

CONDIÇÕES COGNITIVAS E EMOCIONAIS DE MULHERES IDOSAS ASSISTIDAS EM PROGRAMA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Laura Michelle do Nascimento Alves dos Santos ¹

Lisley Vitoria Ferreira do Vale ²

Emanuelle Malzac Freire de Santana ³

Laura de Sousa Gomes Veloso ⁴

INTRODUÇÃO

Ao ser analisado em uma perspectiva coletiva, o envelhecimento mostra-se como um fenômeno populacional contemporâneo, que se intensificou após a Revolução Industrial na Europa e disseminou-se pelos países em desenvolvimento a partir da sexta década do século XX. Estima-se que, em 2050, a população idosa com mais de 60 anos será de aproximadamente 2 bilhões de pessoas. Um exemplo desse acelerado quadro de mudança demográfica se observa na população brasileira, cuja fração idosa, em 2014, representava 13,7%, com projeções futuras de integrar quase 30% da população total do país, a partir do ano de 2050 (IBGE, 2016).

Em uma versão centrada nos estudos biogerontológicos, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte. Observa-se, então, uma redução gradual das capacidades de adaptação e de desempenho físico e psicológico do indivíduo (FREITAS *et al.*, 2012).

A literatura científica evidencia que a longevidade e a aproximação da finalização do ciclo de vida, associadas ao surgimento ou severidade de doenças crônicas (*leia-se também incapacidades*), falecimento de entes queridos, advento da aposentadoria e as mudanças nas atividades cotidianas, geram uma considerável redução da rede social e, conseqüentemente, dificultam a construção de novos e significativos vínculos e papéis sociais, tornando o idoso

¹ Graduanda em Fisioterapia pelas Faculdades Nova Esperança, lisley643@gmail.com;

² Graduanda em Fisioterapia pelas Faculdades Nova Esperança, marinalvajp2205@email.com;

³ Co-autora; Mestre e Doutoranda em Enfermagem, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba; manumalzac@hotmail.com;

⁴ Orientadora; Mestre e Doutoranda em Enfermagem, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba; laurasgveloso@hotmail.com;

vulnerável a doenças complexas e ainda repletas de mitos, como a depressão (MORAIS; MARINO; SANTOS, 2010).

De acordo com a publicação “*Depression and other common mental disorders: global health estimates*”, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), estima-se que 322 milhões de pessoas tenham sido acometidas pela depressão ou por sintomas depressivos em todo o planeta (correspondendo a 4,4% de toda população mundial), das quais cerca de 800 mil pessoas são conduzidas ao óbito através do suicídio.

Embora estudos populacionais tratem a saúde mental como importante indicador da qualidade do envelhecimento da pessoa idosa, observa-se que a sua exata caracterização ainda é pouco difundida, permeada pelos conceitos socio-históricos construídos a partir de concepções negativas e preconceituosas. Assim, o presente estudo tem por objetivo conhecer as condições cognitivas e emocionais de pessoas idosas assistidas por projeto de extensão universitária, levando em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, de corte transversal e abordagem quantitativa, tendo como suporte teórico as Teorias Biológicas do Envelhecimento. A amostra inicial foi constituída por 14 idosos, de ambos os sexos, assistidos pelas atividades propostas pelo projeto de extensão “Autonomia em Meio Aquático para Idosos (AMAI)”, desenvolvido no Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCI), no município de João Pessoa/PB. Trata-se de uma amostra de natureza não probabilística, escolhida por conveniência; em que se utilizou o cálculo para populações finitas, com intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5% (JACQUES, 2003).

Para o presente estudo, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar Matriculado regularmente nas atividades do Centro de Referência da Pessoa Idosa (CCI); apresentar condições cognitivas preservadas para responder aos instrumentos; expressar ciência e concordância com as finalidades do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os entrevistados responderam a questionamentos que envolviam os dados socioeconômicos e demográficos (idade, sexo, estado civil, religião, profissão, escolaridade), fatores relacionados à saúde (quedas sofridas recentemente, acuidade visual, auditiva, tabagismo, etilismo e morbidades referidas). As morbidades referidas investigadas foram:

hipertensão arterial, artrite, artrose ou reumatismo, diabetes, osteoporose, problemas cardíacos, doença crônica pulmonar, câncer e acidente vascular cerebral.

