer et al., 2002).

No que se refere ao tratamento psicoterápico da insônia em idosos, a psicoterapia cognitivo-comportamental é a mais utilizada.

A terapia cognitivo-comportamental enfoca suas intervenções nos comportamentos e pensamentos que mantêm a insônia. O tratamento, com uma sessão por semana, dura de 4 a 8 sessões. De acordo com Morin (2004), a terapia cognitivo-comportamental é constituída por três componentes – o cognitivo, o comportamental e o educativo – cada qual com abordagem de diferentes aspectos da insônia, conforme Quadro 1:

Quadro 1: Tratamento cognitivo-comportamental da insônia

Técnica	**Descrição**
Controle de estímulos	Instruções que ajudam o paciente com insônia a estabelecer um ritmo adequado de sono-vigília e a associar o quarto e a cama com o rápido início do sono
Restrição de sono	Método que objetiva restringir o tempo de sono na cama, adequando-o com o rápido adormecer. Essa técnica cria uma leve privação do sono, que resulta em um sono eficiente
Relaxamento	Método que objetiva reduzir a tensão somática ou os pensamentos instrusivos que interferem no sono

Continuação do Quadro 1: Tratamento cognitivo-comportamental da insônia

Terapia Cognitiva	Método psicoterápico que objetiva alterar crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono.
Higiene do sono	Dicas educativas sobre práticas saudáveis e fatores que podem afetar o sono

FONTE: Morin CM. Cognitive-Behavioral Approaches to the Treatment of Insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl 16):33-40.

Segundo Morin et al. (1999), as intervenções não-farmacológicas devem ser consideradas a primeira opção para o tratamento da insônia em idosos por não apresentarem efeitos colaterais e sustentarem melhorias no sono por mais tempo.

3.3 – A depressão no idoso

3.3.1- O Diagnóstico de Depressão, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)

Segundo a CID-10 (OMS, 1993), em episódios depressivos (ED) típicos "o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e redução de energia levando a um aumento de fatigabilidade e diminuição de atividade. Cansaço marcante após esforços apenas leves é comum". A esses sintomas sobrevêm: concentração e atenção reduzidas; auto-estima e autoconfiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos autolesivos ou suicídio. Existem ainda os sintomas "somáticos", também conhecidos como "vitais", "biológicos" ou "endogenomórficos": acordar cedo de manhã duas ou

mais horas antes do horário habitual; depressão pior pela manhã; perda marcante de apetite; perda de peso; perda marcante da libido.

Os ED são classificados em leves, moderados e graves, de acordo com o número, tipo e gravidade dos sintomas. Essa classificação deve ser usada somente para ED único (primeiro) enquanto episódios posteriores devem ser classificados como *transtorno depressivo recorrente.*

Entre os sintomas típicos do ED contam-se o humor deprimido, a perda de interesse e prazer e o aumento de fadiga. Dois outros sintomas devem estar presentes para compor um diagnóstico definitivo. "Um indivíduo com ED leve em geral está angustiado pelos sintomas e tem dificuldade em continuar com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas normalmente não interrompe de todo suas atividades" (OMS, 1993).

Deve-se observar a presença de sintomas somáticos no ED leve, sub-classificando-os em *ED leve com sintomas somáticos* e *ED leve sem sintomas somáticos*.

Para que o ED seja classificado como *moderado,* pelo menos três dos sintomas típicos anotados para ED leve devem estar presentes e, preferencialmente, quatro dos outros sintomas (OMS, 1993).

Um indivíduo com ED moderado tem, por via de regra, dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas.

A ocorrência ou a ausência de sintomas somáticos subclassifica o *ED moderado em ED moderado com sintomas somáticos* e *ED moderado sem sintomas somáticos.*

O ED grave subdivide-se em *ED grave com sintomas psicóticos* e *ED grave sem sintomas psicóticos.* Presume-se que os sintomas somáticos se façam invariavelmente presentes.

De acordo com o CID-10 (OMS,1993), em um ED grave sem sintomas psicóticos, devem estar presentes, pelo menos, quatro sintomas, alguns dos quais devem ser de intensidade grave.

Em um ED grave com sintomas psicóticos, além dos sintomas presentes no ED sem sintomas psicóticos outros sintomas existem: delírios, alucinações ou estupor depressivo.

Durante um ED grave, é muito improvável que o paciente seja capaz de manter as atividades profissionais, sociais ou domésticas, exceto em uma extensão muito limitada.

3.3.2 - O Diagnóstico de Depressão, segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV TR)

3.3.2.1 – Episódio depressivo maior

De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico* da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV TR, 1994) para que um indivíduo apresente ED maior, é necessário que apresente humor deprimido e perda de interesse ou prazer por atividades antes tidas como prazerosas e manifeste quatro (4) sintomas entre os demais: alteração do apetite (geralmente perda de apetite), alteração do peso (ganho

ou perda excessiva de peso), alteração do sono (mais freqüentemente insônia intermediária e final e menos freqüentemente insônia inicial e sonolência excessiva diurna), alterações psicomotoras (agitação ou retardo psicomotor), diminuição da energia, cansaço, fadiga, sentimento de desvalia e culpa, dificuldade de concentração e pensamento, indecisão, pensamentos decorrentes de morte, planos e tentativas de suicídio.

É necessário, ainda, que o indivíduo apresente os sintomas em grande parte do dia, praticamente todos os dias e, pelo menos, por duas semanas consecutivas e que os sintomas prejudiquem sua atividade social, profissional, econômica e afetiva.

O ED maior pode ser classificado em único, recorrente, leve, moderado, severo sem sintomas psicóticos, severo com sintomas psicóticos, em remissão parcial, remissão incompleta e inespecificada.

Não existem exames laboratorais para diagnosticar o ED maior. No entanto, certas anormalidades podem ser detectadas por alguns exames, a saber: polissonografia, eletroencefalograma de vigília, imagens funcionais e estruturais do cérebro, níveis de alguns neurotransmissores (serotonina, dopamina, norepinefrina) existentes no sangue, no líquor e na urina (DSM-IV, 1994).

No que se refere a diagnóstico diferencial, cumpre distinguir entre ED maior e o Transtorno do Humor devido a uma Condição Médica Geral, o Transtorno do Humor Induzido por Substância e a Demência.

Os indivíduos com ED do humor freqüentemente apresentam propensão ao choro, irritabilidade, ruminação obsessiva, ansiedade, preocupação com a saúde física e queixas de dores (cefaléias ou dores nas articulações, abdômen, etc). Em crianças, pode haver ansiedade de separação. Alguns indivíduos revelam dificuldade

nos relacionamentos íntimos, diminuição das interações satisfatórias ou dificuldades no funcionamento sexual (anorgasmia, disfunção erétil). Pode haver problemas conjugais (divórcios), profissionais (perda de emprego) ou acadêmicos (faltas ou repetência), abuso de álcool ou outras substâncias, tentativa de suicídio ou suicídio completado (DSM-IV, 1994).

3.3.2.2 - Episódio distímico

O Transtorno Distímico é caracterizado por humor cronicamente deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos (ao longo dos quais o período sem sintomas nunca ultrapassa dois meses). Somam-se ao humor deprimido pelo menos dois dos seguintes sintomas: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersônia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade de tomar decisões e sentimentos de desesperança. O paciente pode apresentar, com freqüência, baixo interesse e autocrítica, vendo a si mesmo como desinteressante e incapaz.

Os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou acadêmico ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.

Sentimentos de inadequação, perda generalizada do interesse ou prazer, retraimento social, sentimento de culpa ou preocupação acerca do passado, sensações subjetivas de irritabilidade ou raiva excessiva e diminuição da atividade, efetividade ou produtividade são os sintomas mais freqüentemente encontrados no transtorno

distímico, contrariamente aos sintomas somáticos como sono, apetite, alteração do peso e sintomas psicomotores.

A prevalência do transtorno distímico durante a vida é de aproximadamente 6%. Seu curso pode ser precoce e insidioso, além de crônico.

Quanto ao diagnóstico diferencial, deve-se atentar para ED maior. De acordo com o DSM-IV, o diagnóstico de Transtorno Distímico pode ser feito apenas se, no período inicial de dois anos de sintomas distímicos, não houve ED maior. Se os sintomas depressivos crônicos incluem um ED maior durante os dois anos iniciais, então o diagnóstico é de ED maior crônico ou em remissão parcial. Após os dois anos iniciais de Transtorno Distímico, o ED maior pode sobrepor-se ao Transtorno Distímico. Nesse caso (dupla depressão), diagnostica-se tanto o Transtorno Depressivo Maior quanto o Transtorno Distímico. Deve-se, ainda, atentar para Transtornos Psicóticos Crônicos (por exemplo: transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante), Transtorno do Humor devido a uma Condição Médica Geral, com características depressivas.

3.3.3 - Depressão de início tardio

Utiliza-se a expressão *depressão de início tardio* para designar depressão em idosos. Portanto, o diagnóstico da depressão de início tardio segue os padrões da CID-10 e do DSM-IV (Sitta e Jacob Filho, 2000). Assim, a depressão em idosos pode ser definida como um transtorno do humor no qual o paciente apresenta sofrimento psicológico associado, principalmente, à alteração do humor para

depressivo/irritável ou desinteresse/falta de motivação e à falta de energia (Moreno, 2003).

3.3.4 - Prevalência

A depressão em idosos é uma síndrome heterogênea quanto à etiologia e aos aspectos relacionados ao tratamento. Assim como a depressão de adultos mais jovens, sua causa freqüentemente é multifatorial, com fatores biopsicossociais desempenhando papel fundamental no aparecimento desse quadro. Os indivíduos idosos são expostos a vários fatores possíveis de risco que contribuem para a prevalência elevada de depressão nesse grupo etário (Forlenza, 2000a).

Segundo Maynard (2003), 5% da população acima de 65 anos manifesta depressão significante. De acordo com estudos de Cole e Dendukuri (2003), a depressão maior ocorre em 1% a 3% da população de idosos, apresentando cerca de 8% a 16% deles significantes sintomas depressivos. Formas menos severas de depressão (distimia e depressão menor) existem em, pelo menos, 10% dos idosos.

A prevalência da depressão de início tardio é de 3,3% em mulheres e 1,4% em homens – as razões para maior prevalência desse quadro em mulheres não são muito claras, mas provavelmente sofrem influência de questões sociais. A freqüência dessa depressão é menor entre os idosos portadores de doenças físicas que vivem independentemente na comunidade, mas aumenta entre os idosos hospitalizados por doenças médicas neurológicas e condições cirúrgicas (Friedlander e Norman, 2002).

3.3.5 – Etiologia

A etiologia da depressão de início tardio pode estar relacionada com doenças médicas e alterações neuroquímicas, como também com as modificações biopsicossociais advindas do envelhecimento.

Independentemente da faixa etária, mas mais notavelmente nos idosos, as doenças médicas podem estar relacionadas com a etiologia da depressão, seja pelas incapacidades dela resultantes, como por exemplo, má nutrição, restrição da mobilidade, dor e desconforto e aumento da dependência, seja pelos seus sintomas, como insônia, tinito e prurido. Há também o medo da progressão da doença física, da perda de dignidade e conseqüente transformação em sobrecarga para seus familiares (Forlenza, 2000a).

Alterações dos neurotransmissores podem estar implicadas na patogênese dos transtornos depressivos. A concentração, renovação e disponibilidade dos principais neurotransmissores, como serotonina, norepinefrina e dopamina (DA), bem como da atividade da monoamino-oxidase B que são alteradas no envelhecimento normal, nos estados demenciais e na depressão de início tardio (Karlsson, 1993).

O envelhecimento é acompanhado por alterações biopsicossociais características que podem desencadear um processo depressivo: perdas importantes ocorrem (de funções orgânicas, do padrão financeiro, da situação social, das relações pessoais), o corpo já não favorece o bem-estar (dificuldade de locomoção, restrições alimentares, perda ou diminuição da função sexual) (Rossini, 2002). Há o medo da perda da dignidade e o medo de se transformar em sobrecarga para os familiares.

3.3.6 - Sinais e sintomas

Os sintomas principais manifestados pelo idoso são fadiga, indisposição, cansaço, dificuldades de memória, atenção e concentração, insônia ou hipersônia, perda ou ganho de peso (Sitta e Jacob Filho, 2000). No entanto, existem outros sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais que devem ser investigados.

Dentre os sintomas psíquicos estão: humor deprimido, fadiga ou sensação de perda de energia; perda da capacidade de experimentar prazer mesmo nas atividades antes consideradas prazerosas; diminuição da capacidade de pensar, de concentrar ou de tomar decisões.

Os sintomas fisiológicos incluem: alteração do apetite (principalmente perda do apetite e, menos freqüentemente, interesse aguçado por doces e carboidratos); alteração do sono (principalmente insônia e, menos freqüentemente, sonolência excessiva diurna); redução do interesse sexual.

Quanto às evidências comportamentais, deve-se observar o retraimento social, crises de choro, comportamentos suicidas, retardo ou agitação psicomotora.

Cumpre, ainda, atentar para a existência de depressão mascarada por sintomas proeminentes de dor crônica, como cefaléia, dores no abdômen, no estômago, na região lombar; de depressão silenciosa, que pode ser caracterizada por apatia, resignação, indisposição; de depressão psicótica, em que se observam delírios de culpa, de punição e de ruína do corpo, financeiro ou espiritual e alucinações de vozes

que condenam o paciente e de depressão catatônica na qual ocorrem alterações psicomotoras.

Toda a sintomatologia descrita pode se manifestar em qualquer faixa etária, inclusive nos idosos. No entanto, a depressão em idosos assume algumas particularidades devido aos múltiplos problemas e adversidades que afligem essa população. Nos idosos deprimidos, as queixas hipocondríacas costumam ser freqüentes. Preponderam sintomas como ansiedade, irritabilidade, hostilidade, além dos sintomas cognitivos que envolvem o pensamento, a memória, a orientação e a atenção. Na presença desses sintomas cognitivos, deve-se atentar para o diagnóstico diferencial de demência.

Apesar da extensa sintomatologia, nem sempre os pacientes e seus familiares estão conscientes da presença da depressão. Considerados parte do envelhecimento normal ou atribuídos à carga acarretada por doenças físicas, os sintomas depressivos em idosos podem, também, ser minimizados por profissionais da saúde (Forlenza, 2000a). A correta identificação dos sintomas relacionados à depressão é decisiva para seu diagnóstico.

3.3.7 - Depressão e doença física

A associação entre depressão e doença física é muito freqüente em idosos (Sitta e Jacob Filho, 2000). Estima-se que cerca de 35% a 45% dos idosos internados por

problemas físicos apresentem sintomas depressivos (Burn, Davies, Mackenzie e Brothwell, 1993).

Segundo Stoppe Junior (1997), essa associação pode comprometer o diagnóstico, já que não é raro haver dificuldades na diferenciação entre os sintomas somáticos da depressão, os sintomas físicos da doença coexistente e as alterações próprias do envelhecimento.

Do ponto de vista clínico, a depressão pode ser abordada como *primária ou secundária* à doença física. A depressão *primária* subdivide-se em depressão coexistindo com doença física, depressão com sintomas somáticos e depressão secundária à doença física. A depressão *secundária* pode apresentar-se de duas maneiras: depressão reativa à doença física e depressão causada por doença física ou medicamento.

- Depressão coexistindo com doença física. Doença física e depressão são dois quadros clínicos independentes e de etiologia diferentes;
- Depressão com sintomas somáticos. Os sintomas somáticos pertencem ao quadro clínico depressivo na ausência de uma doença física. Sirvam, de exemplo, as alterações do sono, as alterações do apetite e as alterações sexuais;
- Depressão com doença física secundária. A depressão pode desencadear ou facilitar a instalação de uma doença física. Pode, ainda, agravar uma doença física já existente;
- Depressão reativa à doença física. A depressão surge como conseqüência das incapacidades, limitações e perdas decorrentes da doença física;

- Depressão causada por doença física ou medicamento. Nesse caso, a depressão está etiologicamente relacionada às modificações biológicas causadas pela doença física.

De qualquer forma, a doença física contribui para o mau prognóstico da depressão, a qual, inversamente, pode predispor ao mau prognóstico da doença física (Forlenza, 2000a).

3.3.7.1 - Depressão com sintomas clínicos e doença clínica com sintomas depressivos

Alguns sintomas típicos da depressão, tais como cansaço, indisposição, fadiga, insônia ou hipersônia, formigamento, opressão no peito, perda de memória ou dificuldade de concentração, perda ou ganho de peso podem também ser sintomas de doenças físicas, conforme aponta o Quadro 2.

