

DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: A REALIDADE NO CONCELHO DE BELMONTE

Ana Lucas¹,
Ekaterina Vinogradova¹,
Celina Rosa^{1,2}

1Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Belmonte
2Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior
Urbanização Pinhal do Carrola, 6250-072 Belmonte
acatarina.lucas@gmail.com
+351 964498937

Fecha de recepción: 14/10/2014
Fecha de aceptación: 23/10/2014
Fecha de publicación: 05/11/2014

RESUMO

A depressão constitui um problema de saúde importante no idoso pois o envelhecimento pode predispor ao aparecimento de sintomas depressivos. Não é frequentemente detetada por ser considerada, erradamente, como parte integrante do processo de envelhecimento.

Uma vez que a institucionalização pode aumentar o número de idosos deprimidos, este estudo teve como objetivos determinar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados nas três instituições do concelho de Belmonte, verificar a codificação do diagnóstico e se cumpriam tratamento antidepressivo.

Estudo observacional, transversal e descritivo. Aplicação da *Geriatric Depression Scale* por entrevista direta aos utentes institucionalizados com ≥ 65 anos, sem défice cognitivo avaliado pela *Escala de Deterioração Global* de Reisberg, entre Julho e Agosto de 2014. Realização de análise descritiva.

Dos 165 idosos institucionalizados 27 (16.4%) cumpriam critérios de inclusão, com idade média de 81 anos, 52% do sexo feminino. A prevalência de depressão foi 59,3%, 56,3% no sexo feminino. Nos utentes que apresentaram depressão, o diagnóstico estava codificado em 31,3%, e 62,5% estavam medicados com antidepressivos.

Muitos idosos institucionalizados apresentam sinais de défice cognitivo. A prevalência de depressão foi semelhante à encontrada noutros estudos. Existe uma percentagem importante de utentes que, apesar de medicados, apresentam critérios de depressão.

Palavras-chave: depressão, idoso, institucionalização

ABSTRACT

Depression is a major health problem in the elderly because aging can predispose to depressive symptoms. It is not often diagnosed because it is wrongly regarded as an integral part of the aging process. This study aimed to determine the prevalence of depression in the institutionalized older adults living in the retirement homes of Belmonte, to check the diagnosis code and to verify if the antidepressant treatment is complied. It is an observational, cross-sectional and descriptive study, done with the application of Geriatric Depression Scale by direct interview with the residents ≥ 65 years without cognitive impairment, assessed by the Global Deterioration Scale of Reisberg, carried out between July and August 2014. A descriptive analysis was performed. Of the 165 institutionalized residents 27 (16.4%) met the inclusion criteria, with a mean age of 81 years, 52% were female. The prevalence of depression was 59.3%, out of which 56.3% are females. The diagnosis was encoded in 31.3% of the cases and 62.5% were taking antidepressant drugs. Many of the institutionalized elderly people show signs of cognitive impairment. The prevalence of depression was similar to that observed in other studies. There is a significant proportion of residents who, although medicated, exhibit depression criteria.

Keywords: depression, elderly, institutionalization

INTRODUÇÃO

A depressão é considerada hoje em dia um problema de saúde importante que afeta pessoas de todas as idades, levando ao isolamento social (Martins, 2008).

Nos idosos, embora sendo comum, não é frequentemente detetada por ser considerada, erradamente, como parte integrante do processo de envelhecimento (Vaz & Gaspar, 2011). As pessoas que rodeiam e convivem habitualmente com os idosos associam à idade avançada a melancolia e a tristeza devido a perdas afetivas, económicas, sociais e doenças crónicas, não valorizando as suas queixas.

