



CARACTERIZAÇÃO DO STATUS FUNCIONAL, COGNITIVO E DAS MANIFESTAÇÕES DEPRESSIVAS EM IDOSOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE SERVIÇO DE REFERÊNCIA



Ivan Maziviero de Oliveira e Maria Elena Guariento

meguar@fcm.unicamp.br, imo@fcm.unicamp.br

Agência Financiadora UNICAMP/SAE

Faculdade de Ciências Médicas, CP 6111

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, CEP 13083-970, Campinas, SP, Brasil.

Palavras chaves: Idosos - Avaliação Cognitiva - Avaliação Funcional - Sintomas Depressivos

1 - INTRODUÇÃO

Inúmeros pesquisadores, órgãos públicos e governos apontam o envelhecimento da população mundial, bem como as mudanças, no âmbito de saúde pública e de organização social, relacionadas a esse fenômeno demográfico.

O novo panorama social que vem se instalando indica transformações bastante significativas, principalmente na esfera da atenção à saúde. A população idosa é a que mais necessita de cuidados de saúde, pois apresenta mais fatores de risco que populações de outras faixas etárias. Assim, é importante traçar o perfil do paciente idoso, para poder elaborar e implementar estratégias eficientes, tanto em nível da terapêutica como da prevenção de agravos, de forma a diminuir ou controlar o risco de dependência por distúrbio funcional, cognitivo, ou relacionado a transtornos depressivos.

2 - OBJETIVOS

- Caracterizar o perfil do idoso (60 anos) usuário do Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP) em relação às variáveis: capacidade funcional, função cognitiva e sintomas depressivos;
- Correlacionar cada uma dessas variáveis com gênero;
- Correlacionar cada uma dessas variáveis com faixa etária;
- Correlacionar cada uma dessas variáveis com comorbidades diagnosticadas;
- Correlacionar cada uma dessas variáveis com número de medicamentos utilizados.

3 - SUJEITOS E MÉTODOS

Fizeram parte do presente estudo os idosos (60 anos), de ambos os sexos, usuários do Ambulatório de Geriatria do HC-UNICAMP. Assim, foram coletados os dados de prontuários de pacientes matriculados nesse serviço no período de janeiro de 2005 até janeiro de 2007. Não foram considerados, nesse estudo, os prontuários com dados incompletos quanto a qualquer uma das variáveis consideradas.

Desta forma, foram verificados 189 prontuários no Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas da UNICAMP (SAM-HC), destes, foram incluídos na pesquisa 98 prontuários e excluídos 91.

Foi utilizado um questionário que continha os seguintes dados: sexo, faixa etária (60 a 79 anos, 80 anos), escolaridade, índice de massa corpórea (IMC), comorbidades diagnosticadas e registradas durante a última consulta do paciente, medicamentos efetivamente em uso, registrados durante a última consulta do paciente. Também se utilizou a Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) adaptado de KATZ (1970), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) adaptado de LAWTON (1969), Escala de Depressão Geriátrica (GDS) adaptada de YESAVAGE (1982-1983), Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) adaptado de FOLSTEIN (1975). As comorbidades foram registradas numericamente: 0, 1 a 3, 4 e classificadas segundo o CID-10. O número de medicamentos utilizado foi registrado da seguinte forma: 0, 1 a 3, 4. Os dados referentes à AVD foram pontuados de 0 a 6 e de 0 a 7 para a AIVD, considerando-se cada atividade que o indivíduo realiza de forma independente. Para a escala GDS, a pontuação de corte foi 6 (< 6 e ≥ 6). Para o MEEM, a pontuação de corte foi 23 (maior que 23, ≤ 23) para alfabetizados ou que não apresentam a escolaridade e 19 para analfabetos (maior que 19, ≤ 19). Para a escolaridade, foi considerado o número de anos de educação formal: 0 a 4, 5 a 11, 12 anos.

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente com nível de significância de 5%, ou seja, p<0,05.