Quadro 2- Doenças Orgânicas Associadas a Sintomas Depressivos

Sintomas/queixas	**Patologias mais freqüentes**
Fadiga Cansaço Indisposição	Insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, climatério, diabetes, hipo/hipertireoidismo, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Opressão no peito Precordialgia	Esofagite, refluxo gastroesofágico, insuficiência coronariana
Hipersônia Insônia	Alcoolismo, medicamentos, apnéia do sono, diabetes, hipertireoidismo
Perda/ ganho de peso	Hipo/hiperparatireoidismo, climatério,medicamentos

Continuação: Quadro 2- Doenças Orgânicas Associadas a Sintomas Depressivos

Disfunção sexual	Hipo/hiperparatireoidismo, deficiência de testosterona
Perda de memória Dificuldade de concentração	Insuficiência vascular cerebral, Doença da Alzheimer, medicamentos
Dificuldade de coordenação Dificuldade motora	Doença de Parkinson, Parkinsonismo, labirintopatia
Dores generalizadas	Fibromialgia, alterações posturais, mestátases ósseas

FONTE: Sitta MC, Jacob Filho W. "Abordagem Clínica da Depressão do Idoso e a Contribuição do Geriatra". In: Fraguas Junior, R: Figueiró JAB. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias.* São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

O diagnóstico diferencial é muito importante. De acordo com Stewart, Blashfield, Halr, Moore, May e Marks (1991), as queixas somáticas podem ser, muitas vezes, a única manifestação dos sintomas depressivos por parte dos idosos.

3.3.8 - Depressão e demência

Depressão e demência são os dois problemas médicos que mais freqüentemente acometem a população geriátrica (Maynard, 2003) e representam sério fator de diminuição da QV dos idosos (Argyriadou, Melissopoulou, Krania, Karagiannidou, Vlachonicoli e Lions, 2001). Diagnosticá-los costuma ser tarefa difícil, uma vez que ambos os distúrbios podem apresentar os mesmos sintomas cognitivos – alteração no pensamento, na memória, na atenção e na orientação – como podem, também, coexistir.

De acordo com Argyriadou et al. (2001), a prevalência entre depressão e demência varia entre as populações estudadas. Estudo realizado por Alexopoulus (2003) observou que o risco para o desenvolvimento de demência foi 50% maior em homens hipertensos deprimidos que em homens hipertensos não-deprimidos.

Coexistentes ou não, cumpre distinguir clinicamente depressão e demência. Na *depressão*, o início do quadro é indicado com maior precisão, a progressão dos sintomas é mais rápida, pode haver história pregressa de episódios anteriores, pode haver história de distúrbios afetivos nos familiares, ausência de esforço para executar as tarefas físicas ou intelectuais, prejuízo social de aparecimento precoce, preservação do juízo crítico sobre os problemas. Exames de ressonância magnética, tomografia computadorizada e eletroencefalograma costumam não apresentar alterações. Na *demência*, a instalação dos sintomas é insidiosa, lenta; rara a identificação de seu início pelo paciente ou familiar, a evolução ocorre com o aprofundamento lento das limitações cognitivas, inexistem histórias anteriores; é considerável o esforço do idoso para realizar tarefas físicas ou intelectuais, além de ausência de juízo crítico.

Com o intuito de facilitar o reconhecimento clínico desses dois quadros nosológicos, Lauter e Dame (1991) propuseram quatro formas clínicas de associação entre demência e depressão:

- Depressão na demência. A depressão surge como reação psicológica em função das perdas cognitivas e seus impactos na vida do idoso e como reação direta do distúrbio orgânico cerebral demência;
- Demência com depressão. Os dois distúrbios coexistem, porém a depressão se sobrepõe à demência;
- Deficiências cognitivas na depressão. Deficiências cognitivas como diminuição de memória, dificuldade de concentração e diminuição da capacidade intelectual surgem no idoso na ausência de demência; exclui-se, portanto, o diagnóstico de demência;
- Demência na depressão. Os distúrbios cognitivos do quadro depressivo são muito evidentes e semelhantes aos que surgem na demência. Supõe-se ausência de demência. A depressão é responsável pela apresentação clínica com aspecto demencial.

3.3.9 – Depressão e insônia

Segundo Buysse (2004), existem cinco fatores de risco que influenciam na etiologia da insônia. O primeiro fator de risco é a *idade*: a queixa da insônia tende a aumentar à medida que se envelhece; o segundo fator é o *gênero*: a taxa de insônia em mulheres é aproximadamente 20% a 50% maior que em homens; terceiro, *história prévia de insônia* é fator de risco para insônia recorrente; o quarto fator de risco é a *presença* de *doenças crônicas de saúde*: condições que causam dor crônica

(artrite, fibromialgia), que limitam a mobilidade (doença de Parkinson) ou que dificultam a respiração (doença pulmonária

obstrutiva crônica); quinto fator e talvez mais importante que todos os outros é a *presença de depressão*. Ohayon (1997) afirma que a associação insônia e depressão é um diagnóstico comum. Assim, pode-se concluir que a depressão é um importante fator de risco para o surgimento da insônia. Segundo Katz e McHorney (1998), a depressão está associada com insônia moderada e severa e com insônia inicial, intermediária e final, segundo Perlis, Giles, Buysse, Thase, Tu e Kupfer (1997).

Buysse (2004) ainda afirma que, do mesmo modo que a insônia tem fatores de risco, a depressão também os manifesta e, na verdade, eles coincidem com os da insônia: esse distúrbio do humor é mais comum em mulheres, em idosos, em portadores de doenças crônicas e em insones. De acordo com Fava (2004), a insônia pode ser um sintoma residual da depressão e predizer sua reincidência, ou ainda surgir como efeito adverso, a curto e a longo prazo, do uso de medicamentos antidepressivos.

Além da insônia, a depressão é também importante fator de risco para outros distúrbios do sono, como a sonolência excessiva diurna (Ohayon, Caulet, Philip, Guilleminault e Priest, 1997) e hipersônia (Fava, 2004).

Na verdade, na relação depressão-insônia, questiona-se qual desses distúrbios surge primeiro. É sabido que a depressão pode induzir o aparecimento da insônia, mas que o inverso também ocorre, ou seja, a insônia pode induzir o surgimento da depressão (Morawetz, 2003).

De acordo com Zammit, Weiner, Damato, Sillup e McMillan (1999), a insônia está associada com prejuízos significativos na QV e os insones estão mais sujeitos a serem depressivos que os bons dormidores.

Morawetz (2003) realizou um estudo com o objetivo de verificar se, ao tratar a insônia sem o uso de medicamentos, seria possível diminuir ou eliminar a depressão a ela associada. O resultado dessa pesquisa concluiu que a depressão pode ser eliminada ou mesmo reduzida significativamente.

3.3.10 - Avaliação diagnóstica

O diagnóstico clínico da depressão baseia-se em entrevista com o paciente, uma vez que não existem exames físicos nem mesmo laboratoriais que confirmem o diagnóstico. Posteriormente, é importante avaliar a existência de doenças médicas (principalmente doenças neurológicas) que comumente coexistem com a depressão.

A caracterização da idade de início da doença depressiva é uma questão fundamental. A maioria dos casos começa na idade adulta, com sintomas de longa duração e características crônicas. Ao chegarem esses pacientes à terceira idade, importa definir se dado transtorno depressivo teve início mais precocemente na vida adulta ou na idade avançada. Em outras palavras, torna-se necessária a distinção dos indivíduos nos quais a idade acentua o curso de uma doença mental crônica (ou recorrente) daqueles que experimentam seu primeiro ED após os 65 anos (Forlenza, 2000a).

É importante saber se o paciente abusa de alguma substância ou álcool, visto que tal circunstância exige não apenas um tratamento para depressão como também uma intervenção – medicamentosa ou psicológica – para o abuso de substância concomitante.

É fundamental avaliar o risco de suicídio em todos os pacientes suspeitos de estarem deprimidos. Estudo de Conwell, Duberstein e Cox (1996) confirmam a relação entre depressão e suicídio, principalmente em idosos. O aumento mais surpreendente nas taxas de suicídio vem sendo entre os idosos com mais de 80 anos. Basta, porém, uma resposta negativa sobre o assunto para classificar o paciente numa categoria de baixo risco, enquanto a resposta afirmativa enseja perguntas mais pormenorizadas sobre planos atuais de suicídio, tentativas anteriores, possibilidade de acesso a armas de fogo ou medicamentos que podem ser letais quando consumidos em *overdose*.

Concluído esse procedimento, pode-se, então, estabelecer que o plano de tratamento seja medicamentoso e/ou psicoterápico.

3.3.11 - Tratamento

As opções de tratamento para a depressão em idosos incluem intervenções farmacológicas, psicoterápicas e a eletroconvulsoterapia.

A maioria dos pacientes responde à combinação de psicoterapia e medicamentos (Solneck e Seiter, 2002), combinação essa eficiente para prevenir recaídas tanto em pacientes idosos quanto em adultos jovens.

O tratamento farmacológico da depressão em idosos deve abordar, inicialmente, a caracterização do tipo e gravidade dos transtornos depressivos (Forlenza, 2000b), ou seja, o diagnóstico deve estar claro; deve-se investigar a presença de outras doenças, o uso de outras medicações e as interações entre elas, investigar a possibilidade de abuso de álcool ou outras drogas e identificar sintomas-alvo com a finalidade de monitorar a resposta ao tratamento (Almeida, 2000).

Segundo Almeida (2000), os objetivos do tratamento farmacológico com idosos são: reduzir a gravidade ou eliminar os sintomas depressivos, reduzir o risco de recaída ou recidiva, melhorar a QV do paciente e de seus responsáveis e melhorar o estado geral de saúde do paciente. Os antidepressivos são medicamentos que atuam no tônus psíquico, melhorando o humor. Seu efeito, portanto, será aumentar a disponibilidade de neurotransmissores no sistema nervoso central (SNC), notadamente da serotonina, da noradrenalina e da DA.

Pode-se dividir os antidepressivos em tricíclicos (ADT), inibidores da monoaminoxidase (IMAO), inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) e antidepressivos atípicos (Friedlander, Norman e 2002; Solneck e Seiter, 2002). O Quadro 3 permite melhor visualização.

Quadro 3 – Principais antidepressivos e suas características

Tipos de AD	**Função**	**Efeitos Colaterais**	**Principais AD**
ADT	Aumentar a concentração de norepinefrina no SNC	hipomania ou mania, sonolência excessiva ou sedação, insônia, agitação, secura da boca, taquicardia, icterícia, reações alérgicas da pele, agranulocitose,	Imipramina, Clomipramina, Nortriptilina Amitriptilina

Continuação do Quadro 3 – Principais antidepressivos e suas características

IMAO	o metabolismo da serotonina, NE, DA no SNAS	agitação, insônia, irritabilidade, secura da boca, retenção urinária, constipação, impotência, hipotensão	Maprotilina Tranilcipromina
ISRS	bloqueio da recaptação de serotonina nos terminais pré-sinápticos	vômitos, náuseas, diarréia, ansiedade, irritação, insônia, cefaléia, tremor, agitação e disfunção sexual.	Paroxetina Sertralina Fluoxetina
AD Atípicos	Grupo de AD com mecanismo de ação atípico	Cada AD tem efeitos colateais próprios	Venlafaxina Tianeptina Reboxetina Mirtazapina

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um importante procedimento terapêutico na abordagem de pacientes idosos deprimidos. A ECT é eficaz principalmente nos casos de depressão grave e psicótica; é bem tolerada e segura mesmo nos casos de polifarmácia e múltiplas doenças e, muitas vezes, constitui-se em tratamento de primeira escolha quando a depressão coloca em risco a vida do idoso.

A ECT deve ser aplicada de 2 a 3 vezes por semana. Usualmente são necessárias de 6 a 12 sessões (Coffey, Weiner, 1990) para que se obtenha remissão completa da sintomatologia ou que a resposta terapêutica atinja um platô, isto é, permanecer inalterada nas 2 ou 3 últimas sessões (Rocha, 2000).

Esse procedimento é indicado sempre que houver necessidade de resposta terapêutica rápida e com maior chance de bom resultado; o risco do emprego de antidepressivos for maior que o risco da ECT; quando houver história de resposta prévia satisfatória à ECT; perante refratariedade e intolerância a antidepressivos e, principalmente, quando houver preferência do paciente.

Dentre o tratamento psicoterápico da depressão, as psicoterapias mais utilizadas são a Psicanálise e a Terapia Cognitiva da Depressão.

De acordo com a Psicanálise, mais precisamente com Sigmund Freud, "os traços mentais da melancolia* envolvem desânimo profundamente penoso, cessação de interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição do sentimento de auto-estima envolvendo sentimentos de auto-recriminação e auto-envilecimento. Sendo a diminuição da auto-estima a característica mais marcante no melancólico (Freud, 1905).

A diminuição da auto-estima causa empobrecimento do ego, tornando-o vazio e sem valor. O paciente considera seu ego como sendo incapaz de realizações, desprezível portanto, merecedor de punição por tamanha inépcia. Com relação a esse envilecimento do ego, Freud diz: "Esse quadro de delírio de inferioridade (principalmente moral) é completado pela insônia e pela recusa a se alimentar, e – o que é psicologicamente notável – por uma superação do instinto que compele todo ser vivo a se apegar à vida" (Freud, 1905).

Observada criteriosamente as recriminações que o ego do melancólico faz sobre si mesmo, nota-se que é possível aplicá-las a outrem o que nos revela a chave do quadro clínico da melancolia: essas auto-recriminações referem-se à perda do objeto amado, e a ele se dirigem, mas o paciente as aponta para si próprio. No melancólico, o ego se divide e uma parte sua se coloca contra a outra, julgando-a criticamente e tomando-a como seu objeto de amor.

*Freud costumava usar como sinônimo de melancolia os termos *depressão* e *depressão melancólica*, porém preferia o termo **melancolia** nos textos que formulavam as noções fundamentais sobre o assunto.

A Terapia Cognitiva da Depressão é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa, de prazo limitado, com técnicas terapêuticas específicas e inter-relacionadas, indicada para tratar de depressões. Fundamenta-se na racionalidade teórica de que o afeto e o comportamento são em grande parte determinados pelo modo como o indivíduo estrutura o mundo. Suas cognições ("eventos" verbais e pictóricos em seu fluxo de consciência) baseiam-se em atitudes ou pressuposições (esquemas) desenvolvidos a partir de experiências anteriores (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997).

Como visa aliviar a dor emocional e os sinais e sintomas da síndrome depressiva, a terapia focaliza as interpretações autoderrotistas e as atitudes disfuncionais do paciente. Utiliza técnicas (tanto cognitivas quanto comportamentais) que objetivam identificar e corrigir essas cognições distorcidas, além de ajudar o paciente deprimido a pensar e agir de forma menos negativa e mais realista e adaptativa.

A Teoria Cognitiva da Depressão baseia-se na hipótese de uma predisposição para a depressão: indivíduos deprimidos passariam a desenvolver conceitos negativos de si mesmos, seu futuro e suas experiências a partir de experiências anteriores. Tal negativismo estaria latente e seria ativado mediante circunstâncias específicas semelhantes às experiências anteriores responsáveis pela introjeção das atitudes negativas.

3.4 - A Qualidade de Vida do idoso

3.4.1 - Conceito

Durante muito tempo, a medicina e ciências afins voltaram seus interesses ao controle dos sintomas, à diminuição da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida, ou seja, seu objetivo maior era alongar o número de anos vividos. Na ânsia de atingir tal fim, deixava-se de lado a preocupação de acrescentar "vida" aos anos. Nas últimas décadas, a medicina e ciências afins passaram a pensar, então, na QV de seus pacientes, uma vez que os anos vividos a mais podiam ser anos de sofrimento para o paciente e suas famílias se fossem marcados por doenças, declínio da capacidade funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social (Beresin, 2002).

De acordo com Paschoal (2000), é difícil conceituar *QV* e, durante essas últimas décadas, o debate sobre o seu significado não encontrou consenso satisfatório:

> A natureza abstrata do termo explica por que "boa qualidade" tem significados diferentes para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. É por isso que há diferentes significados de QV; talvez cada indivíduo tenha seu próprio conceito. Assim QV é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais: tendo variado, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo (...) de acordo com seu estado de espírito ou de humor (p.24).

Segundo Whitehouse e Rabin (1992), QV não é apenas mais um conceito isolado que mereça inclusão entre as várias medidas do benefício advindo de nosso cuidado para com o indivíduo, mas deve ser considerada como o objetivo fundamental de nossas atividades profissionais, guiando a organização tanto dos nossos esforços de pesquisa como clínicos. Para Martins, França e Kimura (1996), QV é um conceito intensamente marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer sejam físicos, psicológicos, culturais ou espirituais.

