

PERFIL COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE URUGUAIANA/RS

Andressa Oliveira da Silva¹
Ana Paula Machado Pereira¹
Daianne Ribeiro Gonçalves¹
Aline dos Santos Vieira²
Rachel Fernandes Medeiros¹
Caroline Dalla Colletta Altermann³
Liane Santariano Sant'anna⁴
Aline Martinelli Piccinin⁵
Pâmela Billig Mello Carpes⁶

RESUMO

O processo de envelhecimento é acompanhado por uma série de alterações psicossociais e biológicas, dentre as quais está incluído o declínio cognitivo. Dependendo das condições de vida, atividades realizadas e interações sociais do idoso, o declínio cognitivo pode ser acelerado ou retardado. O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil cognitivo de idosos institucionalizados da cidade de Uruguaiana/RS. Foram avaliados 10 idosos de ambos os sexos utilizando como instrumentos o Mini-Exame do Estado Mental, a Escala Geriátrica de Depressão e o IDATE traço/estado. Os resultados apontaram para a presença de declínio cognitivo em 40% dos idosos avaliados, indícios de depressão em 60% deles e tendência ao desenvolvimento de ansiedade. Estes resultados devem estar relacionados ao estilo de vida adotado pela maioria dos idosos institucionalizados e pelo abandono por parte da família, muito comum nos casos de institucionalização; estas situações costumam colaborar para a aceleração do declínio cognitivo.

Palavras-chave: Envelhecimento; institucionalização; saúde mental; cognição.

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Pesquisa em Fisiologia - GPFis UNIPAMPA. gpfis@unipampa.edu.br

² Acadêmica do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Membro do Grupo de Pesquisa em Fisiologia - GPFis UNIPAMPA. gpfis@unipampa.edu.br

³ Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Membro do Grupo de Pesquisa em Fisiologia - GPFis UNIPAMPA. gpfis@unipampa.edu.br

⁴ Bióloga, técnica do Laboratório de Fisiologia Humana da UNIPAMPA, mestranda em Bioquímica (UNIPAMPA). Membro do Grupo de Pesquisa em Fisiologia - GPFis UNIPAMPA. gpfis@unipampa.edu.br

⁵ Professora substituta do curso de Fisioterapia da UNIPAMPA, mestre em Ciências do Movimento Humano (UFRGS). Membro do Grupo de Pesquisa em Fisiologia - GPFis UNIPAMPA. aaline_martinelli@hotmail.com

⁶ Professora adjunta de Fisiologia Humana da UNIPAMPA, doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia (UFRGS). Líder do Grupo de Pesquisa em Fisiologia - GPFis UNIPAMPA. pamelacarpes@unipampa.edu.br

INTRODUÇÃO

O crescimento da população mundial idosa é um fenômeno que vem ocorrendo nas últimas décadas com mais intensidade nos países em desenvolvimento. O Brasil tem aproximadamente 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Segundo estimativas do IBGE, em 2030 o país alcançará a espantosa marca de 32 milhões de idosos, o que lhe renderá a sexta posição mundial em números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais.

No entanto, nem sempre o processo de envelhecimento populacional é positivo. Muitos idosos deixam de participar do ambiente social em que vivem, entregando-se à aposentadoria de maneira passiva, inativa e menos reflexiva, o que representa prejuízo a sua saúde mental e física, além de constituir fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência. Diante dessas situações ocorrem alterações psicobiológicas próprias do envelhecimento que induzem a inatividade e a pouca requisição de processos cognitivos, configurando-se, assim, um ciclo vicioso, no qual a inatividade prejudica as funções cognitivas, que, por sua vez, fazem o idoso desenvolver cada vez menos atividades.

De acordo com Souza (1996) *apud* Pinto (1999) as principais funções cognitivas são: atenção, concentração, percepção, linguagem, memória e inteligência. Estas funções dependem de um substrato biológico, sendo o resultado dos processos neurofisiológicos e bioquímicos cerebrais. Sabe-se que estas funções começam a apresentar certo declínio a partir da terceira década da vida e, prosseguem no curso do envelhecimento.

Segundo Souza e Chaves (2005) dentre as várias alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento as funções do sistema nervoso central, principalmente as de origem neuropsicológicas envolvidas no processo cognitivo, tais como o aprendizado e memória, constituem um dos principais alvos de pesquisas realizadas sobre senescência, já que estas alterações podem comprometer o bem estar biopsicosocial do idoso impedindo a continuidade da sua vida social de forma participativa e a interação com os familiares e com a sociedade no geral.

Não há estudos conclusivos que afirmem que o comprometimento da memória no idoso se trata de um processo inerente ou envelhecimento, se é resultado de um fenômeno puramente natural ou multifatorial, o qual resulta entre outras coisas do decréscimo de estímulos sociais, psicológicos e biológicos. Parte da população idosa queixa-se da dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las – não se lembram de nomes de pessoas conhecidas, de compromissos importantes, como tomar remédio; não se lembram onde deixaram certos objetos pessoais, esquecem-se do fogo aceso, do ferro ligado, entre inúmeros outros que podem por em risco sua saúde e segurança.