A prevalência da depressão nesta faixa etária é três a cinco vezes maior do que na população em geral e, na maior parte das vezes, é sub-diagnosticada e sub-tratada. No idoso, os sintomas iniciais do quadro depressivo são relativamente inespecíficos, tais como a astenia, perturbações de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse por hábitos e/ou prazeres habituais. Os sintomas mais específicos são os que decorrem da depressão do humor, bem como a lentificação psicomotora. Do ponto de vista social, o idoso está numa situação de perdas continuadas, com diminuição do suporte sócio-familiar, perda ocupacional e status económico, declínio físico continuado e maior frequência de doenças físicas, que provocam sentimentos de desânimo e tristeza e geram síndromes depressivos (Martins, 2008; Vaz & Gaspar, 2011). A situação torna-se mais grave nos idosos institucionalizados, pois estão separados do seu ambiente familiar habitual, rodeados de pessoas estanhas, vivenciando sensações de abandono, dependência e inutilidade.

Uma vez que os sintomas depressivos que ocorrem nos idosos são consideravelmente diferentes daqueles verificados em classes mais jovens, utiliza-se para o seu diagnóstico a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (Apóstolo, 2012) criada especificamente para a população idosa.

No concelho de Belmonte o índice de dependência de idosos é de 43.6% e o índice de envelhecimento de 227.5%, sendo que a população residente com idade igual ou superior a 65 anos corresponde a 26.8% da população.

Dado os altos custos pessoais e públicos da depressão nas populações idosas, a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão no idoso revestem-se de extrema importância no âmbito da saúde pública.

Este estudo teve como objetivos determinar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados nas três instituições do concelho de Belmonte, verificar a codificação do diagnóstico e se cumpriam tratamento antidepressivo.

MÉTODOS

Este trabalho de investigação foi um estudo observacional, não existindo qualquer intervenção dos investigadores na sua realização, transversal na observação dado que decorreu em determinados momentos temporais, e descritivo, pois teve o intuito de descrever dados gerais e características de uma população de interesse relativamente a um problema de saúde.

O protocolo de investigação do estudo e respetivo pedido de autorização para a sua realização foram submetidos às Instituições, cumprindo todas as normas éticas, tendo sido desenvolvido após parecer favorável.

Participantes: A população alvo/amostra do estudo foram os indivíduos institucionalizados nas três instituições do concelho de Belmonte (Residência Social de Caria Amândio Melo, **Centro de Apoio Social de Maçainhas, e Santa Casa da Misericórdia de Belmonte**), no período compreendido entre Julho e Agosto de 2014.

A Residência Social de Caria Amândio Melo tem capacidade para 37 camas, o Centro de Apoio Social de Maçainhas possui 12 camas, e a Santa Casa da Misericórdia de Belmonte apresenta um espaço com 126 camas. No momento da recolha dos dados a taxa de ocupação era de 89.2%, 58.3%, e 99.2%, respetivamente.

Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: ter idade igual ou superior a 65 anos, não apresentar demência/déficite cognitivo, não ter afasia, e não apresentar surdez profunda.

Todos os utentes que aceitaram participar no estudo assinaram o consentimento livre e informado. Os resultados foram posteriormente processados com proteção dos dados pessoais dos participantes, respeitando a sua confidencialidade e privacidade.

Instrumentos e Procedimento para a recolha dos dados: A colheita dos dados foi realizada nas três instituições, através da aplicação da *Geriatric Depression Scale* (anexo 1) por entrevista direta e individualizada aos utentes institucionalizados que cumpriram critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo. Esta escala foi criada especificamente para a população idosa e adaptada aos idosos

portugueses. Compreende vinte e sete questões sobre sentimentos e comportamentos que decorreram na última semana, sendo as respostas dicotômicas (sim/não). A obtenção de onze ou mais sintomas determina a presença de depressão.

O cumprimento do critério de inclusão de ausência de défice cognitivo foi avaliado pela *Escala de Deterioração Global* de Reisberg (anexo 2), com a cooperação dos respetivos profissionais de saúde responsáveis pelos utentes em cada instituição. Esta escala é constituída por 7 níveis, indo do nível sem défice cognitivo ao défice cognitivo muito grave, enquadrando-se o idoso no nível adequado de acordo com a cognição e função.

As informações acerca da codificação do diagnóstico e terapêutica efetuada foram obtidas através da consulta da ficha individual, onde constavam todos os problemas de saúde e medicação prescrita de cada utente institucionalizado.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados no Microsoft Office Excel 2010®, onde se desenvolveu o tratamento estatístico de toda a informação.