Com o objetivo de definir e uniformizar o que essa idéia representa, a OMS criou, em 1994, o grupo de QV. Esse grupo definiu QV como "percepção subjetiva do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Essa definição foi criada a partir de três aspectos fundamentais propostos por um grupo de especialistas de diferentes culturas: subjetividade,

multidimensionalidade e presença de dimensões positivas (por exemplo: mobilidade) e negativas (por exemplo: dor) (Fleck et al., 1999).

3.4.2 – Qualidade de Vida relacionada à saúde

Nos dias atuais, é crescente, na área da saúde, o interesse de realizar pesquisas sobre QV. Na realidade, esse interesse surgiu na década de 70, particularmente nas áreas de oncologia, reumatologia e psiquiatria (Paschoal, 2000).

Pachoal (2000) relata:

> Provavelmente, a primeira vez que o termo QV foi empregado num periódico médico aconteceu na metade dos anos 60, quando Elkington (1966) escreveu um editorial intitulado "Medicina e QV". Levantou questões acerca das responsabilidades da Medicina a respeito desse constructo e usou pacientes renais crônicos em hemodiálise como exemplo. De lá para cá, a utilização do termo na literatura médica e nas ciências da saúde vem aumentando impressionantemente (p.69).

Seguida de estudos nas áreas da oncologia, reumatologia e psiquiatria, a pesquisa se estendeu para a avaliação dos resultados de tratamento de doenças crônicas. De acordo com Tamburini (1998), o objetivo atual da medicina não é a cura dessas doenças mas sim o seu controle, inclusive dos sintomas desagradáveis que tantas vezes respondem pela deterioração rápida da capacidade funcional, provocando incapacidade, dependência, perda de autonomia, necessidade de cuidados de longa duração e institucionalização.

Em meio a tantas pesquisas na área da saúde e ciências afins, criam-se as expressões *QV Relacionada à Saúde* (QVRS) e *Estado Subjetivo,* que são conceitos afins, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente (Fleck et al., 1999).

Testa e Simonson (1996) afirmam que QVRS refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde, vistos como áreas distintas influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções de um indivíduo.

Guyatt, Eagle, Sackett, Willan, Griffith, McIroy, Patterson e Turpie (1993) afirmam que, cada vez mais, por várias razões, clínicos e gestores de saúde reconhecem a importância de medir a QVRS. Uma dessas razões é a importância de avaliar o impacto que as doenças crônicas têm sobre os indivíduos. Outra é o fenômeno comumente observado de que dois pacientes, com os mesmos critérios clínicos, têm, com freqüência, respostas dramaticamente diferentes, de onde há necessidade de critérios mais subjetivos para medir a diferença dos resultados.

Ebrahim (1995) relaciona alguns objetivos da QVRS. Segundo esse autor, é uma forma de acompanhar a saúde de dada população, determinar os fatores etiológicos e realizar diagnóstico e prognóstico de algumas doenças, dimensionar a gravidade, analisar os efeitos do tratamento, avaliar as políticas sociais e os efeitos das políticas de saúde.

3.4.3 - Qualidade de Vida na velhice

Atualmente o termo QV na velhice pode ser substituído por expressões equivalentes como bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, bem-estar percebido, envelhecimento saudável ou bem-sucedido (Neri, 2003).

De acordo com Baltes (1983), a QV na velhice abrange todo o curso de vida do indivíduo e é contextualizada por fatores ontogenéticos, histórico-culturais e por outros ligados à história de vida do indivíduo.

Os estudos desenvolvidos pelo grupo de Kansas – *Kansas City Studies of Adult Life* – propuseram que envelhecer bem depende de quatro condições: atividade, capacidade de afastamento, satisfação com a vida e maturidade ou integração da personalidade (Neri, 2003).

Segundo os pesquisadores da Escola da Chicago, os pioneiros na investigação do ajustamento pessoal e social na velhice, *envelhecimento bem-sucedido* significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro (Passurth e Bengston, 1988).

Enfim, vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de QV na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos). No entanto, ainda não foi possível estabelecer com clareza o grau de inter-relações e a direção de causalidade entre eles (Neri, 2003).

De acordo com Freire (2000), a QV na velhice depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo; equilíbrio que ajudará os idosos a enfrentar as perdas inevitáveis nessa fase da vida e a enfrentar as mudanças em si mesmos e do mundo.

No entanto, a QV na velhice pode ser comprometida, segundo Neri (2003), por quatro tipos de estressores: 1) os problemas de saúde; 2) questões sociais, com ênfase em política; 3) problemas enfrentados por familiares (por exemplo, saúde do cônjuge, casamento, carreira e saúde dos filhos, realizações e escolhas dos netos) e 4) preocupação com problemas de amigos e vizinhos e a necessidade de ajudá-los.

3.4.4- O processo de feminização da velhice e a Qualidade de Vida

De acordo com Lopes (2003), está ocorrendo um processo de feminização da velhice, caracterizado pelo crescimento da proporção de mulheres no total da população idosa em todo o mundo.

Embora a expectativa de vida das mulheres seja mais longa, a QV das idosas é ruim. Esse fato acontece porque as idosas são mais doentes, estão mais sujeitas a viver em instituições asilares, de depender física e materialmente da família, de viverem mais tempo na condição de viúvas e mais chances de viverem sozinhas na idade avançada (Goldani, 1999). Na verdade, essa condição ruim de QV é conseqüência das regras sociais em que viveram: a restrição ao papel seu familiar. Essas mulheres dedicavam sua vida aos cuidados do marido e filhos sendo, portanto,

dependentes financeira e emocionalmente deles, além de serem sacrificadas quanto ao tempo de lazer e às oportunidades de socialização.

No entanto, é correto afirmar que será melhor a QV das mulheres nascidas no final do século XX, hoje mulheres adultas e de meia-idade, em virtude das mudanças sociais que estão redefinindo identidades, relações familiares, o próprio curso de vida e a dialética dependência/interdependência entre as gerações (Goldani, 1999).

Ferruci, Benvenuti, Bartali, Bandinelli, Di Lori, Russo e Lauretani (2000) realizaram uma pesquisa com mulheres idosas e constataram que, apesar da maior longevidade, elas referiam mais problemas de saúde do que os homens idosos. Esses autores concluíram que os cuidados com a saúde e a mudança no estilo de vida podem reduzir substancialmente os riscos e os problemas com doenças crônicas.

3.4.5 - Fatores que influenciam na Qualidade de Vida na velhice

3.4.5.1 - Bem-estar psicológico

O bem-estar psicológico é de fundamental importância para haver QV na velhice. Segundo Freire (2000.p.26) um modelo teórico-prático com seis dimensões do funcionamento positivo explica o bem-estar psicológico:

- Auto-aceitação: implica uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e a seu passado; implica reconhecer e aceitar diversos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e más;

- Relações positivas com os outros: envolve manter a qualidade da relação com os outros, ou seja, para que seja calorosa, satisfatória e verdadeira; preocupar-se com o bem-estar alheio; ser capaz de relações empáticas, afetuosas;
- Autonomia: significa ser autodeterminado e independente; ter habilidade para resistir às pressões sociais, para pensar e agir por si mesmo; avaliar-se com base em seus próprios padrões;
- Domínio sobre o ambiente: ter senso de domínio e competência para manejar o ambiente; aproveitar as oportunidades que surgem à sua volta; ser hábil para escolher ou criar contextos apropriados às suas necessidades e valores;
- Propósito na vida: implica ter metas na vida e um sentido de direção; o indivíduo percebe que há sentido em sua vida presente e passada; cultiva crenças que dão propósito à vida; acredita que a vida tem propósito e é significativa;
- Crescimento pessoal: o indivíduo tem um senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa; está aberto a novas experiências; tem consciência de realização de seu potencial e suas mudanças refletem autoconhecimento e eficácia.

3.4.5.2 - Auto-estima

Auto-estima pode ser definido como gostar verdadeiramente de si mesmo com todas as suas qualidades, sejam elas positivas ou negativas. De acordo com Erbolato (2000), a auto-estima acompanha nosso desenvolvimento e muda ao longo da vida. Assim, em qualquer etapa da vida, pode ser melhorada e adaptada à realidade.

O processo de envelhecimento pode alterar a auto-estima, visto estar relacionado às mudanças emocionais, biológicas, físicas e sociais que, muitas vezes, provoca o aparecimento de crises. Assim, importa que os idosos compreendam que essas mudanças acontecem com todos em maior ou menor grau, aceitem-nas e aprendam a conviver com elas para manter a auto-estima tão positiva quanto possível (Erbolato, 2000).

Muitas vezes, o incentivo à prática de exercícios físicos, o cuidado com a aparência ou ainda a adoção de medidas preventivas visa melhorar a auto-estima dos idosos.

3.4.5.3 - O sentimento de solidão

O sentimento de solidão pode ocorrer nas várias etapas do desenvolvimento humano, embora se torne mais freqüente na velhice. Isso não quer dizer, entretanto, que seja inevitável.

A solidão pode surgir na velhice como conseqüência das mudanças próprias dessa fase de vida, como, por exemplo, a viuvez, a aposentadoria, a saída dos filhos

de casa, as limitações físicas e as perdas em vários domínios. No entanto, esse sentimento pode ser revertido pelas boas condições de saúde, rede satisfatória de amigos e o envolvimento social em atividades sociais, produtivas e de lazer.

Segundo Capitanini (2000), uma das maiores preocupações com a QV na velhice diz respeito à busca de formas de prevenção de ocorrências e situações que possam afetar o bem-estar das pessoas, entre elas, o sentimento de solidão.

Para evitar tal sentimento, a autora sugere que os idosos procurem conhecer novas pessoas e fazer novos amigos, principalmente da própria geração; que se envolvam em atividades sociais voluntárias; invistam na capacidade de transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas; participem de grupos de convivência, de lazer, de atualização cultural; invistam em si mesmos, cuidando da saúde física e mental, alimentando-se corretamente e fazendo exercícios físicos com regularidade.

Kroeff (1999) realizou um estudo com idosos que participavam de três grupos de convivência para a terceira idade em Porto Alegre. Constatou que buscavam o grupo para evitar a solidão, a improdutividade mental e física e outros aspectos relacionados com o envelhecimento, como a viuvez, a aposentadoria.

Beresin (2002) realizou um estudo cujo objetivo era avaliar as características psicossociais e de QV de idosos antes e depois da participação em um grupo de atendimento multidisciplinar. Em relação às características psicossociais, houve diferenças quanto a queixas físicas e emocionais, com diminuição de queixas emocionais. Quanto à QV, houve diferença estatisticamente significativa entre a média da Capacidade Funcional em relação à média da Saúde Menta

3.4.5.4 - Exercícios físicos

A possibilidade de envelhecer com saúde depende, muitas vezes, de comportamentos adotados pelos indivíduos, como a prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

Pesquisas evidenciam que exercícios físicos feitos regularmente contribuem para o aumento da capacidade física, da resistência, da flexibilidade, da velocidade psicomotora e do desempenho neuropsicológico dos idosos, além de prevenir, evitar e diminuir o estresse e aumentar a resistência a doenças, principalmente as cardiovasculares e as auto-imunes como a artrite reumatóide (Vitta, 2000).

Os benefícios da prática da atividade física sistemática se estendem sobre o humor, a angústia, a ansiedade e a depressão assim como promovem a integração social do idoso, melhoram sua auto-estima e amenizam as mudanças biopsicossociais decorrentes do envelhecimento.

Bastone (2000) realizou um estudo em idosos institucionalizados cujo objetivo era avaliar o impacto da atividade física em seu desempenho funcional. Essa autora concluiu que houve melhora da força muscular sem alteração da propriocepção após o término do programa de exercícios; o desempenho funcional mostrou significante melhora após o exercício; houve nítido impacto positivo da atividade física no bem-estar emocional e no estado cognitivo dos idosos.

4 MÉTODOS

4 - Métodos

4.1 - Grupo de estudo

Foram estudados 36 idosos, residentes no Asilo "São João Bosco", situado em Campo Grande-MS.

4.2 - Asilo "São João Bosco"

O asilo "São João Bosco" é uma entidade filantrópica que visa manter a dignidade de idosos carentes. Atualmente, o asilo abriga 160 idosos, sob responsabilidade de três irmãs da Congregação das Irmãs Passionistas de São Paulo da Cruz.

Além de abrigar idosos, o asilo também proporciona alimentação, vestuário, lazer e cuidados com a saúde. No que se refere à saúde, existem médicos voluntários (psiquiatra e clínico geral), dentista, estagiários da Universidade Católica Dom Bosco, além de assistência ambulatorial e hospitalar por meio de serviços públicos de saúde. Essa instituição é mantida por verbas federais, estaduais e municipais, doações da população e pela aposentadoria de alguns idosos residentes.

4.3 – Grupo comparativo

Foram adotados como grupo comparativo 39 idosos que freqüentavam o Centro de Convivência dos idosos "João Nogueira Vieira", situado em Campo Grande-MS.

4.4 - Centro de Convivência do Idoso "João Nogueira Vieira"

O Centro de Convivência dos Idosos "João Nogueira Vieira" foi inaugurado em 25 de maio de 1995 pela Prefeitura Municipal de Campo Grande-MS com o objetivo de assegurar o atendimento das necessidades básicas de integração e valorização do idoso junto à família e à comunidade, garantindo-lhe o desenvolvimento de programas sócioeducativos e culturais.

Com sede própria situa-se na avenida Fernando Correia da Costa, s/n, junto ao Horto Florestal, em Campo Grande-MS, o centro de convivência funciona de manhã entre 7 hs e 30 min e 11 hs e à tarde entre 13 hs e 17 hs, de segunda à sexta-feira.

Dentre as atividades socioeducativas e culturais oferecidas pelo centro de convivência dos idosos, citam-se: iniciação à informática, sala de leitura, oficina de brinquedos, atividades laborativas/trabalhos manuais, coral, ginástica, dança coreografada, baile, atendimento social/encaminhamento, palestras educativas e preventivas, recreação, hidroginástica, alfabetização, curso de espanhol e eventos diversos.

4.5 – Critério de inclusão

Foram adotados como critérios de inclusão os seguintes itens: a) idosos moradores do asilo; b) idosos freqüentadores do centro de convivência dos idosos; e c) idade igual ou superior a 65 anos.

4.6 - Critério de exclusão

Como critérios de exclusão adotou-se: a) idosos que se recusaram a participar da pesquisa; b) idade inferior a 65 anos; e c) presença de comprometimento cognitivo e de comunicação.

4.7 - Instrumentos

Esta pesquisa foi realizada com a utilização dos seguintes instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (anexo A), Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde: *World Health Organization of Quality of Life-Old* (WHOQOL-breve*) (*anexo B), Escala para Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D 21 itens) (anexo C) e Questionário de Sono do Adulto de Giglio (anexo D).

4.7.1- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

O MEEM foi criado por Folstein, Folstein e McHugh em 1975. Desde então, o instrumento vem sendo largamente usado para o rastreamento epidemiológico também no Brasil, tanto em estudos na comunidade como em asilos (Folstein, Folstein e McHugh, 1975, Engelhardt, Laks; Marinho, Rozenthal e Quitério, 2002). Seu objetivo é avaliar, a partir de um mini-exame, a presença ou não de distúrbios cognitivos.

O instrumento avalia a orientação temporal (escore máximo de 5 pontos), a orientação espacial (escore máximo de 5 pontos), a memória de fixação (escore máximo de 3 pontos), a atenção e cálculo (escore máximo de 5 pontos), a memória de evocação (escore máximo de 3 pontos), a linguagem (escore máximo de 8 pontos) e a praxia construtiva (escore máximo de 1 ponto), perfazendo um total de 30 pontos.

No que se refere à pontuação do MEEM, fatores como nível educacional e diferenças culturais, ocupação prévia (manual/não-manual) e alterações visuais podem alterar o desempenho no teste (Bertolucci, 2000). Segundo Herrera Junior, Caramelli, Silveira e Nitrini (2002), os escores conforme a escolaridade variam: 18 – para analfabetos; 21 – para indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade e 24 – para indivíduos com 4 a 7 anos de escolaridade.

4.7.2 - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve*)*

O WHOQOL-breve foi elaborado a partir do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), instrumento composto por 100 questões abrangendo 6 domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais e Ambiente), com o objetivo de avaliar a QV dentro de uma perspectiva internacional (Fleck et al., 1999).

O WHOQOL-breve foi elaborado com o objetivo de atender a necessidade de instrumentos mais breves que demandem pouco tempo para seu preenchimento (Fleck et al., 1999). Compõe-se de 4 domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e de 26 questões (2 questões de caráter geral e as outras 24 representando cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original), conforme Quadro 4 a seguir.