Embora a maioria da população idosa seja independente e resida na comunidade, uma minoria precisa contar com o apoio de instituições residenciais de longa permanência. Essa minoria, na maioria das vezes, é constituída de idosos muito desvalidos, acumulando problemas sociais e médicos e, muitas vezes, abandonados pela família.

A maioria das instituições para idosos é filantrópica, tem visão caritativa e são geralmente mantidas por associações religiosas (espíritas, católicas, evangélicas), por associações ou organizações beneficentes. Assim, muitas vezes essas instituições não têm infra-estrutura adequada e profissionais qualificados para atender os idosos, existindo também instituições clandestinas que constituem verdadeiros depósitos de velhos (MENDONÇA, 2006). Colaborando para este dado, pouquíssimos são os cursos oferecidos para formação de profissionais aptos a trabalhar com idosos. Considerando estas condições, é normal que a perda da função cognitiva dos idosos institucionalizados tenda a acelerar seu ritmo.

Assim, o objetivo deste trabalho é avaliar o perfil cognitivo de idosos institucionalizados da cidade de Uruguaiana/RS.

MÉTODOS

A amostra utilizada foi composta por dez idosos institucionalizados, residentes em uma instituição particular voltada à classe de baixa renda do município de Uruguaiana/RS.

Foram critérios de inclusão ter mais de 60 anos, residir em uma instituição voltada ao cuidado de idosos por um tempo mínimo de 3 meses e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido concordando em participar da pesquisa.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA (carta de aprovação 024/2010) em 10 de novembro de 2010.

Após contato inicial com a finalidade de expor os objetivos do trabalho, e conhecer as características da amostra, os idosos participantes passaram por uma avaliação cognitiva. Os instrumentos de pesquisa utilizados foram:

Mini-exame do estado Mental (MEEM): dividido em cinco sessões, avalia orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem (Folstein *et al.*, 1975), permitindo uma avaliação ampla das funções cognitivas;

Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale; GDS*): este instrumento é utilizado para a detecção de depressão em pessoas idosas, oferecendo mensurações válidas e confiáveis para a avaliação de transtornos depressivos. É composto de 30 perguntas com duas possibilidades de resposta, sim e não (Spreeen e Strauss, 1998);

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE): trata-se de um questionário de auto-avaliação dividido em duas partes. A primeira avalia a ansiedade-traço e a segunda avalia a ansiedade-estado, sendo cada uma destas partes compostas de 20 afirmações. Ao responder o questionário, o indivíduo deve levar em consideração uma escala de quatro itens que variam de 1 a 4, sendo que ESTADO significa como o sujeito se sente no “momento” e o TRAÇO como ele “geralmente se sente”. O escore de cada parte varia de 20 a 80 pontos, sendo que, quanto mais baixo apresentarem os escores, menor será o grau de ansiedade (Andreolini e Seabra, 1993).

Após a avaliação cognitiva dos idosos os dados foram analisados estatisticamente através do programa Microsoft Excel for Windows. Os dados estão expressos na forma de média \pm desvio padrão e percentuais.

RESULTADOS

O grupo de idosos participantes da pesquisa foi constituído por 7 mulheres e 3 homens. A idade média da amostra foi 79,5 ($\pm 10,7$) anos, sendo que o mais novo dos idosos tinha 60 anos e o mais velho 94 anos. O tempo de institucionalização variou de 3 a 57 meses, sendo a média de tempo 23,1 ($\pm 20,7$) meses. Dos 10 idosos participantes, dois não eram alfabetizado, o que foi levado em consideração na análise final dos resultados (visto que o MEEM leva em consideração esta informação para definir a presença de declínio cognitivo).

De acordo com o resultado final do MEEM, dentre os idosos avaliados 40% foi classificado como possível demência (totalizando 4 idosos). O escore final médio da amostra no exame foi 17,7 ($\pm 6,2$). Na tabela 1 são apresentados os resultados obtidos nas diferentes sessões do MEEM.

Na Escala de Depressão Geriátrica o escore médio foi 12,9 ($\pm 7,0$), média que indica a presença de quadro depressivo. Na classificação individual, 6 dos 10 idosos (60%) se enquadrou em quadro depressivo segundo este instrumento.

No instrumento IDATE traço a média da amostra foi de 52,6 ($\pm 8,6$) e do IDATE estado 44 ($\pm 4,8$), lembrando que o resultado destes índices podem variar de 20 a 80 pontos, sendo que quanto mais baixo os valores maior é o quadro de ansiedade apresentado pelo sujeito. Os idosos avaliados apresentaram valores intermediários, apresentando tendência a ansiedade.

Tabela 1. Resultados obtidos nos diferentes instrumentos de avaliação.