Na caracterização da amostra utilizaram-se metodologias de análise estatística descritiva. Para as variáveis numéricas calcularam-se medidas de tendência central como a média, e de dispersão como a amplitude de variação com mínimo e máximo. Para as variáveis categóricas calcularam-se as frequências e respetivas percentagens.

RESULTADOS

Dos 165 utentes institucionalizados, 67% (n=110) eram do sexo feminino e 33% (n=55) do sexo masculino. A média de idades foi de 82 anos, com idade mínima de 39 e máxima de 103 anos. O gráfico da figura 1 apresenta a distribuição dos utentes pelas 3 instituições.

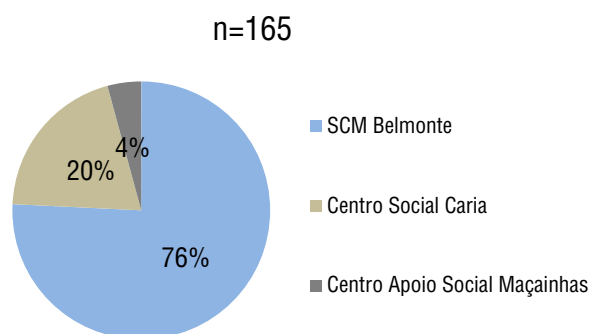


Figura 1 – Idosos institucionalizados por instituição

Apresentaram critérios de inclusão no estudo 27 utentes, distribuídos pelas 3 instituições de acordo com o gráfico da figura 2.

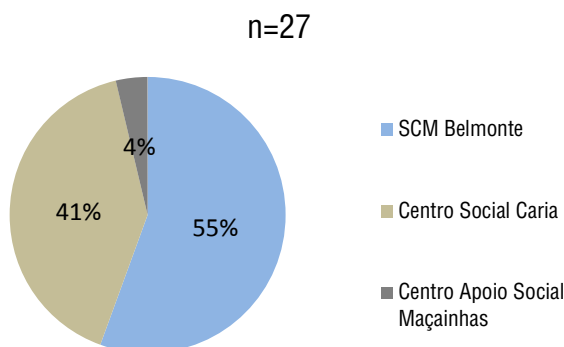


Figura 2 – Idosos incluídos na amostra por instituição

Dos 27 participantes 52% (n=14) eram do sexo feminino. A distribuição por género e grupo etário dos utentes incluídos na amostra é apresentada na tabela 1. A média de idades foi de 81 anos, com idade mínima de 69 e máxima de 96 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos utentes entrevistados por género e grupo etário

Grupo Etário	Gênero				TOTAL	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
65-74	2	7,4	3	11,1	5	100,0
75-84	3	11,1	4	14,8	7	100,0
85-94	9	33,4	5	18,5	14	100,0
95-104	0	0,0	1	3,7	1	100,0
TOTAL	14	52	13	48	27	100

A prevalência de depressão encontrada foi de 59.3% (n=16), sendo 56.3% (n=9) no sexo feminino e 43.7% (n=7) no sexo masculino, conforme apresentado nos gráficos das figuras 3 e 4.

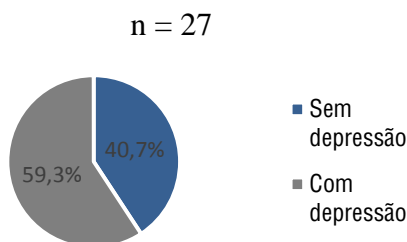


Figura 3 – Prevalência de depressão

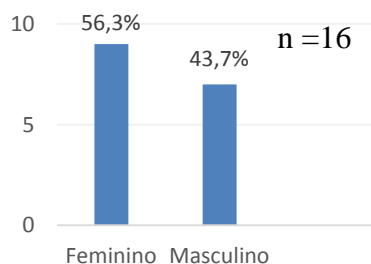


Figura 4 – Prevalência de depressão por gênero

Dos 16 utentes que apresentaram critérios de depressão, 31.3% (n=5) tinham o diagnóstico codificado na ficha individual e 62.5% (n=10) estavam medicados com antidepressivos.