O uso do WHOQOL-breve em idosos institucionalizados justifica-se pela possibilidade variada de informações que fornece para compreender as motivações, os desejos, as oportunidades e os recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar pessoal em relação a si e aos outros (Fleck, 2000).

Quadro 4– Domínios e facetas do WHOQOL-breve

Domínio 1 – Domínio Físico
Dor e desconforto
Energia e fadiga
Sono e repouso
Mobilidade
Atividades da vida cotidiana
Dependência de medicação ou de tratamento
Capacidade de trabalho
Domínio 2 – Domínio Psicológico
Sentimentos positivos
Pensar, aprender, memória e concentração
Auto-estima
Imagem corporal e aparência
Sentimentos negativos
Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Relações Sociais
Relações pessoais
Apoio social
Atividade sexual
Domínio 4 – Ambiente
Segurança física e proteção
Ambiente no lar
Recursos financeiros
Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades
Participação em, e oportunidade de recreação/lazer
Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima
Transporte

Fonte: World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996; 12-8.

4.7.3- Escala para Avaliação da Depressão de Hamilton (HAM-D)

A HAM-D foi desenvolvida há mais de 40 anos por Max Hamilton. Pretende avaliar e quantificar os sintomas depressivos, não constituindo, portanto, um instrumento de diagnóstico de depressão (Gorestein, Andrade e Zuardi, 1999). Além dos sintomas depressivos, avalia ainda a presença de sintomas somáticos e de ansiedade.

Existem três versões da HAM-D: a de 17 itens, a de 21 e a de 24. A versão original de Hamilton, composta de 21 itens, avalia: humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia), sentimentos de culpa, suicídio, insônia inicial, intermediária e terminal, trabalhos e atividades, retardo (lentidão de pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora), agitação, ansiedade psíquica, somática, sintomas somáticos (apetite, digestivo), sintomas somáticos gerais, sintomas genitais, hipocondria, perda de peso, crítica, variação diurna despersonalização e desrealização, sintomas paranóides, sintomas obsessivos e compulsivos. A presente pesquisa utilizou a escala de 21 itens.

Os itens da HAM-D são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4. Pontuações totais de 7 pontos ou menos, indicam ausência de sinais depressivos; de 8 a 13 pontos, sinais depressivos leves; de 14 a 18 pontos, sinais depressivos moderados; de 19 a 22 pontos, sinais depressivos graves e igual ou superior a 23 pontos, sinais depressivos muito graves (Gorestein, Andrade e Zuardi, 1999).

4.7.4- Questionário de Sono do Adulto de Giglio

O Questionário de Sono do Adulto de Giglio foi elaborado por Sandra Braz Del Giglio em 1988 para utilização em sua tese de doutorado e visava em primeiro lugar recolher as queixas de insônia, sonolência excessiva e das relativas às parassônias na população adulta da cidade de São Paulo. A necessidade de elaborar um questionário surgiu uma vez que os instrumentos encontrados na literatura internacional – por possuírem características específicas – não atendiam adequadamente aos propósitos da sua tese.

A característica principal desse questionário é ser um instrumento de aplicação rápida e fácil e poder ser aplicado por indivíduos não-especializados.

O questionário é composto por questões de livre escolha sobre os padrões do sono, insônia, sonolência excessiva diurna e parassônias (ronco, sonambulismo, bruxismo, entre outras), além de questões que investigam o uso de medicamentos, o profissional responsável pela prescrição do medicamento e a existência de demais alternativas adotadas para dormir melhor.

É importante salientar que neste estudo foram utilizadas apenas as questões referentes à insônia por atender melhor aos objetivos a que se propôs. Processo semelhante foi adotado por Souza (2001) em sua tese de doutorado.

Outra justificativa se faz necessária quanto ao item 05 (classe social) desse questionário: ele foi removido desta pesquisa por se tratar a amostra de idosos institucionalizados.

4.8- Procedimentos

A pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: o primeiro se caracterizou pela aplicação do MEEM e, posteriormente, pela aplicação do Questionário de Sono do Adulto de Giglio, HAM-D e WHOQOL-breve. Primeiramente, os questionários foram aplicados aos idosos do asilo para, então, serem aplicados no centro de convivência.

A aplicação do MEEM serviu como pré-seleção para atender ao critério de exclusão, ou seja, excluir os idosos com comprometimento cognitivo. Nenhum idoso do Centro de Convivência "João Nogueira Vieira" – grupo-comparativo – foi excluído.

4.9- Análise estatística

A análise estatística foi realizada comparando idosos que residiam em um asilo e idosos que freqüentavam um centro de convivência para idosos (compondo o grupo

comparativo) em função de três avaliações: O Questionário de Sono do Adulto de Giglio, a HAM-D e o WHOQOL-breve.

O Questionário de Sono do Adulto de Giglio permitiu avaliar a presença ou ausência de insônia. O HAM-D permitiu avaliar a presença de sinais e sintomas depressivos. O WHOQOL-breve, por sua vez, permitiu avaliar a Qualidade de Vida nos dois grupos de idosos.

O Teste Estatístico não-paramétrico de *Kruskal-Wallis (KW)* foi utilizado para comparar os idosos institucionalizados insone *versus* idosos institucionalizados não-insone (variáveis independentes) em função da QV, segundo o WHOQOL–breve (variável dependente). Além disso, esse teste também foi utilizado para comparar idosos institucionalizados com sinais e sintomas depressivos versus idosos institucionalizados sem sinais e sintomas depressivos (variáveis independentes) em função da QV, segundo o WHOQOL-breve (variável dependente).

Através da correlação bicaudal de *Pearson*, comparou-se os idosos institucionalizados insones e com sintomas e sinais depressivos *versus* idosos institucionalizados não-insones e com sinais e sintomas depressivos função da Qualidade de Vida (WHOQOL-breve).

O índice de significância foi estabelecido como 5%, segundo normas internacionais ($p < 0,05$). O programa estatístico utilizado foi o SPSS versão 10.0 (Norusis, 2001).

4.10- Aspectos éticos da pesquisa

Para a realização desta pesquisa, obteve-se aprovação da Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e métodos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme os conceitos de ética usuais. (Anexo E).

5-RESULTADOS

5-Resultados

5.1- População

5.1.1 – População de Idosos

No primeiro momento da pesquisa, foi utilizado o MEEM para atender a um dos critérios de seleção deste estudo. Esse instrumento excluiu 66 idosos que moravam no asilo - 24 homens e 42 mulheres. Assim, a população do estudo se restringiu a 36 idosos, conforme mostra a Tabela 1.

Em relação aos idosos que freqüentavam o centro de convivência, todos os convidados a participar da pesquisa se apresentaram aptos de acordo com o MEEM.

Tabela 1- Resultado do Mini-Exame do Estado Mental no Asilo "São João Bosco"

	Com comprometimento	**Sem comprometimento**	**Total**
Homens	24	30	54
Mulheres	42	6	48
Total	66	36	102

5.1.2 - Descrição dos idosos institucionalizados

Participaram da amostra dos idosos institucionalizados 30 homens e 6 mulheres, com idade entre 70 e 79 anos. Os principais dados demográficos constam da Tabela 2.

Tabela 2- Descrição dos idosos institucionalizados (em porcentagem e n)

Variáveis	**MASCULINO**	**FEMININO**	**TOTAL**	**MEDIANA**
Gênero				
Masculino	100,0 (30)	0	100,0 (30)	15
Feminino	0	100,0 (6)	100,0 (6)	3
FAIXA ETÁRIA				
65-69	20, (6)	16,7 (1)	19,4 (7)	3,5
70-79	50,0 (15)	83,3 (5)	55,6 (20)	10
80-89	30,0 (9)	0	25,0 (9)	4,5
ESTADO CIVIL				
Solteiro	56,7 (17)	33,4 (2)	52,7 (19)	9,5
Casado	0	0	0	0
Viúvo	23,3 (7)	66,6 (4)	30,6 (11)	5,5
Separado	20,0 (6)	0	16,7 (6)	3
OCUPAÇÃO				
Aposentado	100,0 (30)	100,0 (6)	100,0 (36)	18
Dependente da família	0	0		0
ESCOLARIDADE				
Primário (comp/incomp)	56,7 (17)	0	47,3 (17)	8,5
1º Grau (comp/incomp)	6,7 (2)	16,7 (1)	8,4 (3)	1,5
2º Grau (comp/incomp)	3,3 (1)	1607 (1)	5,5 (2)	1
Analfabeto	33,3 (10)	66,6 (4)	38,8 (14)	7

Legenda: Comp: completo; Incomp: incompleto

5.1.3 – Descrição do grupo comparativo

A amostra do grupo comparativo constituiu-se de 35 mulheres e 4 homens, com idade entre 70 e 79 anos. O estado civil foi composto por viúvos (56,4%) e por casados (30,7%). Os principais dados sociodemográficos estão relatados na Tabela 3.

Tabela 3 – Descrição do grupo comparativo (em porcentagem e em n)

Variáveis	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	MEDIANA
Gênero				
Masculino	100,0 (4)	0	100,0 (4)	2
Feminino	0	100,0 (35)	100,0 (35)	17,5
FAIXA ETÁRIA				
65-69	0	34,3 (12)	30,8 (12)	6
70-79	50,0 (2)	54,3 (19)	53,8 (21)	11,5
80-89	50,0 (2)	11,4 (4)	15,4 (6)	3
ESTADO CIVIL				
Solteiro	0	5,7 (2)	5,1 (2)	1
Casado	75,0 (3)	22,8 (8)	28,3 (11)	5,5
Viúvo	25,0 (1)	65,7 (23)	61,5 (24)	12
Separado		5,7 (2)	5,1 (2)	1
OCUPAÇÃO				
Aposentado	100,0 (4)	97,2 (34)	97,4 (38)	17,5
Dependente da família	0	2,8 (1)	2,6 (1)	0,5
ESCOLARIDADE				
Primário (comp/imcomp)	75,0 (3)	71,5 (25)	71,8 (28)	14
1º Grau (comp/imcomp)	0	14,4 (5)	12,8 (5)	2,5
2º Grau (comp/imcomp)	0	2,8 (1)	2,6 (1)	0,5
Superior (compl/incompl)	25	2,8 (1)	5,1 (2)	1
Analfabeto	0	8,5 (3)	7,7 (3)	1,5

Legenda: Comp: completo; Incomp: incompleto

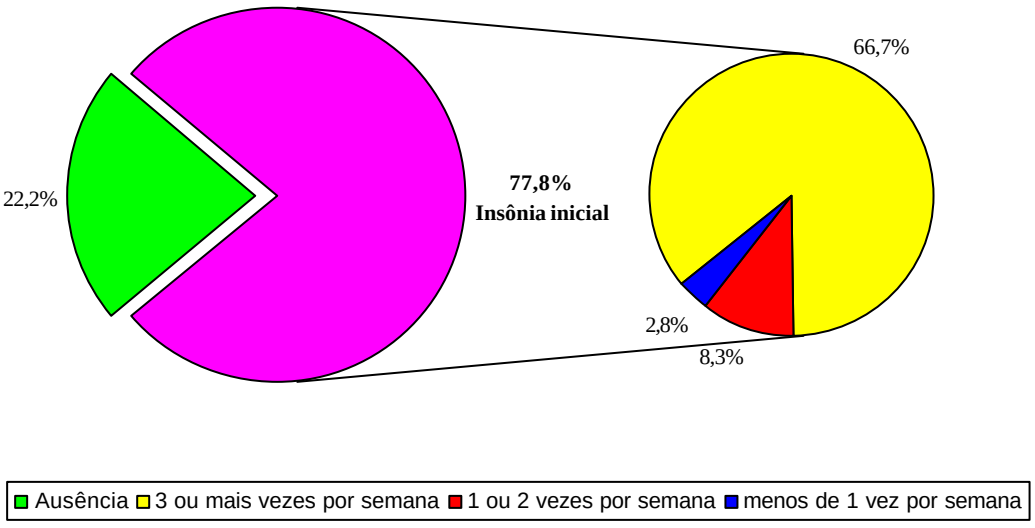
5.2 – Ocorrência de insônia

5.2.1 – Idosos institucionalizados

5.2.1.1 – Insônia inicial

A Figura 1 demonstra que 77,8% dos idosos institucionalizados apresentou insônia inicial e que 66,7% apresentou-a 3 ou mais vezes por semana.

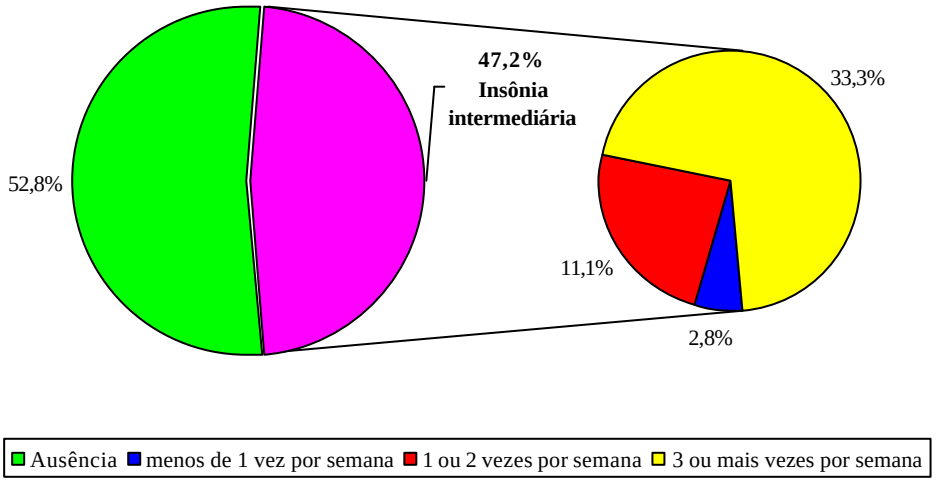
Figura 1 - Insônia inicial nos idosos institucionalizados



5.2.1.2 – Insônia intermediária

De acordo com a Figura 2, 47,2% dos idosos institucionalizados apresentou insônia intermediária sendo que 33% apresentou-a 3 ou mais vezes por semana.

Figura 2 - Insônia intermediária nos idosos institucionalizados

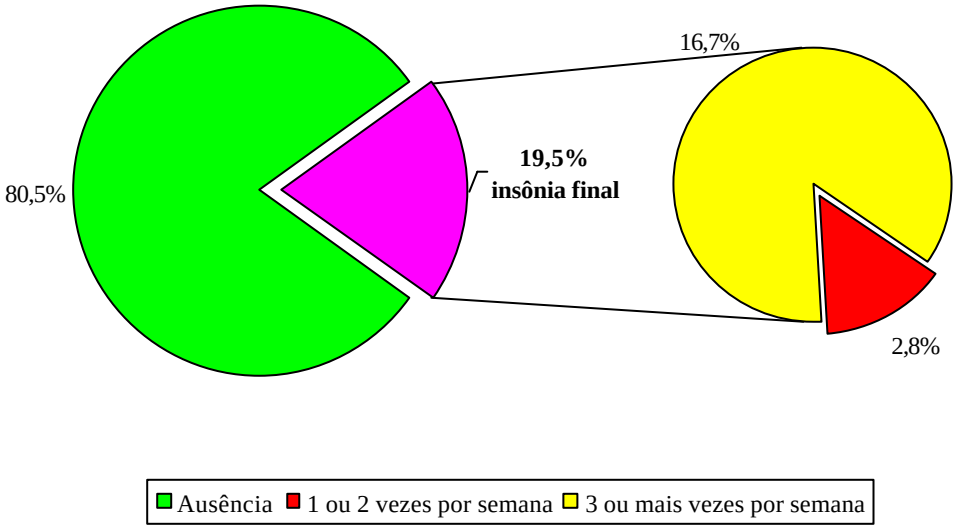


5.2.1.3 – Insônia final

.

Dos idosos institucionalizados, a maior parte (19,5%) apresentou insônia final sendo que 16,7% apresentou-a 3 ou mais vezes por semana.

