

COMPORTAMENTO AGRESSIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDO DE CASO REALIZADO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB.

Erika Valeska da Costa Alves, Residente Multiprofissional UFPB, erika.valeska@yahoo.com.br;
Mailson Marques de Sousa, Residente Multiprofissional UFPB, mailson_ms@hotmail.com;
Gildênia Calixto dos Santos, Residente Multiprofissional UFPB, gildeniocalixto@hotmail.com;
Eliane Araújo de Oliveira, Docente UFPB, elianeao@gmail.com

INTRODUÇÃO

Alguns fatores podem colaborar para a institucionalização na fase do envelhecimento, dentre eles: o aumento na proporção de pessoas idosas com declínio da capacidade funcional; a redução do número de familiares disponíveis para cuidar destes idosos dependentes, principalmente quando solteiro(a) e sem filhos; o alto investimento do cuidado domiciliar e; a escassa rede de suporte social e à saúde do idoso¹.

A correlação positiva entre envelhecimento e sintomas depressivos já é objeto de diversos estudos. A depressão na senilidade pode ser desencadeada pela progressiva limitação física, sensação de impotência, perda da autonomia, sensação de inutilidade e afastamento dos familiares².

Irigaray e Schneider mostram uma maior prevalência de transtorno depressivo em idosos hospitalizados ou institucionalizados, de até 22%, contra 4,8 a 14,6% em idosos que vivem na comunidade³. Um grande número de estudos tem sugerido que comorbidades de desordens do eixo 1 (transtornos psiquiátricos clínicos) particularmente depressão maior, estão ligados a transtornos de personalidade na terceira idade⁴⁻⁵. Os sintomas predominantes no Acidente Vascular Encefálico- AVE- que acometem as regiões frontal, temporal ou parietal podem também acarretar alterações de humor ou de comportamento⁶.

Outro fator relacionado a esses possíveis transtornos na idade senil é a Demência. Seu estabelecimento pode ocorrer de maneira abrupta devido a um trauma ou derrame, ou mais frequentemente de forma gradativa. A Demência também pode ser acompanhada por distúrbios comportamentais como agitação, deambulação, discurso repetitivo, agressão verbal e física⁷.

Alterações comportamentais no envelhecimento é um fator limitante para o manuseio do cuidador ou profissional de saúde. É imprescindível o esclarecimento

sobre os fatores desencadeantes, a paciência e a habilidade na execução de atividades diárias com o idoso.

OBJETIVO

Compreender o quadro biopsicossocial de uma idosa com comportamentos físicos e verbais agressivos para com seus cuidadores, durante sessões de fisioterapia, em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos- ILPI- no município de João Pessoa- PB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso único, exploratório, documental, do tipo qualitativo, realizado a partir do prontuário, da intervenção fisioterapêutica e dos relatos dos cuidadores da ILPI, respeitando-se os aspectos éticos e legais, sendo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Avaliação e Acompanhamento Clínico e Fisioterapêutico da Instituição, Mini-Exame do Estado Mental para avaliação cognitiva e Índice de Katz para medir a capacidade funcional.

O Mini-Exame do Estado Mental é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, são elas: orientação temporal (5 pontos); orientação espacial (5 pontos), registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). Ele avalia o déficit cognitivo, gerando um escore de 0 até 30 pontos⁸.

O índice de Katz é um instrumento bastante utilizado em estudos gerontológicos, tanto em nível nacional quanto internacional. Avalia o grau de dependência ou independência para cada uma das seis seguintes funções: banhar-se, vestir-se, higiene, transferência, continência e alimentação⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

M. F. S., sexo feminino, 81 anos, cor branca, estado civil solteiro, analfabeta, agricultora aposentada. De acordo com o prontuário, a idosa em questão possui diagnóstico de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e hemiparesia esquerda por

sequela de AVE. Este último culminou para sua institucionalização há 6 anos pela irmã que devido a sua idade também avançada, não teria condições de desempenhar o papel de cuidadora.

Em relação à situação cognitiva, a paciente demonstra memória de longo prazo preservada, sendo capaz de relatar com coerência sua história de vida. Porém, constata-se déficit de aprendizado novo e incapacidade de lembrar com precisão do que foi aprendido previamente.

Ao ser aplicado o Mini-Exame do Estado Mental, a idosa obteve os seguintes resultados: orientação temporal (0 pontos); orientação espacial (3 pontos), registro de 3 palavras (1 pontos), atenção e cálculo (0 pontos), lembrança das 3 palavras (0 pontos), linguagem (4 pontos), e capacidade construtiva visual (0 ponto). Para analfabetos o ponto de corte é de 20, a idosa em questão alcançou 8 pontos, sendo detectado algum déficit cognitivo, apesar da baixa escolaridade.

Quanto ao seu comportamento, a anciã costuma agredir com frequência os cuidadores que a abordam para procedimentos de higiene, medicação, alimentação ou até mesmo diálogo. Vocábulo grosseiros e de calão são acompanhadas muitas vezes de agressões físicas a quem se aproxima. Em seu cotidiano costuma falar sozinha, verbalizar palavras de desmotivação pela vida e de ideias suicidas.

No que diz respeito à Avaliação Fisioterapêutica realizada, a anciã apresenta-se restrita ao leito; com hipotrofia dos principais grupos musculares; mão esquerda em garra com queixas de dor à mobilização; quadril esquerdo em rotação externa e joelhos fletidos, sendo o membro inferior esquerdo incapaz de completar a extensão, mesmo de forma passiva.

A situação funcional das Atividades de Vida Diária- AVD's revelada pelo instrumento Índice de Katz mostra dependência completa para vestuário, higiene, transferência, continência e alimentação. Apenas no âmbito banho, a paciente fornece algum tipo de auxílio, conforme observado no quadro abaixo:

Quadro 1: índice de Katz apontando a situação funcional nas AVD's.

	0	1	2	3
Banhar-se			X	
Vestuário				X
Higiene				X
Transferência				X
Continência				X
Alimentação				X

0 = independência completa; 2 = assistência humana;
1 = necessidade de ajuda não humana 3 = dependência completa

Ainda entre os resultados, verificou-se ausência de visitas de familiares e/ou amigos; a sobrecarga física e emocional dos cuidadores; a inexistência de uma atenção multiprofissional e a pobreza de dados consistentes no prontuário que pudesse abarcar a história de vida e saúde pregressa e atual.

A paciente em questão enquadra-se no perfil de idosos institucionalizados em acordo com o estudo de Aires e Perosa¹ realizado do Estado do Rio Grande do Sul, no qual há predominância do sexo feminino; de idosos solteiros; que não tiveram filhos; não concluíram o ensino fundamental; e fazem uso de fármacos diariamente.

O crescente número de institucionalizações pode ser entendido a partir do aumento do envelhecimento populacional e das dificuldades enfrentadas pelos familiares no cuidado de idosos dependentes em domicílio¹⁰. Esta situação se agrava quando há um idoso assistindo outro idoso. Após um episódio de AVE os déficits mais evidentes são de caráter físico e cognitivo, resultando em uma sobrecarga corporal, psicológica e financeira, por parte dos cuidadores¹¹.

As alterações causadas pelo AVE podem desencadear depressão, ansiedade e alterações do humor, devido as dificuldades na aprendizagem para lidar com as novas situações⁹. A depressão é o dano comportamental mais prevalente, e está intimamente associada a um mau prognóstico na pessoa idosa, podendo comprometer de forma significativa a reabilitação motora¹².

No estudo de Hora e Souza¹³ as alterações comportamentais, sociais, cognitivas e emocionais foram tidas como mais negativas do que a incapacidade física pelos cuidadores de pacientes com Traumatismo Crânio Encefálico. Destacando-se o esquecimento, o temperamento explosivo, a agressividade, a irritabilidade e a dependência como alterações que mais lhe afetaram.

Algumas diretrizes relevantes para o manejo adequado de um paciente agitado ou violento devem ser consideradas, como por exemplo: evitar movimentos

bruscos; manter alguma distancia física; apresentar-se e apresentar a equipe; falar pausadamente, mas de maneira firme; Indagar de forma clara e objetiva; não fazer ameaças ou humilhações; não confrontar; estimular o paciente a expressar seus sentimentos em palavras; certificar que você pretende ajudá-lo¹⁴.

É importante ressaltar ainda, a necessidade do registro acerca dos procedimentos e de qualquer intercorrência, que por ventura venha ocorrer nos prontuários individuais dos internos.

Os prontuários de uma instituição são de grande importância para o acompanhamento do idoso. Os registros permitem a documentação escrita científica de modo a contribuir para a comunicação da equipe de saúde sobre estado cognitivo e funcional de cada ancião, servindo também como instrumento de ensino e pesquisa¹⁰.

A análise dos documentos internos e dos prontuários sinalizou a inexistência de informações precisas quanto o histórico biopsicossocial da residente antes e durante sua internação. O que impossibilita inclusive compreender a(s) origem(s) de sua alteração de personalidade.

Os custos relacionados ao tratamento adequado do paciente são grandes, desde gastos com exames realizados para diagnóstico correto, até medicações e outros cuidados que poderão se fazer necessários para um bom acompanhamento, investimentos que não condiz com a realidade das ILPI's no país ¹⁵.

CONCLUSÃO

A crescente demanda das ILPIs desencadeia a necessidade de políticas sociais e de saúde em ampliar as discussões e debates na reorganização dos serviços de saúde e de suporte social.

A inexistência de uma atenção multiprofissional contínua nos asilos públicos limita um acompanhamento mais detalhado e abrangente dos internos;

É necessário valorização e capacitação dos cuidadores formais e dos profissionais de saúde de ILPI's para atuarem com idosos de comportamentos agressivos. É preciso esclarecimento sobre o que passa com o idoso, paciência, respeito e bom senso na hora da conduta.

A pobreza de dados dos prontuários, somada à ausência de amigos e parentes, dificulta achados comportamentais, clínicos e sociais prévios à institucionalização importantes para maiores esclarecimentos de estudos;

Os custos de um adequado acompanhamento de saúde dos idosos asilados são destoantes com a realidade das ILPI's no país.

REFERÊNCIAS:

1. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)* 2009 set;30(3):492-9.
2. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira R F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública, São José dos Campos (SP)* 2006;40(4):734-6.
3. Irigaray TQ, Schineider RH. Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade. *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(2):169-175.
4. Kunik ME, Mulsant BH, Rifai AH. Personality disorders in elderly in patients with major depression. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1993; 1:38-45.
5. Pereira SF, Aparício MAM, Felício JL, Bassitt DP. Transtorno de personalidade na terceira idade. *Rev psiquiatr clin. São Paulo* 2007; 34(1).
6. Ballone, GJ. *Alterações da Personalidade.* PsiqWeb, 2010. Acesso em 2013 Mar 30. Disponível em <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=334>
7. Barbosa AL, Cruz J, Figueiredo D, Marques A, Sousa L. Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Rev Psic Saúde & Doenças.* Lisboa 2011; 12(1).
8. Almeida OP. Instrumentos para avaliação de pacientes em demência. *Rev psiq clin. São Paulo* 1997; 26(4): 153-166.
9. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* São Paulo 2007; 41(2): 317-25.
10. Santos SSC, Valcarenghi RV, Barlem ELD, Silva BT, Hammerschmidt KSA, Silva ME. Elaboração de prontuário do residente em uma instituição de longa permanência para idosos. *Rev Acta Paul Enferm.* Rio Grande (RS) 2010; 23(6):725-31.

11. Barbosa, MTLMJ. Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral : uma revisão sistemática[dissertação]. Coimbra (Portugal). Universidade de Coimbra. Programa de Pós-graduação da Faculdade de Economia; 2012.
12. Brito ES, Rabinovich EP A família também adoce!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. Rev Interface - Comunic Saúde Educ. Botucatu (SP) 2008; 27(12): 783-94.
13. Hora EC, Souza RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de traumatismo crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev Latino-am Enferm. Ribeirão Preto (SP) 2005; 13(1):193-8.
14. Mantovani C, Migon MN, Alheira FV, Del-Ben CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Rev Bras Psiquiatria. Ribeirão Preto (SP) 2010; 32 Suppl 2:S98.
15. Freire júnior RC, TAVARES MFL. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. Rev Interface – Comunic Saúde Educ. Rio de Janeiro (RJ) 2005; 9(16):147-58.

O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo tem sido associado a fatores tais como: sexo feminino, idade avançada, baixa escolaridade, sedentarismo, tabagismo, hipertensão arterial, história de AVE, dependência funcional, restrição social, atividade intelectual pobre e percepção negativa da saúde. A depressão também se constitui um fator de risco e pode preceder o desenvolvimento da demência ou coexistir com a doença (RABELO,2009). RABELO, 2009
http://www.revistasau.de.unipam.edu.br/files/Ed_1/DeclinioCognitivoLeveEmIdosos.pdf

Segundo Rocha *et al.* (1992), vários têm sido os fatores de risco relatados como significativos na depressão pós-AVC: personalidade prévia, história anterior de depressão, história familiar positiva para depressão e história de AVC prévio parecem ser importantes. Nenhum desses dados podem ser colhidos sem um familiar que possa informar, já que a paciente não apresenta estado cognitivo totalmente preservado e não recebe visitas. Rocha *et al.* (1992) = Estados depressivos pós-acidente vascular cerebral

CHAVES, I.

http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves_01.pdf

Atividade diária	0	1	2	3
Banhar-se			X	
Vestir-se				X
Higiene				X
Transferência				X
Continência				X
Alimentação				X

As alterações comportamentais e de agressividade na pessoa senil são comumente relacionadas à demência, tumor cerebral, delirium, AVE ou efeito medicamentoso¹¹.

Estrutura do Resumo Expandido

O resumo expandido deverá ser elaborado em, no mínimo, quatro e, no máximo, cinco laudas. Deverá ser organizado contendo: título, autor(es), instituição(ões), introdução, metodologia, resultados e discussão, conclusão e referências. No corpo do texto poderá conter tabelas e/ou figuras.

O texto deverá ser elaborado em formato Word na versão 2007 ou inferior, tamanho A-4, margens superior/esquerda 3,0 cm e inferior/direita 2,0 cm. Deve ser empregada fonte Arial, corpo 12, justificado e espaçamento 1,5.

As citações das referências no texto devem seguir as normas de Vancouver.

O texto deverá iniciar com o TÍTULO do trabalho em letras maiúsculas, utilizando fonte Arial, corpo 14, em negrito, centralizado.

Na linha subsequente deverá(ao) ser listado(s) o(s) nome(s) do(s) autor(es) seguido(s) da instituição e e-mail, alinhado(s) à direita.

A seção Introdução deverá ser breve e justificar o problema estudado de forma clara, utilizando-se revisão de literatura. Os objetivos deverão estar explícitos no final da introdução.

A seção Metodologia deverá ser concisa, mas suficientemente clara, de modo que o leitor entenda e possa reproduzir os procedimentos utilizados. Deverá conter as referências da metodologia de estudo e/ou análises científicas empregadas.

A seção Resultados e Discussão deverá conter os dados obtidos, podendo ser apresentados, também, na forma de tabelas e/ou figuras. A discussão dos resultados deverá estar baseada e comparada com a literatura utilizada no trabalho de pesquisa, indicando sua relevância, vantagens e possíveis limitações.

A seção Conclusão deverá ser elaborada em frases curtas e com base nos objetivos e resultados apresentados.

Na seção Referências deverão ser listadas apenas as mencionadas no texto, de acordo com as normas de Vancouver.