DISCUSSÃO

A elevada taxa de ocupação das Instituições vai de encontro ao elevado índice de envelhecimento e de dependência de idosos do concelho de Belmonte. Trata-se de uma população envelhecida, que requer um acompanhamento atento e rigoroso no que diz respeito aos sintomas depressivos, já que nos idosos estes podem manifestar-se de forma atípica em relação à população em geral. Queixas somáticas, lentificação psicomotora, comunicação escassa, incapacidade e recusa para realizar algumas atividades, desinteresse, desorientação, são alguns sinais e sintomas que podem indiciar depressão. No caso dos idosos institucionalizados é ainda mais pertinente a avaliação desses sinais e sintomas e o alerta de que podem estar presentes, já que a institucionalização pode aumentar em 40% o número de idosos deprimidos (Marques & Firmino, 2003). Muitos idosos vivem nos lares contra a vontade própria, numa posição de perdas sociais, familiares, de recursos económicos, enfrentando o isolamento, as suas doenças e incapacidades, que podem despoletar sentimentos depressivos. A depressão não diagnosticada e não tratada agrava a deterioração funcional e morbilidades do idoso, e por isso a sua deteção é fundamental para garantir a qualidade de vida e bem-estar dos idosos. A atipia dos sintomas e a crença de que o idoso é por natureza um indivíduo depressivo, pode atrasar o diagnóstico precoce e o tratamento atempado (Lovaco, 2007).

Verificou-se que muitos idosos institucionalizados apresentavam sinais de défice cognitivo. Estas alterações podem resultar da idade avançada ou como consequências de doenças de base. Assim, não foi possível determinar a verdadeira prevalência de depressão em idosos institucionalizados pela elevada taxa de não participação dos utentes com défice cognitivo. Contudo, a prevalência de depressão foi semelhante à encontrada noutros estudos, embora não haja consenso quanto a estes valores devido ao fato de alguns estudos epidemiológicos não utilizarem instrumentos e métodos de avaliação específicos para a população idosa. Segundo *Mónica Frank e Nezilour Rodrigues (2006)*, a prevalência de depressão em idosos institucionalizados ultrapassa os 22% e pode chegar aos 59.3% se utilizadas escalas de sintomas depressivos para a sua avaliação, tal como neste estudo. Nesta amostra a depressão prevaleceu no sexo feminino, revelando o sentimento de inutilidade e desesperança com que as mulheres se deparam nesta etapa da sua vida, em que sentem que deixaram de exercer o seu papel de esposa, mãe, cuidadora da família e do lar, que desempenharam ao longo da vida.

Existiu uma percentagem importante de utentes que, apesar de medicados, apresentam critérios de depressão, levantando a questão da adequação, eficácia e cumprimento do tratamento instituído. Alguns idosos recebem a medicação e preferem manter o seu sofrimento em detrimento do tratamento (Carvalho & Fernandez, 1999). Por outro lado torna-se evidente a necessidade de reavaliações periódicas dos

idosos pelos profissionais de saúde, com realização dos ajustes terapêuticos que se considerem oportunos. Refira-se ainda uma nota importante quanto aos registos clínicos, imprescindíveis para a continuidade dos cuidados prestados aos utentes, e transmissão de informações relevantes entre os profissionais de saúde que cuidam do doente. Observou-se nesta amostra que apesar de 62.5% dos utentes terem medicação prescrita para a depressão, apenas 31.3% tinham o diagnóstico codificado.

No futuro será pertinente realizar mais estudos acerca da prevalência de depressão em idosos e em idosos institucionalizados, utilizando os instrumentos e métodos validados para esta faixa etária, e realizar ações de sensibilização acerca desta temática para os profissionais de saúde que cuidam de idosos.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Depressão Geriátrica

<i>Escala de Depressão Geriátrica</i>	Si m	Nã o
1 - Está satisfeito com a sua vida actual	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5 - Encara o futuro com esperança	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15 - Actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17 - Sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	1	0
18 - Preocupa-se muito com o passado	1	0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas actividades	1	0
21 - Sente-se cheio de energia	0	1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0