Figura 3 - Insônia final nos idosos institucionalizados

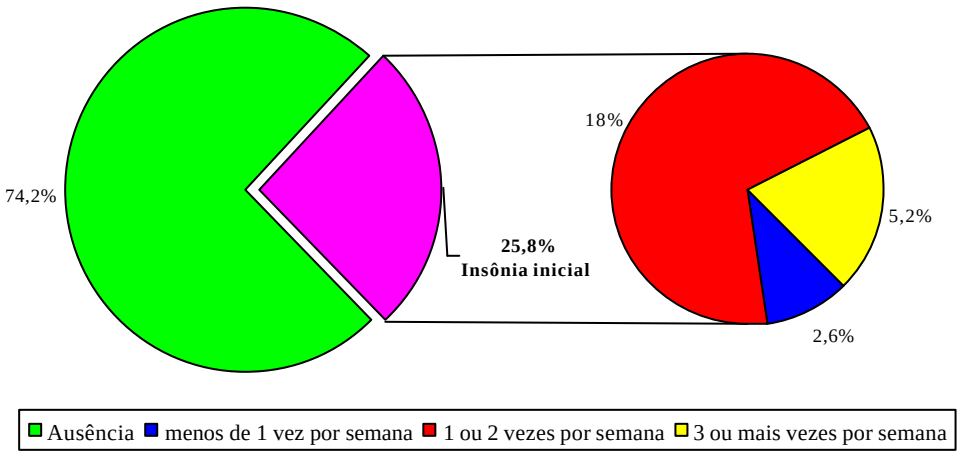


5.2.1 – Grupo comparativo

5.2.1.1 - Insônia inicial

De acordo com a Figura 4, 25,8% dos idosos que compõem o grupo comparativo apresentou insônia inicial sendo que 18% apresentou-a 1 ou 2 vezes por semana.

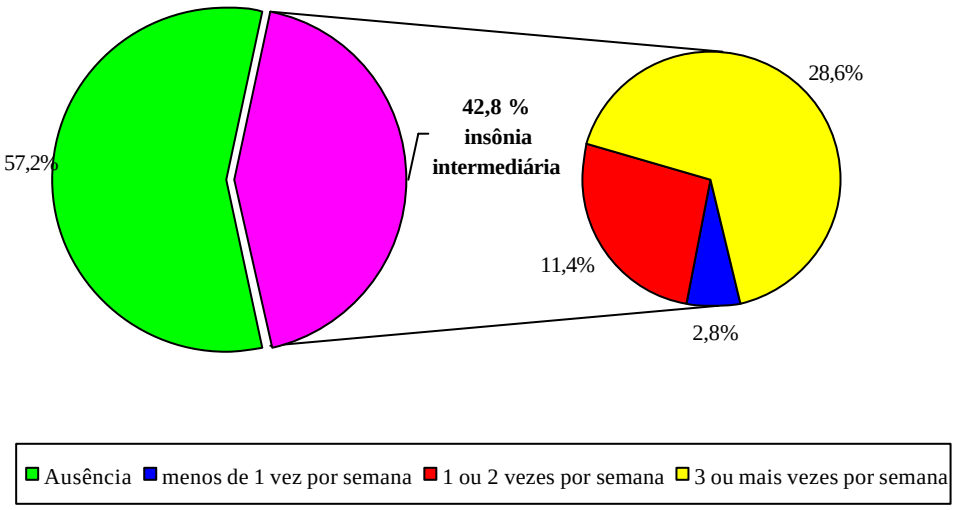
Figura 4 - Insônia inicial no grupo comparativo



5.2.1.2 – Insônia Intermediária

Conforme pode ser observado na Figura 5, 42,8% do grupo comparativo apresentou insônia intermediária sendo que 28,6% apresentou-a 3 ou mais vezes por semana.

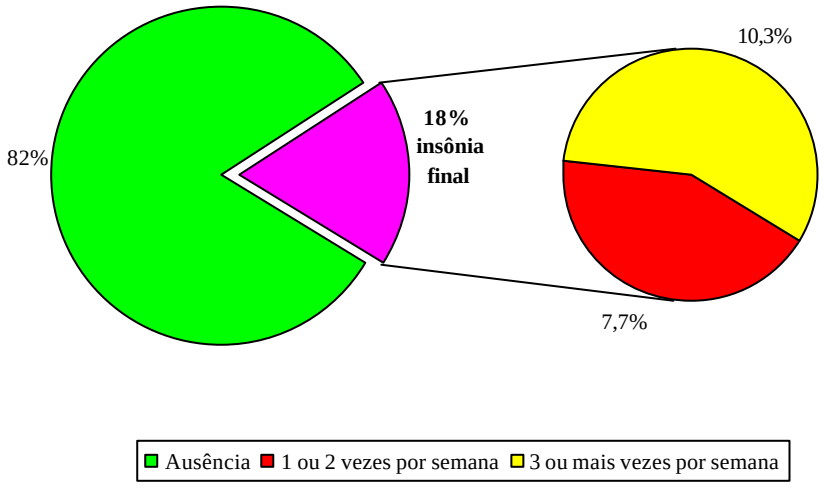
Figura 5 - Insônia intermediária no grupo comparativo



5.2.1.3 – Insônia final

De acordo com a Figura 6, 18% dos idosos institucionalizados apresentou insônia sendo que 10,3% deles apresentou-a 3 ou mais vezes por semana.

Figura 6 - Insônia final no grupo comparativo

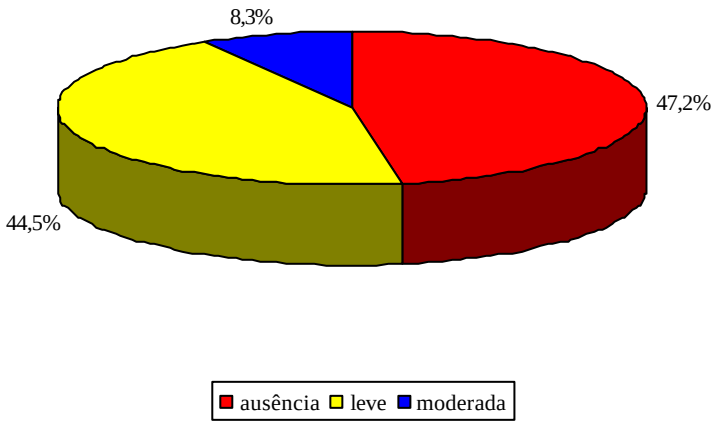


5.3 – Sinais e sintomas depressivos

5.3.1 – Idosos institucionalizados

Considerando a amostra de idosos institucionalizados, 52,8% apresentou sinais e sintomas depressivos.

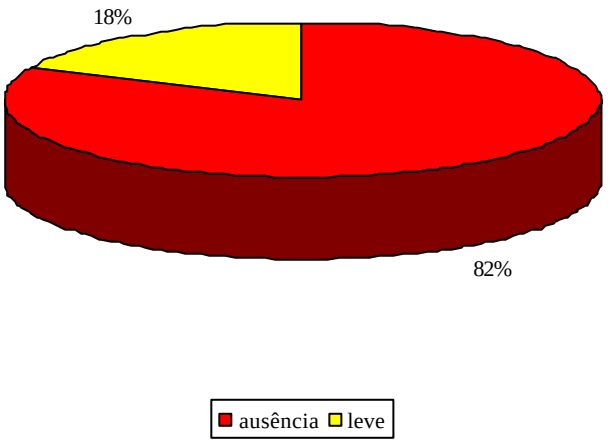
Figura 7 - Sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados



5.3.2 – Grupo comparativo

Com relação à presença de sinais e sintomas depressivos no grupo comparativo, 18% dos idosos apresentou tais sinais.

Figura 8 - Sinais e sintomas depressivos no grupo comparativo



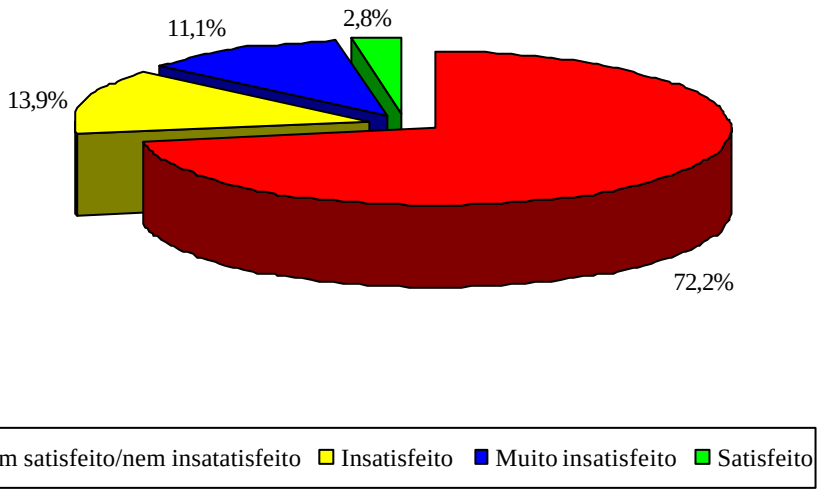
5.4 – Percepção da Qualidade de Vida

5.4.1 – Idosos institucionalizados

5.4.1.1- Domínio “Relações Sociais”

A Figura 9 demonstra que a maioria dos idosos institucionalizados (72,2%) referiu estar “nem satisfeita/nem insatisfeita” quanto ao domínio “relações sociais” do WHOQOL.

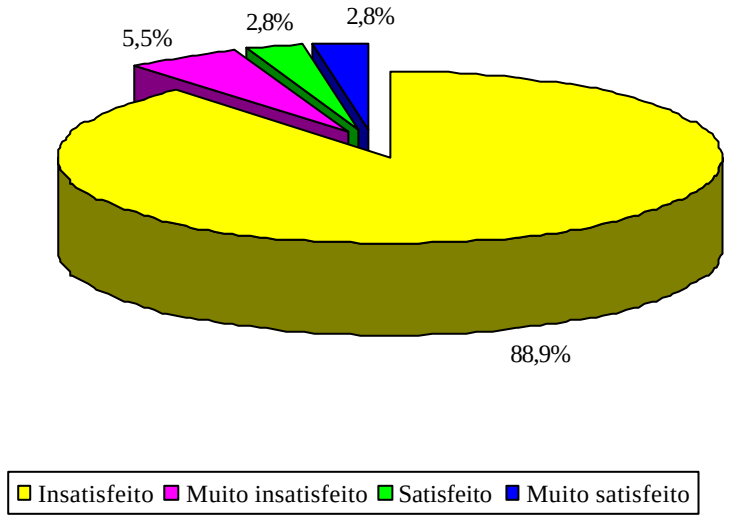
Figura 9 - Domínio "Relações Sociais" nos idosos institucionalizados



5.4.1.2 – Domínio “Ambiente”

No que se refere ao domínio “ambiente”, 88,9% dos idosos institucionalizados referiu estar “insatisfeito”.

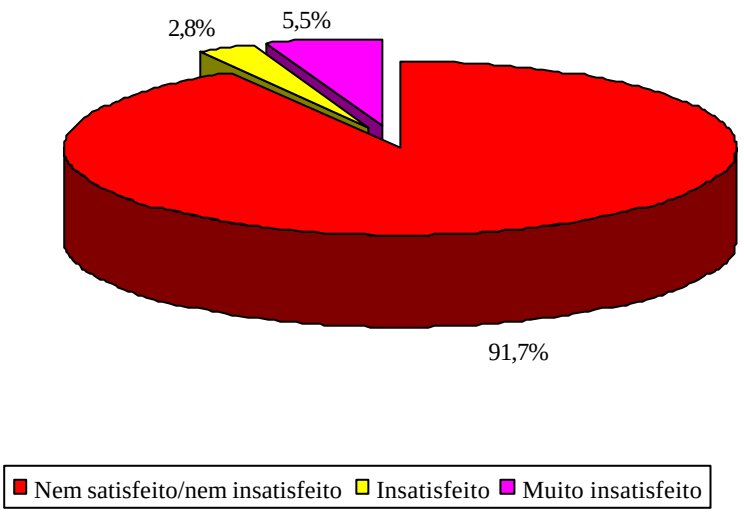
Figura 10 - Domínio "Ambiente" nos idosos institucionalizados



5.4.1.3 – Domínio “Psicológico”

De acordo com a Figura 11, 91,6% dos idosos institucionalizados referiu estar “nem satisfeito/nem insatisfeito” em relação ao domínio “psicológico”.

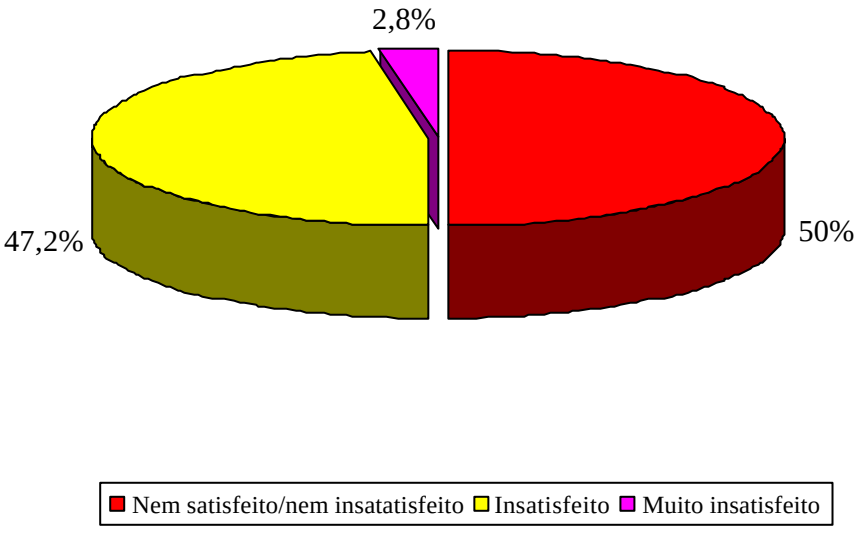
Figura 11 - Domínio "Psicológico" nos idosos institucionalizados



5.4.1.4 – Domínio “Físico”

A Figura 12 demonstra que 50% dos idosos institucionalizados referiu estar “nem satisfeito/nem insatisfeito” quanto ao domínio “físico”.

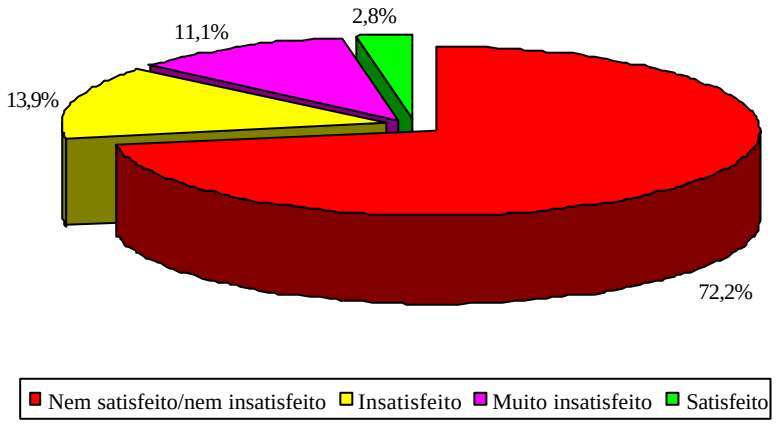
Figura 12 - Domínio "Físico" nos idosos institucionalizados



5.4.1.5 – Qualidade de Vida

No que se refere à percepção da Qualidade de Vida, 72,2% dos idosos institucionalizados demonstrou estar “nem satisfeito/nem insatisfeito”.

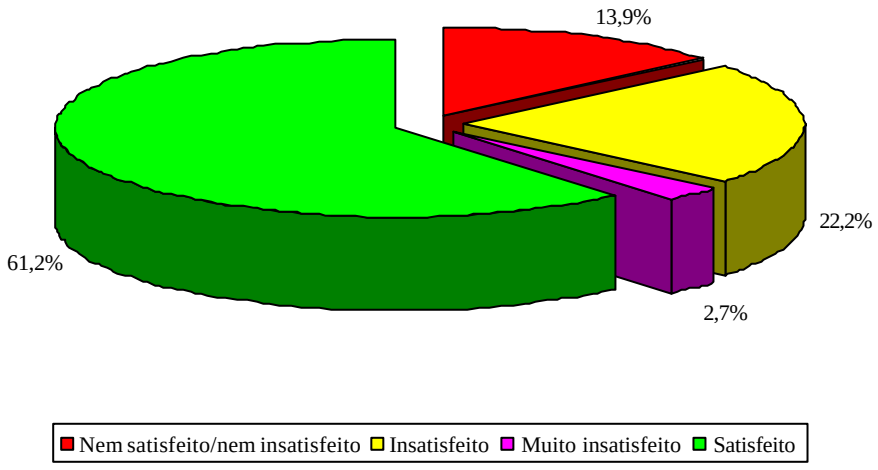
Figura 13 - Percepção subjetiva da Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados



5.4.1.6 – Saúde

De acordo com a Figura 14, 61,2% dos idosos institucionalizados relatou estar "satisfeito" com sua saúde.