Instrumento	Escore obtido (média \pm DP)
MEEM – Orientação (0-10 pontos)	6,1 \pm 3,4
MEEM – Registro (0-3 pontos)	1,9 \pm 1,4
MEEM – Atenção (0-5 pontos)	1,1 \pm 1,4
MEEM – Evocação (0-3 pontos)	0,8 \pm 1,1
MEEM – Linguagem (0-9 pontos)	7,8 \pm 1,0
MEEM – Escore final (0-30 pontos)	17,7 \pm 6,2
Escala de depressão geriátrica (0-30 pontos)	12,9 \pm 7,0
IDATE traço (20-80 pontos)	52,6 \pm 8,6
IDATE estado (20-80 pontos)	44 \pm 4,8

DISCUSSÃO

Verificamos que 40% dos idosos avaliados apresentaram risco de demência segundo o MEEM e 60% indícios de depressão segundo a Escala Geriátrica de Depressão. À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, a qual tende a despertar sentimentos de desamparo. A velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso, fragilizado para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas, o cotidiano, não só diante dos familiares, mas também da sociedade como um todo. Sendo assim, o idoso tem sido visto como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua auto-estima (DAVIM et. Al., 2004).

Devido à dependência, abandono e até mesmo por outros fatores, alguns idosos acabam sendo internados em instituições asilares, casas de repouso, tendo como consequência o distanciamento de seu espaço familiar em que viveram por muito tempo, mesmo que este tenha sido um tempo muito difícil. Na maioria das vezes, os idosos são asilados contra sua própria vontade, tornando-se, desta maneira uma espécie de “prisioneiros” da instituição. Grande parte dos familiares após a institucionalização de seu idoso, não retorna mais à instituição, para visitá-los, delegando os cuidados do idoso, à profissionais, muitas vezes, despreparados e desqualificados para a função (TIER, 2004), o que pode contribuir muito para o desenvolvimento de quadros de depressão e ansiedade.

A família é considerada extremamente importante na vida de seus idosos, como foi observado durante as visitas à instituição que, para fornecer o apoio emocional aos idosos, não basta apenas estar ao seu lado, é necessária a aproximação não apenas física dos filhos e amigos, mas que estes sejam capazes de amparar e suprir as necessidades afetivas e sociais do idoso. As mudanças experimentadas pelo idoso, como a perda do companheiro (a), as doenças e a dependência física, a institucionalização, entre outras, podem ser o ponto de partida para uma desestruturação psíquica. É nesse contexto que a depressão sur-

ge como um dos mais importantes danos à saúde da terceira idade, tendo maior incidência nessa população. Sendo assim, observou-se que o idoso deprimido passa por um decréscimo significativo de sua qualidade de vida, o que ser comprovado pelos resultados obtidos no nosso estudo.

O envelhecimento predispõe a diversas condições de adoecimento, com repercussão sobre a capacidade funcional, entre elas, os transtornos cognitivos, que compreendem desde leves déficits atencionais ou de memória até comprometimento cognitivo extenso, como a síndrome da demência. Para Almeida (1998) a presença de sintomas depressivos e ansiosos parece ser outra importante fonte de vivência subjetiva de deterioração da memória não devido à demência.

Quanto às características das instituições asilares dirigidas ao idoso, normalmente são locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. Raras são as que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde ou que possuam uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo. Eles vivem, na maioria das vezes, como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva (DAVIM, et. Al. 2004). Essas regras tornam-se fatores que contribuem para o isolamento social e quadro depressivo, pois não há interação com pessoas não institucionalizadas, o que dificulta a troca de experiências e novas amizades. O convívio entre os mesmos torna-se de certa forma “familiar”, devido ao seu cotidiano.

CONCLUSÕES

Quase metade dos idosos institucionalizados avaliados (40%) apresentam déficit cognitivo, com risco de desenvolvimento de demência. Mais da metade (60%) dos idosos apresentam características de depressão. Ainda, os idosos institucionalizados avaliados apresentam tendência a desenvolver ansiedade. Estes resultados prévios devem, posteriormente, ser comparados com resultados de idosos não institucionalizados com características de idade

semelhante, para que possamos mensurar o impacto da institucionalização nos parâmetros avaliados. Ainda, os idosos serão reavaliados após um período de intervenção, no qual serão realizadas atividades lúdicas e cognitivas semanais com os idosos, de forma a verificar o impacto destas atividades sobre as funções cognitivas em idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

- ANDREATINI, Roberto; SEABRA, Maria de Lourdes; A estabilidade do IDATE-traço: avaliação após cinco anos. ABP-APAL, 1993.
- ALMEIDA, Osvaldo; Queixa de problemas com a memória e o diagnóstico de demência. Arquivo de Neuropsiquiatria, 1998.
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Susana Maria Miranda; LIMA, Vilma Maria. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2004.
- FOLSTEIN, Marshal; FOLSTEIN, Susan; MCHUGH, Paul. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 1975.
- MENDONÇA, Jurilza Maria Barros; Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, 2006.
- PINTO, Ana Lúcia; Memória: um desafio à autonomia do idoso. Família, Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, 1999.
- SOUZA, Juliana Nery; CHAVES, Eliane Corrêa. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, 2005.
- SPREEN, Otfried.; STRAUSS, Esther. A compendium of neuropsychological tests. New York: Oxford University Press. 1998.
- TIER, Cenir Gonçalves; FONTANA, Rosane Teresinha; SOARES, Narciso Vieira. Refletindo sobre idosos institucionalizados. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), 2004.