Adotou-se o Mini Exame do Estado Mental a fim de estabelecer as condições de saúde cognitiva, sendo considerado como ponto de corte o escore final de 17 pontos para analfabetos, 22 pontos para escolaridade entre 1 e 4 anos, 24 pontos entre 5 e 8 anos e 26 pontos para 9 e mais anos de escolaridade, conforme sugerido por estudos de validação com a população brasileira (BERTOLUCCI, 1994). Assim, os idosos que apresentaram pontuação inferior, não foram considerados para o cálculo da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), visto apresentarem certa dificuldade em responder aos questionamentos propostos pelo instrumento referente à depressão.

A Escala de Depressão Geriátrica, em sua versão reduzida (GDS-15), é amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico, que embora não substitua a anamnese nem o processo de investigação clínica, pode orientar o profissional na detecção de sintomas depressivos, sendo considerado um instrumento preditor para a depressão. É composta por 15 perguntas negativo-afirmativas sobre a percepção do sujeito em “ser e estar no mundo”. Cada questionamento apresenta um valor entre 0 e 1 ponto; o escore final baseia-se no somatório ao término dos questionamentos, conforme sugerido pelo artigo de validação brasileira, a saber: escores finais com menos de 5 pontos, indicaria normalidade; entre 5 e 11 pontos, há evidências de depressão maior; acima de 11 pontos, seria um quadro sugestivo de depressão grave (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente através do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0, empregando as ferramentas da estatística descritiva. Para isso, utilizaram-se medidas de tendência central e dispersão para a análise de variáveis quantitativas e frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas.

DESENVOLVIMENTO

Pesquisas atuais indicam que a cada ano, cerca de 650 mil pessoas com mais de 60 anos ingressam na sociedade brasileira, sendo a maior parte com doenças crônicas e limitações funcionais, que perduram por anos e necessitam de cuidados prolongados e uso contínuo de medicação paliativa. Assim, patologias ligadas às mudanças biológicas do corpo envelhecido ganham uma maior expressão ao criar uma dinâmica de procura, com reduzida rotatividade, pelos serviços de saúde (FRANK; RODRIGUES, 2013).

Dentre as patologias crônicas que mais incidem sobre a população idosa nas sociedades pós-modernas, destaca-se a depressão, elevando ainda mais o ciclo de fragilidade e desenvolvimento de incapacidades funcionais. O que torna a depressão na velhice extremamente peculiar é a apresentação diferenciada dos sintomas depressivos em relação à forma clássica em outras faixas etárias, dificultando o diagnóstico e a intervenção precoce (SANTOS; SANTOS, 2015).

Aliam-se a esse quadro, as repercussões desse transtorno cognitivo, que criam um sistema de retroalimentação com o contexto social vivenciado pelo idoso, como a precarização da rede assistencial, as dificuldades financeiras, discriminações e preconceitos, além do isolamento social e familiar. A forma como os idosos lidam com a própria velhice, bem como os sentidos e imagens construídas nas estâncias individual e coletiva, podem criar um cenário favorável para que sentimentos e atitudes permeiem a instalação de sintomas depressivos (SANTOS; SANTOS, 2015; VERAS, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do referido estudo, 14 idosos com média etária de 66,4 anos (DP= $\pm 4,3$ anos). Em termos gerais, pode-se observar que o perfil dos idosos entrevistados foi composto pelo predomínio do sexo feminino (13%), entre 60 e 69 anos (42,8%), com escolaridade construída ao longo de mais de 08 de anos de estudos, e sendo predominantemente casados (42,8%), conforme apresentado pela Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de frequência segundo os dados sociodemográficos referentes a sexo, faixa etária, escolaridade e estado civil em João Pessoa, Paraíba (n=14)

Variável		n	%	p-valor
Sexo	Masculino	1	7,2	0,001*
	Feminino	13	92,8	
Faixa etária	50 - 59 anos	3	21,5	0,002*
	60 - 69 anos	6	42,8	
	70 - 79 anos	3	21,5	
	+ 80 anos	2	14,3	
	Não sabe ler nem escrever	1	7,2	
Escolaridade	4 a 8 anos	5	35,7	0,202
	Mais de 08 anos	8	57,1	
Estado Civil	Solteiro	3	21,4	0,518
	Casado	6	42,8	
	Divorciado	2	14,3	
	Viúvo	3	21,5	

(n): frequência; % (percentual).