Figura 14 - Percepção subjetiva da saúde nos idosos institucionalizados

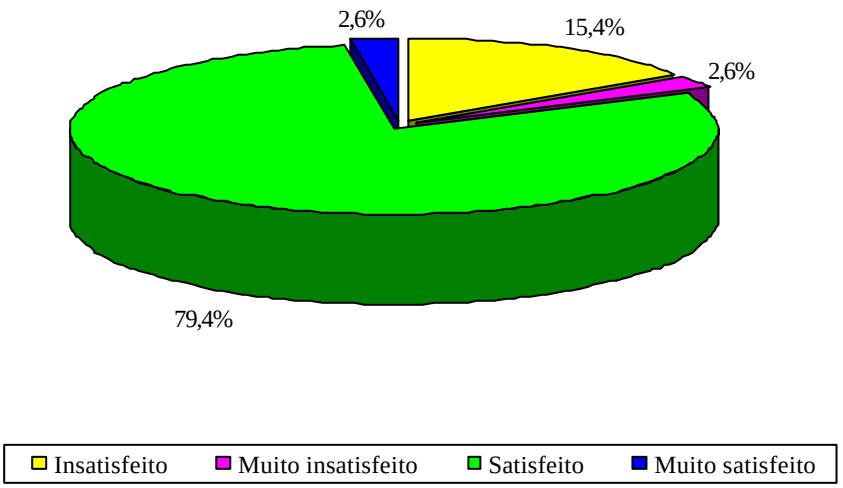


5.4.2 – Grupo comparativo

5.4.2.1 - Domínio “Relações Sociais”

De acordo com a Figura 15, 79,4% dos idosos que compõem o grupo comparativo relatou estar “satisfeito” em relação ao domínio “relações sociais” do WHOQOL.

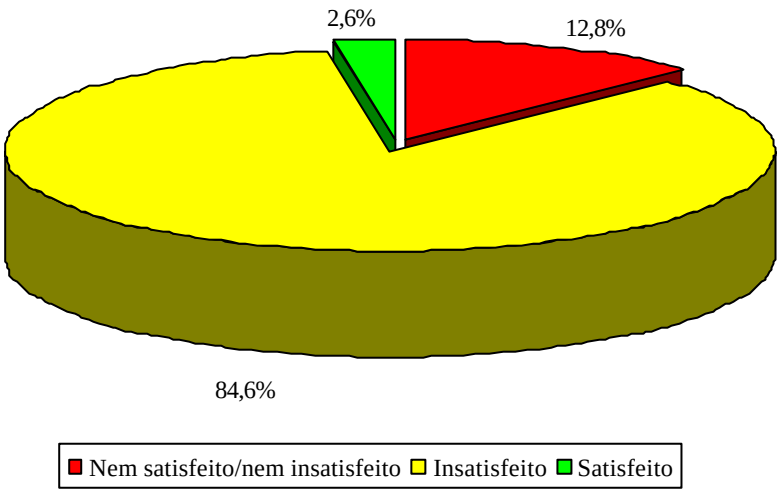
Figura 15 - Relações "Sociais" no grupo comparativo



5.4.2.2 – Domínio “Ambiente”

A maioria dos idosos do grupo comparativo (84,6%) referiu estar “insatisfeita” quanto ao domínio “ambiente”, conforme Figura 16.

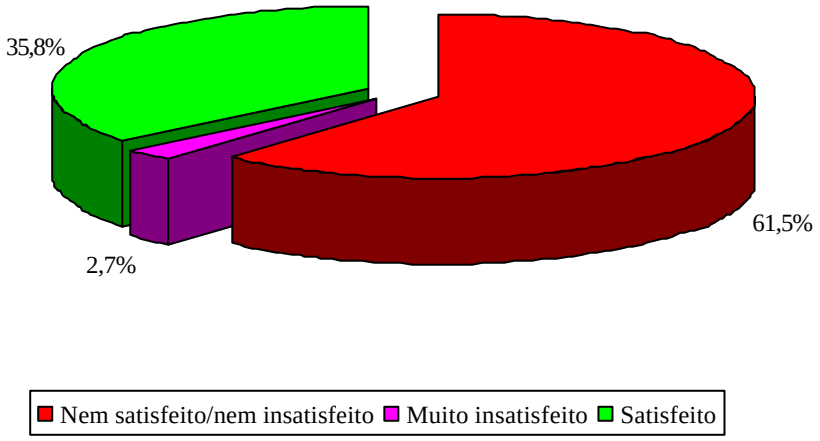
Figura 16 - Domínio "Ambiente" no grupo comparativo



5.4.2.3 – Domínio “Psicológico”

Segundo a Figura 17, 61,5% do grupo comparativo informou estar “nem satisfeito/nem insatisfeito” com relação ao domínio “psicológico”.

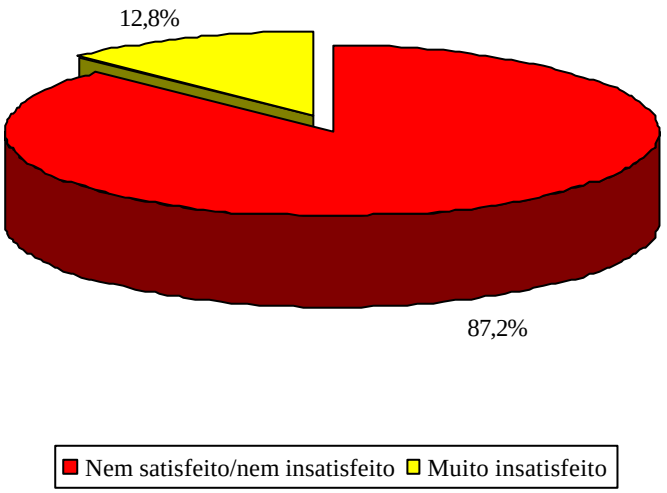
Figura 17 - Domínio "Psicológico" no grupo comparativo



5.4.2.4 – Domínio “Físico”

Grande parte do grupo comparativo (87,2%) referiu estar “nem satisfeita/nem insatisfeita” com relação ao domínio “físico”, conforme a Figura 18.

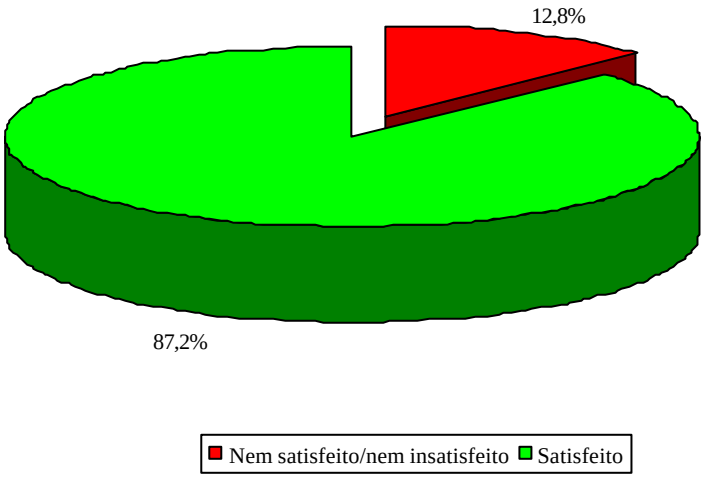
Figura 18 - Domínio "Físico" no grupo comparativo



5.4.2.5 – Qualidade de Vida

No que se refere à percepção da Qualidade de Vida, 87,2% dos idosos que compõem o grupo comparativo demonstrou estar “satisfeito”.

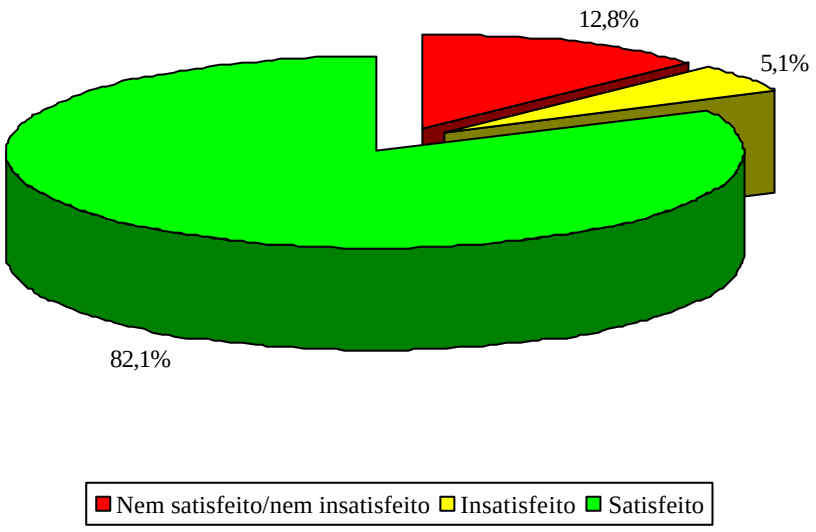
Figura 19 - Percepção da Qualidade de Vida no grupo comparativo



5.4.2.6 – Saúde

De acordo com a Figura 20, 82,1% do grupo comparativo relatou estar "satisfeito" com sua saúde.

Figura 20 - Percepção subjetiva da saúde no grupo comparativo



5.5 - Comparação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados insones e não-insones

Os resultados apontaram diferença significativa na percepção da QV entre os idosos institucionalizados insones e os não-insones, conforme pode ser visto na Tabela 6. Observa-se que essa diferença predominou no domínio "físico" (X=30,515; p<0,005), "ambiente" (X=2,842; p<0,005) e "relações sociais" (X=10,729; p<0,005) e nas questões gerais referentes à avaliação subjetiva da QV (X=10,763; p<0,005) e da saúde (X=18,742; p<0,005). De acordo com esses dados, conclui-se que os idosos institucionalizados insones relataram pior QV comparados aos não-insones, principalmente nesses domínios e nas questões da QV e da saúde.

Tabela 4 – Qualidade de Vida e insônia em idosos institucionalizados

WHOQOL	**Qui Quadrado**	**gl.**	**Sig.**
AMBIENTE	4,251	1	0,039
RELAÇÕES SOCIAIS	10,729	1	0,001
PSICOLÓGICO	2,842	1	0,092
FISICO	30,515	1	0,001
QUALIDADE DE VIDA	10,763	1	0,001
SAÚDE	18,742	1	0,001

5.6 - Comparação dos sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados insones e não-insones

Os dados mostram que houve uma diferença significativa na incidência de sinais e sintomas depressivos (avaliada pelo HAM-D) em função da insônia nos idosos do asilo (Questionário do Sono do Adulto de Giglio). Os idosos institucionalizados e com insônia possuíram *scores* da HAM-D significativamente maiores que os idosos institucionalizados que não apresentaram insônia ($X=14,844$; $p<0,01$).

5.7 - Sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados insones comparados aos dos não-insones

Considerando apenas os idosos institucionalizados insones, observou-se uma correlação positiva entre a presença de sinais e sintomas depressivos, o domínio "ambiente" (X=,982, p<0,005) e "relações sociais" (X=,540, p<0,005) do WHOQOL e na questão geral referente à avaliação subjetiva de QV (X=,540, p<0,005). Assim, pode-se dizer que os idosos institucionalizados insones e com sinais e sintomas depressivos foram mais afetados em sua percepção da QV nesses domínios e na maneira como avaliaram sua QV.

Tabela 5 – Sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados insones

WHOQOL	Correlação Pearson	Sign. (bicaudal)	N
FÍSICO	-	-	17
PSICOLÓGICO	-	-	17
AMBIENTE	0,982	0,001	17
RELAÇÕES SOCIAIS	0,54	0,025	17
QUALIDADE DE VIDA	0,54	0,025	17
SAÚDE	-	-	17

Em relação aos idosos institucionalizados não-insones, observou-se uma correlação positiva entre sinais e sintomas depressivos e o domínio "físico" (X=,529, p<0,005) e a questão de avaliação geral e subjetiva da saúde (X=,477, p<0,005). Pode-se afirmar que os idosos institucionalizados não-insones e com sinais e sintomas depressivos foram mais afetados em sua percepção da QV no domínio "físico" e na maneira subjetiva como avaliaram sua saúde.

Tabela 6 – Sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida nos idosos institucionalizados não-insones

WHOQOL	Correlação Pearson	Sign. (bicaudal)	N
FÍSICO	0,529	0,02	19
PSICOLÓGICO	0,142	0,562	19
AMBIENTE	0,081	0,742	19
RELAÇÕES SOCIAIS	0,278	0,249	19
QUALIDADE DE VIDA	0,294	0,222	19
SAÚDE	0,477	0,039	19

6 DISCUSSÃO

6-Discussão

Participaram desse estudo 75 idosos: 30 homens e 6 mulheres que viviam em um asilo e 4 homens e 35 mulheres que participavam de um centro de convivência para idosos. Essa diferença de gênero entre os grupos pesquisados aconteceu porque a maioria das mulheres institucionalizadas apresentou-se impossibilitadas de participarem da pesquisa por estarem doentes física e mentalmente. No grupo comparativo, as mulheres constituíram a maioria porque a participação dos homens no centro de convivência era pequena, uma vez que os mesmos acreditavam que as atividades oferecidas pelo estabelecimento eram mais direcionadas ao sexo feminino. No estudo de Souza, Magna e Paula (2003) e de Menta (2003), também realizadas no mesmo asilo que este estudo, os homens constituíram a maioria da população.

Em relação à faixa etária, tanto os idosos institucionalizados quanto os do grupo comparativo, situaram-se na faixa dos 70-79 anos de idade assim como no estudo de Souza et.al. (2003) e Menta (2003).

No asilo "São João Bosco", 52,7% dos idosos institucionalizados era solteiro e 30,6% , viúvo, fato que pode ser justificado pela necessidade de institucionalização devido a falta de parentes próximos. No centro de convivência dos idosos "João Nogueira Vieira", 61,5% era viúvo e 28,3%, casado, assim pode-se supor que esses idosos freqüentavam esse centro de convivência em busca de ocupação e entretenimento.

Quanto à ocupação, todos os idosos institucionalizados (100%) eram aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e contribuíam mensalmente com o asilo com uma parte de sua pensão sendo o restante para uso pessoal do idoso. No centro de convivência, 97,2% dos idosos recebia pensão do INSS e apenas 2,8% era dependente financeiramente da família.

Quanto à escolaridade dos idosos pesquisados, em ambos os grupos houve predomínio de poucos anos de estudo: tanto no asilo (58,3%) quanto no grupo comparativo (71,8%), a maioria dos idosos estudou até o primário, ou seja, eles tinham no máximo até 4 anos de estudo. Em relação ao idosos não alfabetizados, houve predomínio dos mesmos nos idosos institucionalizados (38,8%). Somente 2,6% dos idosos que freqüentava o centro de convivência tinha curso superior.

No que se refere à presença de insônia, pode-se observar a grande ocorrência desse distúrbio do sono em idosos. Vários estudos como de Walsh (2004), Buysse (2004), Piani, Brotini, Dolso Budai e Gigli (2004), Kryger, Monjan, Bliwise e Ancoli-Israel (2004) confirmam esses resultados. No caso deste estudo, a insônia foi mais prevalente nos idosos institucionalizados em relação ao grupo comparativo.

O tipo de insônia mais prevalente nos idosos institucionalizados foi do tipo inicial assim como no trabalho de Voyer, Verreault, Mengue e Morin (2006) enquanto no trabalho de Bulgari (2002) e de Pando-Moreno, Foley, Monjan e Brown (1999) foi a do tipo intermediária. No caso dos idosos do grupo comparativo, a insônia intermediária foi a mais presente como nos achados de Piani et al. (2004).

Apesar da presença da insônia nesses idosos estudados, pode-se perceber também a ausência desse distúrbio do sono principalmente nos idosos que compõem o grupo comparativo. Essa ausência de insônia indica que é possível ter um sono

adequado e de qualidade mesmo estando na terceira idade, fase da vida onde surgem modificações no sono que são próprias do processo de envelhecimento. Modificações essas que podem ser controladas proporcionando ao idoso uma boa noite de sono.

Quanto à presença de sinais e sintomas depressivos, os resultados desse estudo sugerem maior ocorrência dos mesmos nos idosos institucionalizados em relação ao grupo comparativo, conforme era previsto antes de se fazer o trabalho estatístico. Não foi encontrado na literatura nenhum artigo que fizesse tal comparação (idosos institucionalizados *versus* idosos freqüentadores de um centro de convivência), apenas um artigo semelhante, o estudo de Abrams, Terisi e Butine (1992). Esses autores compararam idosos institucionalizados com idosos residentes na comunidade e encontraram uma maior prevalência de depressão nos gerontes institucionalizados.

Vários artigos que avaliavam a prevalência de depressão em idosos residentes na comunidade foram encontrados na literatura: o estudo de Banerjee, Shamash, Macdonald e Mann (1996), Reynolds (1996), Porcu, Fritzen, Cano, Bemvides e Colombari, 2002, Wada, Ishine, Kita, Toru, Fujisawa e Matsubayashi (2004), Birrer e Vemuri (2004), assim como artigos que estudavam somente os idosos institucionalizados: Munk, Castro, Pessanha, Carvalho, Laks e Ribeiro (2001), Lin, Wang, Chen, Wu e Portwood (2005), Munk e Laks (2005).