4 - RESULTADOS

Ocorreu uma perda de 25% dos prontuários por falta de dados essenciais para essa pesquisa (sem pelo menos uma das avaliações: MEEM, GDS, AVD e AIVD) e dos prontuários incluídos, 46% preencheram completamente o instrumento.

- Com relação ao perfil dos usuários do ambulatório obteve-se o seguinte:
 - Idade média de 79 anos (mediana = 80 anos);
 - Predominância do sexo feminino (65,3%);
 - Escolaridade média de 2 anos e mediana de 1 ano, sendo que 88% da amostra encontrava-se na faixa de escolaridade de 0 a 4 anos (38 prontuários foram incluídos sem dados sobre escolaridade);
 - Aproximadamente 52% da amostra encontrava-se com

sobrepeso (IMC entre 26 e 30) ou obesos (IMC > 30). (mediana = 25,2; 6 prontuários foram incluídos sem que constassem os dados antropométricos);

- 44% da amostra apresentava um escore ≥ 6 no GDS ou EGD-15;
- 33% apresentavam pelo menos uma função comprometida em AVD e 52% apresentavam pelo menos uma função comprometida em AIVD;
- 59% apresentavam algum grau de déficit cognitivo (6 prontuários foram incluídos sem dados do MEEM);
- 94% apresentavam no mínimo 4 comorbidades, com uma mediana = 6;
- 85% faziam uso de, no mínimo, 4 fármacos, com uma mediana = 6;

Tabela 1: Análise descritiva das variáveis numéricas

Variável	N	Média	DP	Min.	Q1	Mediana	Q3	Máx.
Idade	98	79,61	7,35	62,00	74,00	80,00	84,00	94,00
Peso	96	63,20	13,58	34,60	53,45	61,75	71,75	105,00
Altura	92	1,56	0,09	1,36	1,50	1,54	1,61	1,79
IMC	92	26,21	5,73	15,38	22,06	25,27	29,66	48,51
Escolaridade	60	2,28	2,98	0,00	0,00	1,00	4,00	12,00
GDS	82	5,26	3,46	0,00	2,00	4,50	8,00	14,00
AVD	98	0,59	1,16	0,00	0,00	0,00	1,00	6,00
AIVD	98	2,23	2,60	0,00	0,00	1,00	4,00	7,00
MEEM	92	20,75	5,18	5,00	17,00	21,50	25,00	29,00
Comorbidades	98	6,53	2,26	1,00	5,00	6,00	8,00	12,00
fármacos	98	5,70	2,38	0,00	4,00	6,00	7,00	12,00

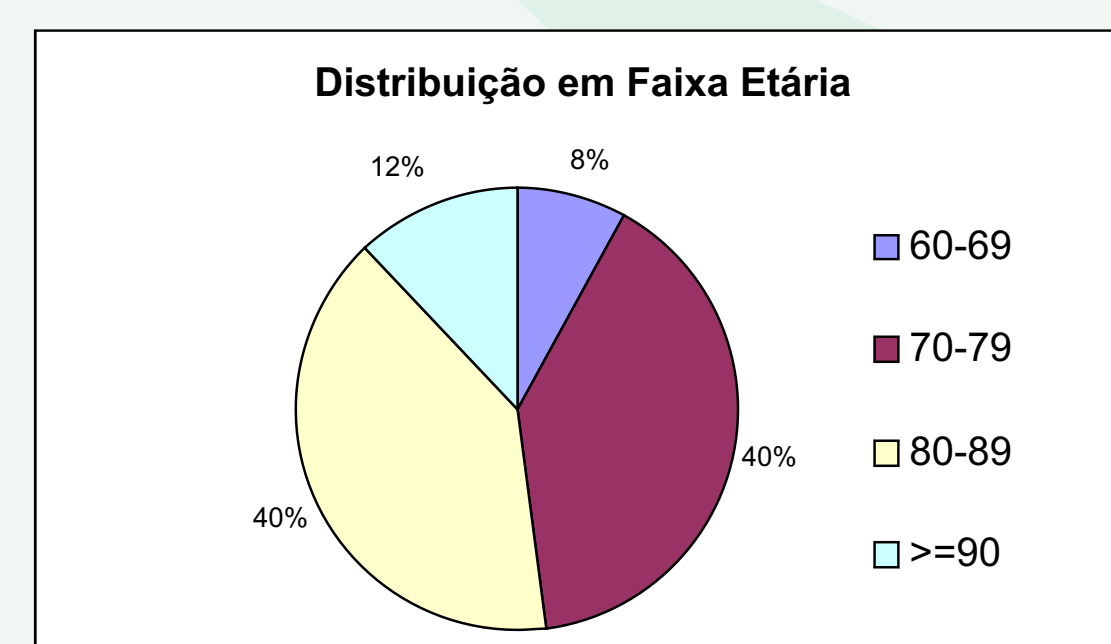


Gráfico 1

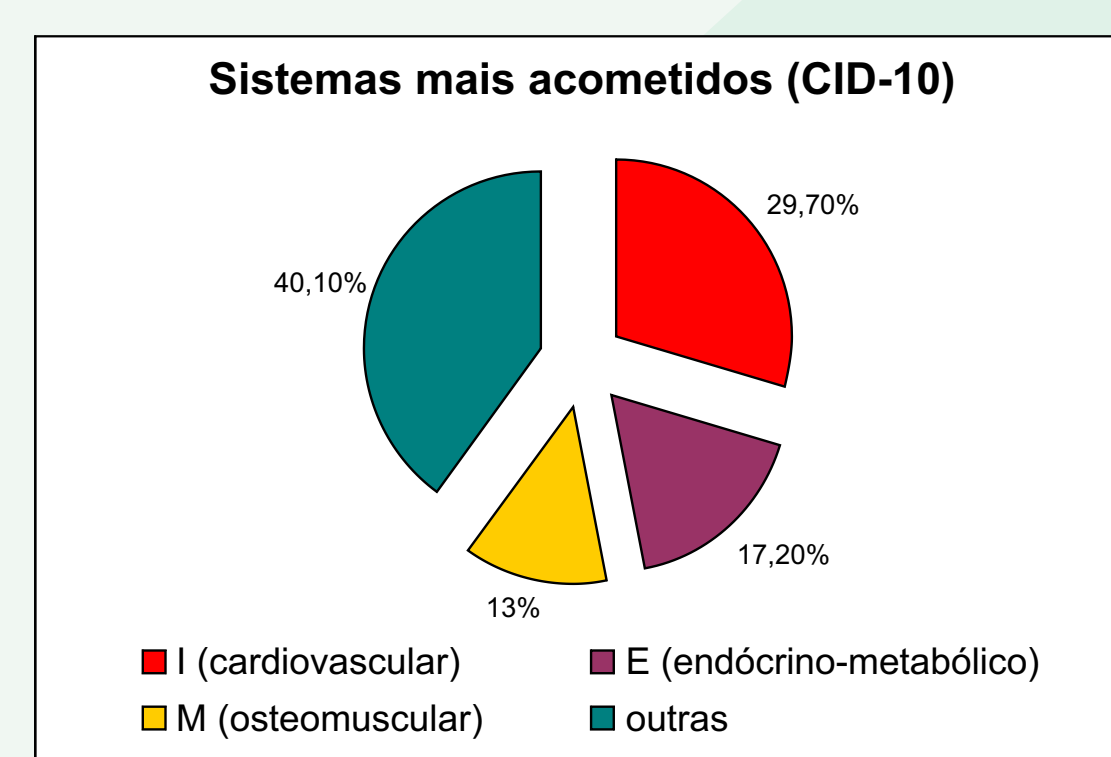


Gráfico 2

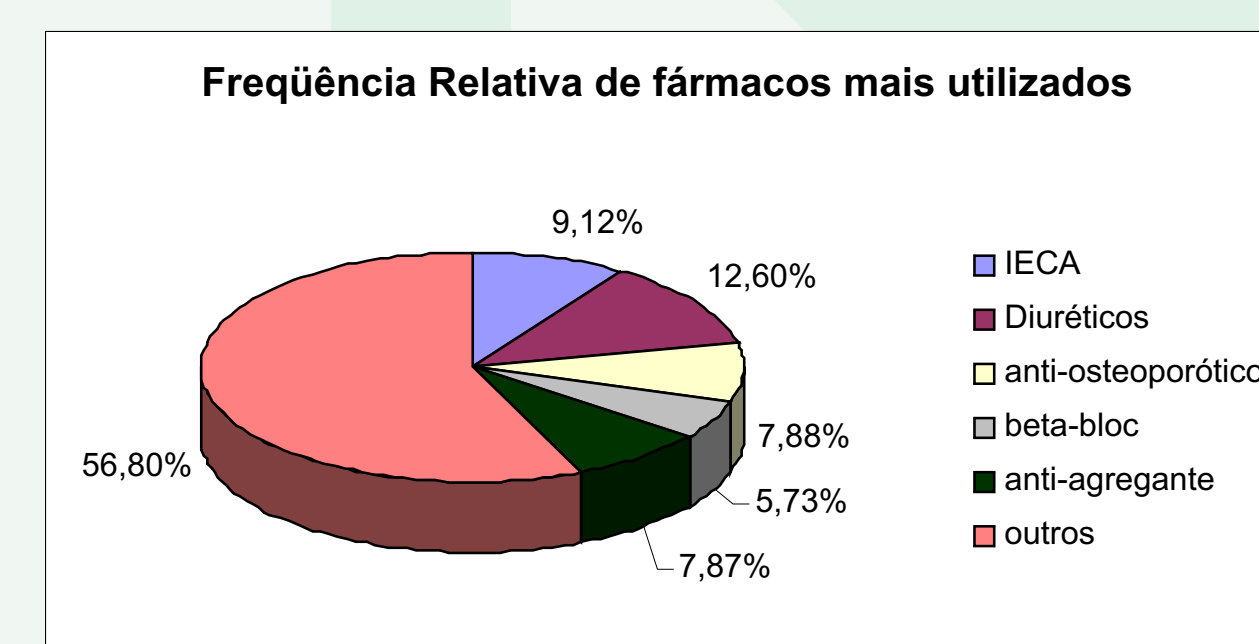
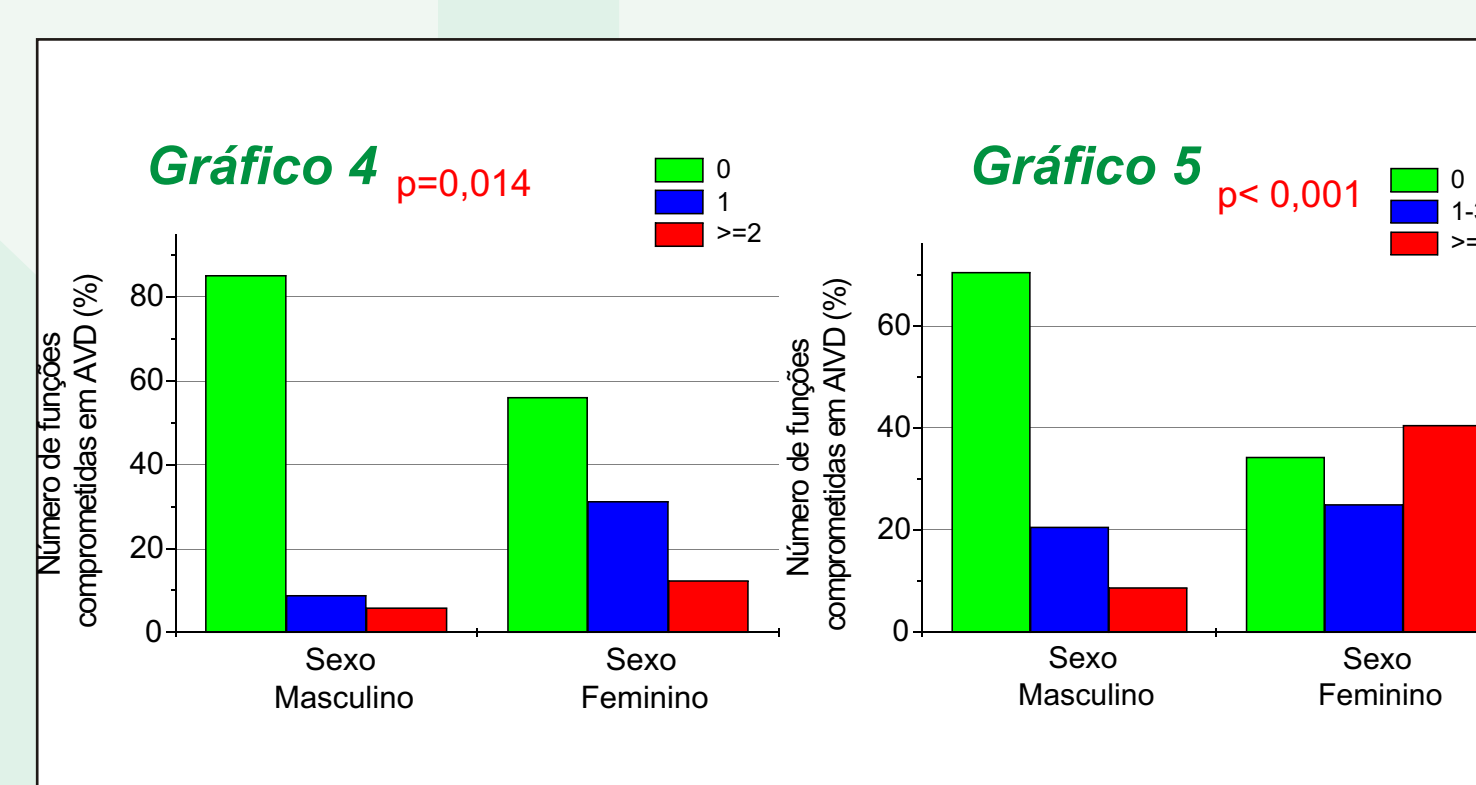


Gráfico 3



- Peso (p< 0,001), altura (p= 0,048), IMC (p= 0,046) foram maiores na faixa etária de 60-79 anos.
- O consumo de medicamentos foi maior na faixa etária de 60-79 anos. (p=0,026)
- Maiores de 80 anos tiveram mais funções comprometidas em AIVD. (p=0,014)
- Verificou-se diferença significativa entre o número de comorbidades para as seguintes variáveis:
 - Escore do MEEM (mediana= 18) (menor naqueles idosos com < 6 comorbidades); (p=0,018)
 - Número de medicamentos (maior naqueles idosos com ≥ 6 comorbidades). (p=0,006)
 - Verificou-se diferença significativa entre o número de medicamentos para as seguintes variáveis:
 - Idade e altura (maiores naqueles idosos com < 6 medicamentos) (respectivamente p=0,040 e p=0,036).
 - IMC e número de comorbidades (maiores naqueles idosos com ≥ 6 medicamentos) (respectivamente p=0,046 e p=0,018).
 - Quanto mais idoso, menor foi a pontuação no MEEM (p=0,010).
 - O consumo de medicamentos cresceu numa proporção linear ao número de comorbidades (p=0,001).
 - Quanto mais fármacos foram utilizados regularmente, maior foi o número de funções comprometidas em AIVD (p=0,015).
- Caracterização do perfil dessa amostra de idosos, distribuídos em quatro conglomerados:
 - Conglomerado 1: predominantemente formado por idosos com maior frequência de déficit cognitivo, com menor idade, maior número de funções comprometidas em AVD e AIVD, e número intermediário de comorbidades e medicamentos;
 - Conglomerado 2: predominantemente formado por idosos com menor frequência de déficit cognitivo, com menor idade e número de funções comprometidas em AVD e AIVD, e maior número de comorbidades e medicamentos;
 - Conglomerado 3: predominantemente formado por idosos com maior frequência de déficit cognitivo, com maior idade, número intermediário de funções comprometidas em AVD (média= 1,38 DP ± 1,12), maior número de funções comprometidas em AIVD, número intermediário de comorbidades (média= 7,15 DP ± 2,82) e maior número de medicamentos;
 - Conglomerado 4: predominantemente formado por idosos com maior frequência de déficit cognitivo, com menor idade, menor número de funções comprometidas em AVD e AIVD, menor número de comorbidades e medicamentos.

5 - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A perda de 25% de prontuários devido à falta de dados chaves para a pesquisa coloca-nos a refletir sobre o trabalho de FINKEL (2003), no qual, os resultados apontam que a maioria dos pacientes idosos que procuram pelo serviço de atendimento básico não passam por exames que avaliam, inclusive o status cognitivo, como o MEEM.

No presente estudo, detectamos que 44% dessa amostra tinha um escore maior ou igual a 6, no GDS, sugerindo quadro depressivo. No entanto, segundo PARADELA et al. (2005), a GDS pode ser utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial brasileira, levando-se em conta um ponto de corte entre 5 e 6 por ser o mais adequada. Além disso, não houve nenhuma relação significativa entre GDS e as demais variáveis (p> 0,05), entretanto no estudo de DUARTE e REGO (2007) observou-se associação entre depressão em pacientes idosos com mais de 3 doenças crônicas (IC 95%: 1,28-3,20).

A grande porcentagem de indivíduos com escore do MEEM igual ou abaixo de 19 (analfabetos ou menos de um ano de escolaridade) ou 23 (mais de um ano escolar) (59%) demonstra um possível comprometimento cognitivo desses idosos, o que demanda uma avaliação neuropsicológica mais aprofundada. Não há outras associações com valores de "p" significativos relacionados ao MEEM, o que não se ajusta com o que já se verificou em outros estudos que apontam diferença significativa entre pontuação do MEEM e escolaridade (DINIZ et al., 2007 e MACHADO et al., 2007), nos quais, os indivíduos com menor tempo de educação formal apresentavam maior déficit cognitivo. Entretanto nesses estudos não foram adotadas notas de corte diferentes para analfabetos e alfabetizados. Isto tem grande importância em termos da análise dos dados, pois a escolaridade é o fator de maior importância na determinação

dos escores finais (diferentes pontos de corte) e o instrumento não se presta ao diagnóstico, mas se constitui em um meio de rastreamento de possíveis indivíduos com déficit cognitivo (BRUCKI et al., 2003 e BERTOLUCCI et al., 1994).

Os achados de 33% de indivíduos com pelo menos uma função comprometida em AVD e 52% em AIVD, leva a propor diferentes condutas para garantir ao idoso melhor qualidade de vida. O comprometimento funcional não só leva ao isolamento social e maior dependência de cuidadores, como pode cursar com estados mórbidos de grande agravo como depressão e riscos de queda e fraturas, acarretando a imobilidade, a qual se segue, comumente, de aumento do risco de escaras e do desenvolvimento de infecção pulmonar que pode se constituir em um evento fatal, principalmente em idosos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica.

Com relação à medicação, também se observou associação com a idade, visto que os dados obtidos demonstraram que os idosos acima de 80 anos consomem menos remédios que os demais. Tal resultado vai contra o senso comum, pois espera-se um consumo maior já que quanto mais idoso, mais comorbidades. ROZENFELD et al. (2008) em uma grande pesquisa na cidade do Rio de Janeiro, também evidenciaram um maior consumo de medicamentos entre os idosos e aumento do consumo conforme o aumento de comorbidades, tanto para homens, quanto mulheres.

TADDEI et al. (1997) realizaram uma pesquisa multicêntrica para avaliação das doenças cardiovasculares em idosos. Foram encontrados resultados semelhantes aos do presente estudo, no qual os medicamentos mais utilizados em ordem decrescente foram: diuréticos (42%), IECA (34%), antagonistas de canais de cálcio (33%), anti-plaquetários (32%) e betabloqueadores (11%). Nesta pesquisa, a diferença está no uso de drogas com ação anti-osteoporótica, que está em terceiro lugar, entre os fármacos mais consumidos.

Por fim, vale ressaltar o alto risco de polifarmácia (ingestão regular de cinco ou mais medicamentos), a que os idosos estão sujeitos, sendo que esta população é muito mais susceptível aos efeitos adversos dos medicamentos, pois a farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos tende a alterar-se com o evoluir da idade (NÓBREGA e KARNIKOWSKI, 2005). Além disso, a polifarmácia não só está relacionada com o controle dos efeitos colaterais de medicamentos anteriormente usados como, também está relacionada com a prescrição inadequada e excessiva dos medicamentos (MEDEIROS-SOUZA, 2007), o que correspondeu a 10% de todas as prescrições feitas para pacientes idosos, segundo a pesquisa de ROZENFELD et al. (2008).

6 - BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, O.P. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. Arq. Neuropsiquiatr., 56(3-8): 605-612, 1998.
- ARCIONI, L.L. e STEIN, L.M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cad. Saúde Pública, 21(1): 64-72, 2005.
- BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. Arq. Neuropsiquiatr., 61(3-8): 777-781, 2003.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMARGO, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuropsiquiatr., 52(1): 1-7, 1994.
- CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3): 725-733, 2003.
- DINIZ, B.S.O.; VOLPE, F.M. e TAVARES, A.R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini Exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. Rev. Psiquiatr. Clin., 34(1): 13-17, 2007.
- DUARTE, M.B. e REGO, M.A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad. Saúde Pública, 23(3): 691-700, 2007.
- FINKEL, S.I. Cognitive screening in the primary care setting: the role of physicians at the first point of entry. Geriatrics, 58(6): 43-44, 2003.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E. e MCHUGH, P.R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychol Res, 12: 129-138, 1975.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosos/perfilidosos2000.pdf>. Acesso em: 17 abril 2007.
- KATZ, S.; DOWNES, T.D.; CASH, H.R. Progress in development of the index of the ADL. The Gerontologist, 10: 20-30, 1970.
- LAWTON, M.P. e BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9: 179-186, 1969.
- LINHARES, C.R.C.; COELHO, V.L.D.; GUIMARÃES, R.M.; CAMPOS, A.P.M.; CARVALHO, N.T. Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. Psic. Refl. e Crit., 16(2): 319-326, 2003.
- MACHADO, J.C.; RIBEIRO, R.C.L.; LEAL, P.F.G.; COTTA, R.M.M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Vigosa-MG. Rev. Bras. Epidemiol., 10(4): 592-605, 2007.
- MEDEIROS-SOUZA, P.; SANTOS-NETO, L.L.; KUSANO, L.T.E.; PEREIRA, M.G. Diagnóstico e controle da polifarmácia. Rev. Saúde Pública, 41(6): 1049-53, 2007.
- NÓBREGA, O.T. e KARNIKOWSKI, M.G.O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Ciênc. & Saúde Col., 10(2): 339-345, 2006.
- ONU-UNFPA. Idosos são 10% da população mundial. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=4726. Acesso em: 17 abril 2007.
- PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. Saúde Pública, 39(6): 918-923, 2005.
- ROZENFELD, S.; FONSECA, M.J.M. e ACURIO, F.A. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. Rev. Panam. Salud. Pública, 23(1): 34-43, 2008.
- SOUZA, R.L.; MEDEIROS, J.G.M.; MOURA, A.C.L.; SOUZA, C.L.M.; MOREIRA, I.F. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. J. Bras. Psiquiatr., 56(2): 102-107, 2007.
- TADDEI, C.F.G.; RAMOS, L.R.; MORAES, J.C.; WAJNGARTEN, M.; LIBBERMAN, A.; SANTOS, S.C. et al. Estudo multicêntrico de idosos atendidos em ambulatórios de cardiologia e geriatria em instituições brasileiras. Arq. Bras. Cardiol., 69(5): 327-333, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. (Título original: Active ageing: a policy framework)
- YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res., 17(1): 37-49, 1982-1983.