25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26 - Sente dificuldade em se concentrar	1	0
27 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

Anexo 2: Escala de Deterioração Global

Estádio GDS
1. Sem Declínio Cognitivo
2. Declínio Cognitivo Muito Ligeiro
3. Declínio Cognitivo Ligeiro
4. Declínio Cognitivo Moderado
5. Declínio Cognitivo Moderadamente Grave
6. Declínio Cognitivo Grave
7. Declínio Cognitivo Muito Grave

1. Ausência de queixas subjectivas de défice de memória. Sem défice de memória evidente durante a entrevista clínica.

2. Queixas subjectivas de défice de memória, mais frequentemente nas seguintes áreas:

- a) esquecimento do local onde colocou objectos familiares;
- b) esquecimento de nomes antes bem conhecidos.

Sem défice de memória objectivo durante a entrevista clínica. Sem défice objectivo no emprego ou em ocasiões sociais. Preocupação legítima em relação aos sintomas.

3. Ocorrências precoces de défice claro.

Manifestações em mais do que uma das seguintes áreas:

- a) O paciente pode ter-se perdido quando viajava para um local desconhecido.
- b) Os colegas dão-se conta do desempenho relativamente pobre do paciente.
- c) As dificuldades em encontrar palavras e/ou nomes tornam-se evidentes para as pessoas mais próximas.
- d) O paciente pode ler um texto, ou um livro, e reter relativamente pouco.
- e) O paciente pode apresentar facilidade diminuída em recordar os nomes de pessoas a quem é apresentado.

f) O paciente pode ter perdido, ou colocado em local errado, um objecto de valor.

g) Os testes clínicos podem evidenciar défice de concentração.

Défice de memória objectivo, evidente só no decurso duma entrevista intensiva.

Diminuição de desempenho em ocupações laborais de maior exigência, e em situações sociais. O paciente começa a manifestar denegação. Ansiedade ligeira a moderada que acompanha frequentemente os sintomas.

4. Défices claramente evidentes em entrevista clínica cuidadosa

Défice manifesto nas seguintes áreas:

- a) decréscimo no conhecimento de acontecimentos correntes e recentes.
- b) Pode apresentar algum défice de memória na sua própria história pessoal.
- c) Défice de concentração evidenciado nas subtracções seriadas.
- d) Diminuição da capacidade para viajar, gerir as finanças, etc.

Frequentemente ausência de défice nas seguintes áreas:

- a) Orientação no tempo e no espaço.
- b) Reconhecimento de pessoas e rostos familiares.
- c) Capacidade de viajar para locais conhecidos.

Incapacidade para executar tarefas complexas. A denegação é o mecanismo de defesa dominante. Embotamento dos afectos e desistência em situações de desafio.

5. O paciente não consegue sobreviver sem alguma assistência.

Durante a entrevista, o paciente é incapaz de se recordar de aspectos relevantes da sua vida actual, p. ex.:

- a) do seu endereço, ou do seu número de telefone, que tem desde há muitos anos.
- b) Dos nomes dos seus familiares mais próximos (tais como os seus netos).
- c) Do nome do liceu (escola secundária), ou da faculdade em que se formou.

Apresenta frequentemente alguma desorientação relativamente ao tempo (data, dia da semana, estação do ano, etc), ou ao local. Uma pessoa escolarizada pode ter alguma dificuldade na subtracção em séries de 4 em 40, ou de 2 em 20. As pessoas neste nível retêm a lembrança dos factos mais importantes relativamente a si próprios, e a outros.

Sabem invariavelmente os seus próprios nomes, e conhecem, geralmente, os nomes do cônjuge e dos filhos. Não precisam de auxílio para os cuidados de higiene, nem para as refeições, mas podem ter dificuldade na escolha da roupa adequada para vestir.

6. Podem ocasionalmente esquecer-se do nome do conjuge de quem dependem inteiramente para sobreviver.

Podem de todo **não se aperceber de todos os acontecimentos e experiências recentes das suas vidas**. Retêm alguma noção do que os rodeia, do ano, da estação do ano, etc.

Podem ter dificuldade em contar de 1 até 10, em ordem decrescente, e por vezes em ordem crescente.

Necessitarão de alguma assistência nas actividades da vida diária:

- a) podem ficar incontinentes.
- b) Necessitarão de assistência para viajar, mas poderão, ocasionalmente, ser capazes de viajar para locais conhecidos.

O ritmo diurno encontra-se frequentemente alterado. Lembram-se quase sempre do seu próprio nome. É frequente continuarem a ser capazes de distinguir, no meio em que vivem, as pessoas conhecidas das não conhecidas.

Ocorrem alterações emocionais e da personalidade. São muito variáveis e incluem:

- a) comportamento delirante, isto é, o paciente pode acusar o seu cônjuge de ser uma pessoa impostora; pode falar para figuras imaginárias à sua volta, ou para a sua própria imagem reflectida no espelho.
- b) Sintomas obsessivos, isto é, a pessoa pode executar, repetida e sistematicamente, actividades simples de limpeza.
- c) Podem ocorrer: sintomas de ansiedade, de agitação e mesmo um comportamento violento antes inexistente.
- d) Abulia cognitiva, isto é, perda da força de vontade, por o indivíduo não conseguir manter um pensamento até completar uma acção.

7. Ao longo deste nível vão sendo perdidas todas as faculdades verbais.

Na fase inicial deste nível as palavras e as frases são faladas, mas o discurso é muito limitado.

Mais tarde deixa de haver discurso – apenas sons grunhidos. **Incontinente; requer assistência na higiene e na alimentação. As competências psicomotoras básicas** (como por ex. a capacidade de andar) **vão sendo perdidas com a progressão deste nível**. O cérebro parece não ser mais capaz de comandar o corpo.

Presença frequente de sinais e sintomas neurológicos difusos e corticais.

BIBLIOGRAFÍA

Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento de apoio, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.

Carvalho, V.F.C., & Fernandez, M.E.D. (1999). Depressão no Idoso. Em M. P. Netto, *Gerontologia, a velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (3ª Ed., Cap. 16, pp. 160-173). São Paulo: Edição Atheneu.

Frank, M.H., & Rodrigues, N.L. (2006). Depressão, Ansiedade, outros Distúrbios Afectivos e Suicídio. Em E.V. Freitas, L. Py, F.A.X. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª Ed., Cap. 35, pp. 376387). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, SA.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2009). Censos da população [em linha]. Pordata: base de dados Portugal contemporâneo. Acedido Outubro, 13, 2014, em <http://www.pordata.pt>.

Loureiro, M.G.P.S. (2009). Validação da escala do center for epidemiologic studies of depression – CES-D numa população clínica de idosos. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra, Portugal.

Lovaco, B.F. (2007). A Depressão no idoso. Dificuldades na detecção. Em J. D. M. Martín, & C. A. Rosa. *A psicogeriatría nos cuidados primários* (Cap. 6, pp. 21-24). Miraflores: Ed. Revisfarma - Ed. Médicas, Lda.

Marques, L., & Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no idoso. Em A. Vaz Serra (Coord.), *Medicina, temas actuais, depressão* (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo: Atral Cipan Vida.

Martins, R.M. (2008). A Depressão no Idoso. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.

Medeiros, J.M.L. (2010). Depressão no Idoso. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina – Universidade do Porto, Portugal.

Poucinho, M.T.S. PhD, Farate, C. MDPHD, Dias, C.A. MDPHD, Lee, T.T. MD, & Yesavage, J.A. MD (2009). Clinical and psychometric validation of the geriatric depression scale (GDS) for portuguese elders, *clinical gerontologist*, 32:2, 223-236.

Reisberg, B., Ferris, S.H., Leon, M.J., & T. (1982). The global deterioration scale (GDS) for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 139: 1136-9.

Reisberg B., et al. (1986). Longitudinal course of normal aging and progressive dementia of Alzheimer's type: a prospective study of 106 subjects over a 3.6 year mean interval. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry* 10: 571-8.

Vaz, S.F.A., & Gaspar, N.M.S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 49-58.