Os dados obtidos nesse estudo confirmaram ainda uma relação existente entre insônia e depressão, relação essa que também se tornou bastante evidente nos estudos de Roberts, Shema, Kaplan e Strawbridge (2000), Sukegawa e cols (2003), Morawetz (2003), Buysse (2004), Fava (2004) Benca, Ancoli-Israel e Moldofsky (2004).

No que se refere à QV, nenhum idoso institucionalizado referiu estar "satisfeito" ou "muito satisfeito" em relação aos domínios do WHOQOL ("relações sociais", "ambiente", "físico" e "psicológico") nem mesmo quando foi perguntado diretamente sobre a percepção que o geronte tinha sobre sua QV, porém 61,2% deles informou estar "satisfeito" com sua saúde. Quanto aos idosos freqüentadores do centro de convivência, a percepção sobre a QV difere um pouco, uma vez que 79,5% dos idosos relatou estar "satisfeito" quanto ao domínio "relações sociais" e 84,6% disse estar "insatisfeito" em relação ao domínio "ambiente" e a maioria referiu estar "nem satisfeita/nem insatisfeita" em relação ao domínio "psicológico" (61,5%) e "físico" (87,2%). No entanto, a maioria desses idosos referiu estar "satisfeita" quanto à sua saúde e QV. Mediante esses dados pode-se afirmar que houve diferença na maneira que esses dois grupos avaliaram sua QV. Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy e Moriguchi (2003) realizaram um estudo semelhante a este, porém com idosos residentes na comunidade.

Houve, também, diferença na percepção da QV entre os idosos institucionalizados insones e não-insones no domínio "físico", "ambiente", "relações sociais" e na percepção subjetiva da QV e da saúde. Os idosos institucionalizados insones e com sinais e sintomas depressivos foram mais afetados em sua QV no domínio "ambiente", "relações sociais" e na percepção subjetiva da saúde enquanto que os idosos institucionalizados não-insones e com sinais e sintomas depressivos foram mais comprometidos no domínio "físico" e na percepção subjetiva da saúde. Assim, pode-se perceber que tanto a insônia quanto a presença de sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados afetaram negativamente a QV.

Novamente depara-se com a dificuldade de se encontrar artigos na literatura sobre QV de idosos. No entanto, estudos realizados com adultos foram facilmente encontrados: Hatoum, Kong, Kania, Wong e Mendelson (1998), Zammit, Weiner, Damato, Sillup e McMillan (1999), Stein e Barrettt-Connor (2002). Esses estudos confirmaram que, também nos adultos, a insônia e a depressão afetam negativamente a QV.

Temas como insônia, depressão e QV vêm sendo amplamente discutidos e pesquisados principalmente envolvendo a população adulta. No entanto, ao se tratar de idosos, parcela da população que mais cresce na maioria dos países , esses temas e muitos outros são pouco pesquisados. Há, portanto, a necessidade de se pesquisar mais sobre a terceira idade de modo a garantir aos anciões uma vida com mais qualidade.

7 CONCLUSÕES

7-Conclusões

Dos resultados obtidos, pode-se concluir que:

1- Houve maior ocorrência de insônia nos idosos institucionalizados em comparação com os idosos do grupo comparativo;
2- Houve maior ocorrência de sinais e sintomas depressivos nos idosos institucionalizados em relação ao grupo comparativo;
3- Quanto à percepção da QV:
    - com relação ao domínio "relações sociais", 72,2% dos idosos institucionalizados referiu estar "nem satisfeito/nem insatisfeito" enquanto 79,4% dos idosos do grupo comparativo relatou estar "satisfeito";
    - quanto ao domínio "ambiente", tanto os idosos institucionalizados (88,9%) quanto os do grupo comparativo (84,6%) relataram estar "insatisfeitos";
    - no que se refere ao domínio "psicológico", a grande maioria dos idosos institucionalizados (61,5%) quanto dos idosos do grupo comparativo (91,7%) referiu estar "nem satisfeito/nem insatisfeito";
    - em relação ao domínio "físico", 50% dos idosos institucionalizados informou estar "nem satisfeito/nem insatisfeito", assim como 87,2% dos idosos do grupo comparativo;

- quanto à questão geral e subjetiva da QV, grande parte dos idosos institucionalizados (72,2%) referiu estar nem satisfeito/nem insatisfeito enquanto 87,2% dos idosos do grupo comparativo relatou estar satisfeito;
- no que se refere à questão geral e subjetiva da saúde, 72,2% dos idosos institucionalizados informou estar satisfeito e 82,1% do grupo comparativo, satisfeito.

4- Os idosos institucionalizados insones revelaram pior QV em relação aos não-insones principalmente no domínio "físico", "ambiente" e "relações sociais" do WHOQOL e na percepção das questões gerais e subjetivas da QV e da saúde;

5- Os sinais e sintomas depressivos foram mais freqüentes nos idosos institucionalizados insones em relação aos não-insones.

6- Os idosos institucionalizados insones e com sinais e sintomas depressivos referiram ser mais afetados em sua QV nos domínios "ambiente" e "relações sociais" do WHOQOL e na questão geral e subjetiva da QV enquanto, os idosos institucionalizados não-insones e com sinais e sintomas depressivos informaram ser mais afetados em sua QV no domínio "físico" e na questão geral e subjetiva da saúde

8 ANEXOS

Anexo A – Mini-Exame do Estado Mental

Paciente:_____

Data:_____

Orientação (1 ponto)

( ) Dia da semana

( )Dia do mês

( ) Mês

( )Ano

( ) Hora aproximada

( ) Local específico (aposento ou setor)

( ) Instituição

( ) Bairro ou rua próxima

( ) Cidade

( ) Estado

Memória Imediata

1-Fale 03 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 03 palavras (Ex: casa, rio, pedra). Dê um ponto para cada resposta correta.

- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e Cálculo

1- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)

Evocação

1- Pergunte pelas 03 palavras ditas anteriormente.

Linguagem

( ) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)

( ) Repetir nem ali, nem aqui, nem lá (1 ponto)

( ) Comando: pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos)

( ) Ler e obedecer: Feche os olhos (1ponto)

Escrever uma frase (1ponto)

Copias um desenho (1 ponto)

Escore _____/30

Anexo B - WHOQOL – breve

Nome _____
Data _____

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule um número que lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	ruim	Nem boa Nem ruim	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?					

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Como você avaliaria su					

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					

5	O quanto você aproveita a vida?					
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?					
7	O quanto você consegue se concentrar?					
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?					
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?					
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades					
13	Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?					

As questões seguintes perguntam sobre o **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?					

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com seu sono?					
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito você está com suas relações					

	pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas?					
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?					
22	Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transportes?					

A questão a seguir refere-se a **com que freqüência** você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência Você tem sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					

Anexo C - Escala para Avaliação da Depressão de Hamilton (HAM-D 21 itens)

1. HUMOR DEPRIMIDO (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0. Ausente
1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquerido
2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras
3. Comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro
4. Sentimentos deduzidos de comunicação verbal e não verbal do paciente

ESCORE _____

2. SENTIMENTO DE CULPA

O. Ausentes
1. Auto-recriminação: sente que decepcionou os outros
2. Idéias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações
3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

ESCORE _____

3. SUICÍDIO

0. Ausente
1. Sente que a vida não vale a pena
2. Desejaria estar morto ou pensa na possibilidade de sua própria morte
3. Idéias ou gestos suicidas
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)

ESCORE _____

4. INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades
1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora
2. Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

ESCORE _____

5. INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldade
1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite
2. Acorda à noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)

ESCORE _____

6. INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldade
1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama

*ESCORE*_____

7. TRABALHO E ATIVIDADES

0. Sem dificuldade
1. Pensamento e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada a atividades: trabalho ou passatempo
2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho – quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividade)
3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos três horas por dia em atividades externas (trabalho hospitalar ou passatempo)
4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito ou for incapaz de realizá-la sem ajuda

ESCORE _____

8. RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais
1. Leve retardo à entrevista
2. Retardo óbvio à entrevista
3. Estupor completo

ESCORE _____

9. AGITAÇÃO

0. Nenhuma
1. Brinca com as mãos, com os cabelos, etc
2. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

*ESCORE*_____

10. ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem ansiedade
1. Tensão e irritabilidade subjetivas
2. Preocupação com trivialidades
3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala
4. Medos expressos sem serem inquiridos

ESCORE _____

11. ANSIEDADE SOMÁTICA

Concomitantes fisiológicos da ansiedade tais como:

- Gastrointestinais: boca seca, flatulência, indigestão, diarréia, cólicas,eructações
- Cardiovasculares: palpitações, cefaléia
- Respiratórias: hiperventilação, suspiros
- Freqüência urinária
- Sudorese

0. Ausente
1. Leve
2. Moderada
3. Grave
4. Incapacitante

*ESCORE*_____

12. SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTENTINAIS

0. Nenhum
1. Perda de apetite, mas alimenta-se voluntariamente. Sensação de peso no abdômen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

ESCORE _____

13. SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum
1. Peso nos membros, nas costas ou na cabeça. Dores nas costas, cefaléias, mialgias. Perda de energia e cansaço
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2

*ESCORE*_____

14. SINTOMAS GENITAIS

Sintomas como: perda da libido, distúrbios menstruais

0. Ausentes
1. Leves distúrbios menstruais
2. Intensos

ESCORE _____

15. HIPOCONDRIA

0.Ausente
1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc.
4. Idéias delirantes hipocondríacas

ESCORE _____

16. PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A. Quando avaliada pela história clínica

0. Sem perda de peso
1. Provável perda de peso associada à moléstia atual
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso:

0. Menos de 0,5 Kg de perda por semana
1. Mais de 0,5 Kg de perda por semana
2. Mais que 1 Kg de perda por semana
3.

*ESCORE*_____

17. CONSCIÊNCIA DA DOENÇA

0. Reconhece que está deprimido e doente
1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso, etc.
2. Nega estar doente

*ESCORE*_____

18. VARIAÇÃO DIURNA

Observar se os sintomas são piores pela manhã ou à noite. Caso não haja variação, marcar "nenhuma".

0. Nenhuma
1. Leve
2. Grave

*ESCORE*_____

19. DESPERSONALIZAÇÃO E DESREALIZAÇÃO
Tais como: sensações de irrealidade, idéias niilistas.

0. Ausentes
1. Leves
2. Moderadas
3. Graves
4. Incapacitantes

ESCORE _____

20. SINTOMAS PARANÓIDES

0. Nenhum
1. Desconfiança
2. Idéias de referência
3. Delírio de referência e perseguição

*ESCORE*_____

21. SINTOMAS OBSESSIVOS E COMPULSIVOS

0. Nenhum
1. Leves
2. Graves

*ESCORE*_____

***ESCORE TOTAL*_____**

Anexo D – Questionário de Sono do Adulto de Giglio

Nome (Iniciais) _____

01- Sexo:
Masculino.....03
Feminino.....04

02- Idade (Anote a idade exata)
18 a 19 anos.....06
20 a 29 anos.....07
30 a 39 anos.....08
40 a 49 anos.....09
50 a 59 anos.....10
60 ou mais 11

03-Transcreva a idade do entrevistado: _____

04-Qual seu grau de instrução?
Analfabeto.....12
Primário Completo.....13
Ginásio Completo.....14
Colegial Completo.....15
Superior completo.....16

05-Classe social
Classe A: de 25 a 34 pontos 01
Classe B: de 17 a 24 pontos 02
Classe C: de 11 a 16 pontos.....03
Classe D: de 06 a 10 pontos.....04
Classe E: de 00 a 05 pontos.....05

06- Estado Civil

Solteiro.....01
Casado ou com companheiro....02
Separado.....03
Viúvo.....04

07-Ocupação

01. Aposentado
02. Vive de rendas/família
03. Institucionalizado

Outras: Qual?_____

***Agora nós gostaríamos de saber se o sr(a) sofreu algum tipo de incômodo ou problema relacionado ao sono no **último mês.** Por favor, para cada uma das questões, diga a melhor resposta entre as que eu vou ler.

08- **No último mês** com que frequência o sr(a) teve dificuldade para começar a dormir (30 minutos ou mais)? (Se necessário esclareça: demorou meia hora ou mais para pegar no sono?)

01. não teve dificuldade para começar a dormir
02. menos de uma vez por semana
03. uma ou duas vezes por semana
04. três ou mais vezes por semana

09. **No último mês**, a dificuldade para começar a dormir o incomodou?

01. Não incomodou
02. Incomodou pouco
03. Incomodou moderadamente
04. Incomodou muito
08. Não houve dificuldade para começar a dormir

10. Há quanto tempo o(a) sr(a) se sente incomodado(a) com dificuldades para começar a dormir?

01. Apenas no último mês
02. Entre mais de 1 mês a 6 meses
03. Entre mais de 6 meses a 1 ano
04. Há mais de 1 ano. Especificar ____anos
08. Não houve dificuldades para começar a dormir

11-**No último mês**, com que frequência o(a) sr(a) acordou durante a noite mais de 2 vezes e ficou acordado 30 minutos ou mais?

01. Não acordou durante a noite
02. Menos de 1 vez por semana
03. Uma ou duas vezes por semana
04. Três ou mais vezes por semana

12- **No último mês**, o acordar durante a noite o(a) incomodou?

01. Não o incomodou
02. Incomodou pouco
03. Incomodou moderadamente
04. Incomodou muito
08.Não houve acordar durante a noite

13-Há quanto tempo o(a) sr(a) se sente incomodado(a) por acordar durante a noite?

01. Apenas no último mês
02. Entre mais de 1 mês e 6 meses
03. Entre mais de 6 meses e 1 ano
04. Há mais de 1 ano. Especificar_____anos

14- **No último mês**, com que frequência o(a) sr(a) acordou mais cedo do que o desejado sem conseguir dormir novamente?

01. Não acordou mais cedo
02. Mais de 1 vez por semana
03. Uma ou duas vezes por semana
04. Três ou mais vezes por semana

15- **No último mês**, o acordar mais cedo que o desejado, sem conseguir dormir novamente o(a) incomdou?

01. Não incomodou
02. Incomodou pouco
03.Incomodou moderadamente
04.Incomodou muito
08. Não houve despertar mais cedo que o desejado

16-Há quanto tempo o(a) sr(a) se sente incomodado(a) por acordar antes da hora desejada, sem conseguir dormir?

01. Apenas no último mês
02. Entre mais de 1 mês a 6 meses
03. Entre mais de 6 meses a 1 ano
04. Há mais de 1 ano. Especificar _____anos
08. Não houve despertar mais cedo que o desejado e isto não o incomodou

17-**No último mês**, caso o(a) sr(a) tenha apresentado qualquer desconforto ou queixa relacionada ao sono **(dificuldade para dormir, acordar durante a noite ou acordar mais cedo que a hora desejada),** houve prejuízo ou comprometimento de suas funções no dia seguinte?

01. Não prejudicou
02. Prejudicou pouco
03. Prejudicou moderadamente
04. Prejudicou muito
08. Não houve problema de sono

18. **No último mês**, com que frequência o(a) sr(a) usou remédio para dormir?

01. Não usou remédio para dormir
02. Usou pelo menos 1 vez por semana
03. Usou 1 ou 2 vezes por semana
04. Usou 3 ou mais vezes por semana

19-Durante sua vida, qual o tempo total, somando-se todos os períodos que o(a) sr(a) tomou remédios para dormir?

01. Nunca usou
02. Usou menos de 1 vez por semana
03. Usou entre mais de 1 mês e 6 meses
04. Usou entre mais de 6 meses e 1 ano
05- Usou mais de 1 ano. Especificar:_____anos

20. Quem indicou o remédio para dormir que o(a) sr(a) usa ou usou mais recentemente?

01.O próprio entrevistado
02.Familiar
03.Vizinho ou amigo ou colega
04.Farmacêutico
05. Médicos. Especialidade:_____
06. Outros. Especificar_____
08.Nunca usou remédio para dormir

21.Existe alguma coisa que o (a) sr(a) costuma fazer, usar ou tomar para conseguir dormir melhor? **(Caso o entrevistado diaga não, citar os exemplos: banho, relaxamento, chá de erva cidreira, televisão, bebida alcoólica)**.