*Estatisticamente significativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A longevidade feminina, a reduzida escolaridade e a pauperização dos mais velhos são características extremamente significativas da transição demográfica no Brasil. É oportuno destacar a fragilidade das mulheres idosas, marcada pelas desigualdades de gênero que perpassam a estrutura social brasileira, colocando a feminização da velhice como um elemento emergencial na construção de políticas públicas, e por fim, reconhecendo a influência das relações familiares sobre a qualidade dos anos acrescidos (KÜCHEMANN, 2012).

Em relação aos dados referentes às condições clínicas, observou-se que os processos degenerativos da coluna vertebral e as doenças cardiovasculares como as mais referidas entre os participantes. Dos idosos participantes, a Hipertensão Arterial Sistêmica (64,4%), as doenças degenerativas na coluna vertebral (60%) e as doenças reumáticas (44,3%) foram as mais referidas.

É oportuno ressaltar que tais patologias estão relacionadas com a dor crônica, e consequentemente, com a associação entre esse achado clínico e perdas funcionais, sintomas depressivos e alterações do sono que se alternam como um ciclo que se perpetua (FREITAS *et al.*, 2014). É possível concluir que o idoso com dor crônica possa se tornar progressivamente deprimido a partir das alterações funcionais e das limitações motoras decorrentes da própria dor.

Entre os participantes, destaca-se que 85,7% (n=12) não preservam hábitos etilistas e todos não praticam o tabagismo, sendo compatível com estudos recentes que comprovam a mudança de hábitos convencionalmente aceitáveis quanto aos uso de drogas lícitas, assim como a adesão desse corte geracional às campanhas de saúde contrárias ao uso de álcool e de tabaco (KÜCHEMANN, 2012).

Os dados do presente estudo corroboram com os resultados apresentados pela pesquisa de Wuber *et al.* (2014), ao apontar que revelam que 64,3% (n=9) já sofreram algum episódio de queda nos últimos 2 anos. De acordo com os estudos de Wuber e colaboradores (2014), mais de um terço do estrato da população idosa nacional é susceptível aos eventos de quedas, muitas vezes, inclusive de forma recorrente, com graves consequências. Por isso, existe as quedas promovem não só prejuízos físicos e psicológicos, como também, de danos socioeconômicos que afetam as pessoas idosas e seus familiares, movimentando diferentes profissionais da saúde que lidam, cotidianamente, com este evento negativo associado ao envelhecimento.

A saúde cognitiva dos participantes do estudo é ilustrada pela Tabela 2, que descreve os escores finais do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). A partir da análise das respostas dadas a Escala de Depressão Geriátrica, versão com

15 questões (EDG-15), verificou-se que 71,4% (n=10) dos idosos participantes apresentaram sintomas sugestivos de depressão.

Tabela 2 – Avaliação cognitiva e emocional dos participantes através dos escores finais da Escala de Depressão Geriátrica e do Mini-Exame do Estado Mental (n=14)

Avaliação Cognitiva e Emocional	Classificação funcional	n	%	p-valor
Escala de Depressão Geriátrica	Com sintomas depressivos	10	71,4	0,057
	Sem sintomas depressivos	4	28,6	
Mini Exame do Estado Mental	Cognição preservada (>25 pontos)	7	50	0,001*
	Perda cognitiva leve (>21<24 pontos)	5	35,7	
	Perda cognitiva moderada (>10<20 pontos)	2	14,2	

(n): frequência; % (percentual).

*Estatisticamente significativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Esse achado é considerado elevado para pesquisas populacionais de base nacional e internacional sobre a depressão de início tardio, que envolveram o uso da EDG-15, corroborando com os dados trazidos pelo Caderno Brasileiro de Atenção Básica, também confirma a frequência encontrada, ao trazer que a prevalência da depressão em idosos brasileiros que vivem em comunidade varia de 4,7 a 36,6%, aumentando de acordo com as condições ambientais, presença de deficiência física, hospitalizações e institucionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Através das questões presentes na EDG-15, é possível aferir os sintomas depressivos de ordem psíquica, comportamental e somática, tais como tristeza, solidão, indisposição para atividades cotidianas, irritação e pessimismo para o futuro, fadiga, déficit de memória e alterações de humor, entre outros. Dentre os sintomas depressivos relatados pelos participantes do estudo, destacam-se “medo do futuro” (n=7), retraimento social (n=5), insatisfação (n=9) e desinteresse pelas atividades cotidianas (n=5)”.

Em relação às Atividades Cognitivas avaliadas pelo MEEM, referiram dificuldades em responder perguntas relacionadas ao cálculo matemático (n=6) e a coordenação visual e espacial (n=8). Percebe-se que as referidas atividades são complexas e requerem a manutenção e integração dos sistemas sensório-motores bem como aos determinantes psicossociais, sendo importantes fluxos de socialização. Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, com idosos que apresentavam sintomas depressivos, o déficit cognitivo foi identificado em 39,6% dos idosos e a presença de depressão foi observada em 17,7%, com maior pontuação na escala

para o sexo feminino, o que fortalece a associação entre o sexo, à perda cognitiva moderada e os sintomas depressivos (SOUSA *et al.*, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tem por objetivo apresentar as condições cognitivas e emocionais de pessoas idosas assistidas pelo projeto de extensão “Autonomia em Meio Aquático para Idosos (AMAI)”, desenvolvido pelo curso de Fisioterapia das Faculdades Nova Esperança (FACENE). a presença dos sintomas depressivos está associada significativamente ao declínio progressivo das Atividades Instrumentais de Vida Diária, assim como, com a perda progressiva do desempenho cognitivo. Verificou-se também a forte associação entre a instalação insidiosa do déficit funcional e o avançar da idade.

O estudo mostrou-se limitado pelo delineamento transversal, que impossibilita definir a relação entre causa e efeito das variáveis dependentes. Sugere-se que novos delineamentos epidemiológicos sejam elaborados, sanando as limitações apresentadas, de modo a aprofundar a configuração das condições cognitivas e emocionais, bem como modo a caracterizar os impactos biopsicossociais sobre os idosos acometidos, instigando o desenvolvimento de práticas e ações direcionadas ao diagnóstico e tratamento precoce, preservando ao máximo a autonomia e a independência na velhice.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cognição; Condições emocionais;; Extensão Universitária.

REFERÊNCIAS

AMEIDA, O.P.; ALMEIDA, A.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 57, n. 2-B, p.421-426, 1999.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 52, p.1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, nº 19.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Gerência de estudos e análises da dinâmica demográfica - **2000 a 2012: projeção da população do Brasil e das unidades da federação, por sexo e idade para o período 2000-2030.** Rio de Janeiro: IBGE;

2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm

FRANK, M.H.; RODRIGUES, N.L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. IN: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.C.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 376-87.

FREITAS, R.S.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S.; REIS, W.M.R.; ROCHA JUNIOR, S.V.; BRITO, T.A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 6, p. 933-39, 2014.

JACQUES, S.M.C. **Bioestatística**: princípios e aplicações. São Paulo: Editora Artmed, 2003.

KÜCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc Estado**. v. 27, n. 1, p. 165-80, 2012.

MORAES, E.N.; MARINO, M.C.A; SANTOS, R.R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**. v. 20, p. 54-66, 2013.

NICOLOSI, G.T. **Depressão no envelhecimento**: especificidades em sua etiologia e sintomatologia. São Paulo: Oboré, 2010, p. 68-71.

Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. **Classificação dos Transtornos mentais e do Comportamento. Classificação Internacional das Doenças**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. **Depression and Other Common Mental Disorders**: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.

SANTOS, C.A.V.; SANTOS, J.L.F. O desempenho de papéis ocupacionais de idosos sem e com sintomas depressivos em acompanhamento geriátrico. **Rev. Bras. Geriat. Gerontol.** v.18, n. 2, p. 273-283, 2015.

VERAS, R.P; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, H.A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.