01. Sim
02. Não

22. Se sim, o quê? _____

Escore total:_____

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Idade _____

Sexo_____

Concordo em participar da pesquisa “Insônia, sinais e sintomas depressivos e Qualidade de Vida em idosos institucionalizados” respondendo aos questionários Mini-exame do Estado Mental, WHOQOL-breve, Escala para avaliação da depressão de Hamilton e o Questionário de Sono do Adulto de Giglio a serem aplicados pela psicóloga Jolene Cristina Ferreira de Oliveira com o intuito de obtenção do título de Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob orientação do Prof. Livre Docente Rubens Reimão, com as seguintes garantias:

- Acesso às informações sobre a pesquisa e à divulgação dos resultados da mesma;
- Confidencialidade, sigilo e privacidade de identidade;
- Liberdade de retirar seu Consentimento de Participação a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.

Campo Grande, _____

_____

Assinatura do participante

_____

Psicóloga Jolene C. F. Oliveira

9 REFERÊNCIAS

9-Referências

Abrams RC. Teresi JA, Butine DN. Depression in nursing home residents. *Clin Geriatr Med*. 1992;8(2):309-22.

Alexopoulus G. Vascular disease, depression and dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(8): 1178-80.

Alho Filho JL. Características do sono em gerontopsiquiatria. In: Reimão R. *Temas de Medicina do Sono*. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.p.55-66.

Alho Filho JL Transtorno do sono na terceira idade. In Reimão R. *Tópicos Selecionados de Medicina do Sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina;2002.p.143-51.

Almeida PO. Manejo farmacológico da depressão em idosos. In: Lafer B. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p.246-53.

American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and coding manual*. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine; 2001.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Argyriadou S, Melissoupoulou H, Krania E, Karagiannidou A, Vlachonicolis I, Lions, C. Dementia and depression: two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Fam Pract*. 2001;18(1):87-91.

Baltes PB. Life-span developmental psychology: observations on history and theory revisited. In: Lerner RM, organizer. *Developmental psychology: Historical and philosophical perspectives*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates;1983.

Banerjee S, Shamash K, Macdonald A, Mann A. Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. Br *Med J*.1996;313(7064):1058-61.

Bastone AC. *Impacto da atividade física no desempenho do idoso institucionalizado*. [dissertação]. Universidade de São Paulo, São Paulo; 2000.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Uma visão geral. In: Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas;1997.p.07-26.

Benca RM, Ancoli-Israel S, Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management:depressed, elderly and chronic pain populations. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(suppl8):26-35.

Beresin R. *Caracterização de aspectos psicossociais e qualidade de vida antes e após a participação em um grupo de atendimento multidisciplinar*. [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.

Bertolucci PHF. Instrumentos para o rastreio das demências. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo:Editora Atheneu;2000. p.65-79.

Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician*. 2004;69(10):2376-82.

Blixen C, Kippes C. Depression, social support and quality of life in older adults with osteoarthritis. *J Nurs Scholarsh*. 1999:31(3):1058-61.

Bulgari, ML. Senectude e o sono do idoso institucionalizado. In Reimão, R.*Tópicos Selecionados de Medicina do Sono*.Associação Paulista de Medicina, São Paulo, 2002.

Burn WC, Davies KN, Mackenzie FR, Brothwell JÁ. The prevalence of psychiatric illness in acute geriatric admissions. *Inter Geriatr Psychiatry*. 1993;8:171-4.

Camargo ABM, Yazaki LM. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa. In: Fundação SEADE. *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo; 1990. p.41-100.

Cantalice A. Lugar de velho é no asilo. É mesmo? *Senecta*. 1979;2(3).

Capitanini MES. Solidão na velhice: realidade ou mito? In: Neri AL, Freire AS, organizadoras. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus; 2000.p.69-80.

Chaimowicz FA, Greco DB. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev Saúde Pública* (São Paulo).1999;33(5):454-60.

Cole MG; Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1147-56.

Conwell Y, Duberstein PR, Cox C. Relationships of age and axis I diagnoses of victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*. 1996; 51:716-21.

Culebras A. *Clinical handbook of sleep disorders*. Boston: Butterworth-Heinemann; 1996.

Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1383-94.

Engelhardt E, Laks J, Marinho VM,Rozenthal M, Quitério T. Triagem cognitiva em idosos normais:a importância binômio idade/escolaridade. *Arq neuropsiquiatr.* 2002;60(suppl1):208.

Erbolato RMP. Gostando de si mesmo: a auto-estima. In: Neri AL, Freire SA, organizadoras. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus; 2000.p.33-54.

Estatuto do Idoso. Lei n°10.741 de 1º de outubro de 2003. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L**10.741**.htm

Fava M. Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(16):27-32.

Ferrari MAC. Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. *Terapia Ocupacional,* São Paulo: USP,1991;2-3: 86-99.

Ferrucci L, Benvenuti E, Bartali B, Bandinelii S, Di Lori A, Russo CR, Lauretani F. Preventive health care for older women: life-style recommendations and new directions. *Aging Expl Res.* 2000;12(2):113-31.

Fleck MP. Avaliação da qualidade de vida. In: Fráguas Junior R, Figueiró JAB. *Depressão em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias.* São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999; 21(1):19-28.

Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *Sleep.* 1999;22(suppl2):S366-72.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini- Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

Forlenza OV. Transtornos depressivos em idosos. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2000a.p.299-308.

Forlenza OV. Particularidades do Uso de Antidepressivos Tricíclicos e IMAOs em Idosos. In: Forlenza OV, Caramelli P (organizadores). *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000b.p. 331-39.

Freire SA. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: Neri AL, Freire SA, organizadoras. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus; 2000. p.21-31.

Freitas KL. O sono do idoso: mudanças na arquitetura do sono e a psicologia da velhice. In: Reimão R. *Tópicos selecionados de medicina do sono.* São Paulo: Lemos Editorial; 2002.p.153-60.

Freud S. Luto e Melancolia. In Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Eletrônica versão 2.0,[cd-rom]. Editora Imago, 1995.

Friedlander A, Norman D. Late-life depression: psychopatology, medical interventions and dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Patho Oral Radiol Endod.* 2002;94(4):404-12.

Fries JF. Medical perspectives upon successful aging. In: Baltes PB, Baltes MM, organizers. *Successful aging. Perspectives from a behavioral science*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (São Paulo). 2002;24(1):3-6.

Gatto IB. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996.p.109-13.

Geib LTC, Cataldo Netto A, Wainberg R, Nunes ML. Sono e envelhecimento. *Rev Psiquiatr* (RS). 2003; 25(3): 453-65.

Giglio SB Del. *Estudo da ocorrência das queixas de insônia, de sonolência excessiva diurna e das relativas às parassônias na população adulta da cidade de São Paulo*. [tese]. Escola Paulista de Medicina, São Paulo;1988.

Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.

Goldani AM. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: Camarano AA, organizadora. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.* Rio de Janeiro: IPEA; 1999. p.75-113.

Gorestein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999;26(5 e 6) e 26 (1e2):71-87.

Guyatt GH, Eagle J, Sackett B, Willan A, Griffith I, McIroy W, Patterson CJ, Turpie I. Measuring quality of life in the frail elderly. *J Cli. Epidemiol* 1993;46(12):1433-44.

Hauton HT, Kong SX, Kania CM, Wong JM, Mendelson WB. Insomnia, health-related quality of life and health resource comsuption: a study of managed-care organization enrollees. *PharmaEconomics*. 1998;14:629-37.

Herrera Junior E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc disord*. 2002;16(2):103-8.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Diretoria de Pesquisas, *Censos demográficos*. Brasília: IBGE, 1994. Disponível em: <http:/www.ibge.gov.br.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Diretoria de Pesquisas, *Censos demográficos*. Brasília: IBGE, 2001. Disponível em: <http:/www.ibge.gov.br.

Jordão Netto AA. *Gerontologia básica*. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.

Jorm AF, Henderson AS, Scott R, Korten AE, Christensen H, Mackinnon AJ. Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age Ageing*.1995; 24(5):389-92.

Karlsson I. Neurotransmitter changes in aging and dementia. *Nord Journal of Psychiatry*. 1993; 47(suppl.):41-4.

Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med.* 1998;158(10):1099-107.

Kroeff LR. As mudanças psicossociais do indivíduo da terceira idade sob influência das relações interpessoais. *Estud. Psicolog*. 1999; 16(2):37-44.

Kryger M, Monjan A, Bliwise D, Ancoli-Israel S. Bridging the gap between science and clinical practice. *Geriatrics* 2004;59(1):24-30.

Kryger MH, Roth T, Dement WC. *Principles and practice of sleep medicine*, Philadelphia: W.B Saunders Company; 2000.

Lauter H, Dame S. Depressive disorders and dementia: the clinical view. *Acta Psiquiatr Scand Suppl.* 1991;366:40-6.

Lin LC, Wang TG, Chen MY, Wu S, Portwood MJ. Depressive symptoms in long-term care residents in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2005;51(1):30-7.

Litvoc J, Brito FC. Conceitos básicos. In: Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento: Prevenção e promoção da saúde. São Paulo, Editora Atheneu; 2004.p.1-16.Lopes A. Dependência, Contratos Sociais e Qualidade de Vida na Velhice. In: Von Simson

ORM, Neri AL, Cachioni M, organizadores. *As múltiplas faces da velhice no Brasil.* Campinas: Editora Alínea; 2003. p. 129-40

Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. *Rev Lat Am Enf*. 1996;4(3):5-18.

Mascaro SA. *O que é velhice*. São Paulo: Brasiliense; 1997.

Maynard C. Differenciate depression from dementia. *The Nurse Pract.* 2003;28(3):23-7.

Menta SA. *Qualidade de Vida em idosos asilados*. [dissertação]. Universidade Católica Dom Bosco (UCDB): Campo Grande, MS; 2003.

Moller HJ, Barbera J, Kaymov L, Shapiro CM. Psychiatric aspects of late-life insomnia. *Sleep Med Rev*. 2004; 8:31-45.

Monti JM. A Insônia e seu tratamento. In: Oliveira IR de. *Manual de psicofarmacologia clínica*. Rio de Janeiro: Medsi;1994.p.207-38.

Morawetz D. Insomnia and depression: which comes first? *Sleep*. 2003; 5(2):77-88.

Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl16):33-40.

Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trials. *JAMA*. 1999; 281(11): 991-99.

Morin CM, Hauri V, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Non-pharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*. 1999; 22:1134-56.

Munk M, Castro P, Pessanha M, Carvalho A, Laks J. Ribeiro E. Depression prevalence in a neursing home population. *Gerontol*. 2001;suppl 47:76-100.

Munk M, Laks J. Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(2):98-100.

Nascentes A. *Dicionário de sinônimos*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira; 1981.

Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiatr Res*. 1997; 31(3):333-46.

Ohayon MM, Caulet M, Philip P, Guilleminault C, Priest RG. How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Arch Int Med*.1997;157(22):2645-52.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Classificação Internacional de Doenças (CID—10): descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Paschoal SMP. *Qualidade de Vida do idoso*: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. [dissertação]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

Passurth PM, Bengston VL. Sociological theories of aging: current perspectives and future directions. In: Birren JE, Bengston VL, organizers. *Emergent theories of aging*. New York: Springer;1988.

Perlis ML, Giles DE, Buysse DJ, Thase ME, Tu X, Kupfer DJ. Which depressive symptoms are related to which sleep electroencephalographic variables? *Biol Psychiatry*. 1997;42:904-13.

Piani A, Brotini S, Dolso P, Budai R, Gigli GL. Sleep disturbances in elderly: a subjective evaluation over 65. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;suppl 9:325-31.

Piloto AA, Nunes ATGL, Assis M, Frias SR. O asilo na cidade do Rio de Janeiro. *Gerontologia* 1998;6(1):7-12.

Porcu M, Fritzen CV, Cano MFF, Bemvides MN, Colombari. Prevalência da sintomatología depresiva em idosos em uma área de saúde da família no município de Maringá, Estado do Paraná. *Maringá*. 2002;24(3):703-5.

Ramos RL. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. *Gerontologia* (São Paulo).1993;1(1):3-8.

Reynolds CF. Depression:making the diagnosis and using SSRI in the older patients. *Geriatrics.* 1996;51:28-34.

Roberts RE, Shema SJMS, Kaplan GA, Strawbridge WJ. Sleep complaints and depression in aging. *Am J Psychiatry*. 2000;157(1):81-8.

Rocha FL. Eletroconvulsoterapia no tratamento da depressão em idosos. In: Forlenza OV, Caramelli P. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo:Atheneu; 2000.p.353-58.

Rosenkid MR. The epidemiology and occurence of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 1999;53(6): 4-6.

Rossini S. Insônia crônica no idoso: a vigília infernal. In: Reimão R. *Tópicos selecionados de medicina do sono*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina; 2002. p.137-41.

Rossini SRG. *Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função alfa.* [tese]. Universidade de São Paulo, São Paulo; 2001.

Rossini S, Reimão R, Lefèvre BH. Insônia crônica na terceira idade: aspectos da avaliação psicológica. *Rev Bras Neurol Psiq*. 1999; 3(2): 49-52.

Roth T. Diagnóstico e manejo da Insônia. *JEM*.2000;28-35.

Saad PM. *O idoso na Grande São Paulo*. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (São Paulo): SEADE, 1990.

Schubert CR, Cruickshanks KJ, Dalton DS, Klein BEK, Klein R, Nondahl MS. Prevalence of sleep problems and quality of life in an older population. *Sleep*. 2002; 25(8): 889-92.

SERASA [citado em 24out2004]. Disponível em: serasa.com.br/guiadoidoso/18htm.

Sitta MC, Jacob Filho W. Abordagem clínica da depressão do idoso e a contribuição do geriatra. In: Fraguas Junior R, Figueiró JAB. *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p.557-62.

Solneck B, Seiter T. How to diagnose and treat depression. *The Nurse Pract*. 2002;27(10):12-23.

Souza JC. Insônia e o uso de hipnóticos na população geral de Campo Grande, MS. [tese]. Universidade Estadual de Campinas, Campinas;2001.

Souza JC; Magna LA, Paula TH. Sonolência excessiva diurna e uso de hipnóticos em idosos. Rev Psiq Clin.2003;30:80-85.

Stein MB, Barrett-Connor E. Quality of life in Older Adults Receiving Medications for Anxiety, Depression or Insomnia. *Am J Geriatr Psychiatr*. 2002:10:5.

Stewart RB, Blashfield R, Halr WE, Moore MT, May FE, Marks RG. Correlates of Beck depression inventory scores in an ambulatory of elderly population: symptoms. diseases, laboratory values and medication. *J Fam Pract*. 1991; 32: 497-502.

Stuart-Hamilton I. *A Psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Stoppe Junior A. Características clínicas da depressão em idosos. In: Forlenza OV, Almeida OP. *Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico*. São Paulo: Lemos Editorial;1997.p.47-68.

Sukegawa, T, Itioga M, Seno H, Miura S, Inagaki T e cols. Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;57(3):265-70.

Tamburini M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In: Tamburini M. *Quality of life assessment in medicine*. Glamm Interactive. CD-ROM for Windows 95 & 98. 3.ed.;1998.

Tankova I, Buela-Casal G. Sono e envelhecimento. In. Reimão R. *Sono: Estudo abrangente.* São Paulo: Editora Atheneu;1996. p.148-58.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40.

Veras R. Epidemiologia do Envelhecimento na América Latina. In: Forlenza OV; Caramelli P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.p.2-22.

Vieira EB. Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Editora Revinter; 1998.

Vitta ADE. Atividade física e bem-estar na velhice. In: Neri AL, Freire AS, organizadoras. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus; 2000.p.81-9.

Voyer P, Verreault R, Mengue PN, Morin CM. Prevalence of insomnia and its associated factors in elderly long-term care residents. Arch Gerontol Geriatr. 2006:42;1-20.

Wada T, Ishime M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuba K, Yuno S, Kita T, Matsubayashi K. Depression in japanese community-dwelling elderly – prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr.*2003;9(1):12-23.

Wagner E. *Amor, sexo e morte no entardecer da vida*. Editora Caiçara;1989.

Walsh JK. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(suppl8):13-9.

Whitehouse PJ, Rabin PV. Quality of life and Dementia. *Alz. Dis. Assoc. Disord*; 1992;6:135-37.

Woodward M. Insomnia in the elderly. *Aust Fam Physician.*1999; 28(7): 653-8.

World Health Organization. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996; 12-8.

Wortelboer U, Corhs S, Rodenbeck A, Ruther E. Tolerability of hypnosedatives in older patients. *Drugs Aging*. 2002; 19(7): 529-39.

Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc N, Escosteguy NU, Moriguchi EH. Elderly people´s definition of quality of life. *Rev Bras Psiquiat*. 2003;25(1):31-9.

Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep.* 1999; 22(suppl 2):S379-85.

Zimmerman GI. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo