

Juliana Graciela Trevisan Pelarigo¹
 Renata Bilion Ruiz Prado²
 Susilene Maria Tonelli Nardi³
 Cristina Maria da Paz Quaggio⁴
 Luciano Humberto Soares Camargo⁵
 Lucia Helena Soares
 Camargo Marciano⁶

DECLÍNIO COGNITIVO, INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS COM HANSENÍASE

Cognitive impairment, functional independence and depressive symptoms in elderly people with prior history of leprosy

RESUMO

Os problemas decorrentes da hanseníase podem causar transtornos psiquiátricos e comprometer o desempenho do indivíduo na execução das atividades cotidianas, especialmente no idoso. O objetivo deste estudo foi verificar as associações entre funcionabilidade, sintomas depressivos e aspectos cognitivos em idosos com história pregressa de hanseníase. Trata-se de estudo descritivo transversal. Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: Anamnese, Grau de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde (GI-OMS), Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer, Escala de Depressão Geriátrica-15, Mini-Exame do Estado Mental e o Índice de Barthel. Quanto aos resultados, foram avaliados 90 idosos que tiveram a doença e a maioria pertencia ao gênero masculino (75,6%) e com baixa escolaridade (42,2%); eram casados/união consensual (58,9%) e apresentaram GI-OMS 1 ou 2 (83,3%). A idade variou entre 60 e 92 anos e a média foi 68,9 (DP7,3). Quanto aos problemas de saúde, houve um predomínio das doenças cardíacas (42,2%). A maioria deles apresentou independência funcional na execução das atividades de vida diária-AVDs (80%) e nas atividades instrumentais de vida diárias-AIVDs (83,3%); 30% apresentou

Pelarigo JGT, Prado RBR, Nardi SMT, Quaggio CMP, Camargo LHS, Marciano LHSC. Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase. *Hansen Int.* 2014; 39 (1): p. 30-39.

sintomas depressivos e 52,2%, declínio cognitivo. Houve associação significativa entre sintomas depressivos e AVDs ($p=0,048$), sintomas depressivos e AIVDs ($p=0,0111$). Conclui-se que a maior parte dos idosos apresentou deficiências físicas, declínio cognitivo, e essas condições não interferiram significativamente na manifestação de sintomas depressivos e na independência funcional. A maioria dos idosos que apresentou independência funcional tinha menor chance de desenvolver sintomas depressivos, embora uma parcela significativa desta casuística demonstrou sintomas depressivos.

Artigo recebido em 28/1/2015

Artigo aprovado em 29/5/2015

- 1 Terapeuta Ocupacional - Responsável Técnica Setor de Reabilitação Profissional - INSS- GEX/Marília-SP .
- 2 Mestre em Psicologia, Pesquisador Científico - Divisão de Pesquisa e Ensino - Instituto Lauro de Souza Lima/Bauru.
- 3 Doutora em Ciências da Saúde - Epidemiologia, Pesquisador Científico - Centro de Laboratório Regional - Instituto Adolfo Lutz- São José do Rio Preto-SP.
- 4 Mestre em Terapia Ocupacional, Terapeuta Ocupacional - Divisão de Reabilitação - Instituto Lauro de Souza Lima/Bauru.
- 5 Médico Geriatra - Inova Centro Médico/Bauru .
- 6 Doutora em Saúde Coletiva, Divisão de Pesquisa e Ensino - Instituto Lauro de Souza Lima/Bauru - (Pesquisador Científico).

Palavras-chave: Idoso; Hanseníase; Depressão; Cognição

ABSTRACT

The problems caused by leprosy can cause psychiatric disorders and compromise the individual's performance in execution of daily activities, especially in the aged. The aim of this study was to investigate possible associations between functionality, depressive symptoms and cognitive in aged with history of leprosy. This is a cross-sectional descriptive study. They were applied the following assessment instruments: Anamnesis, "World Health Organization leprosy disability grading system" (WHO-DG), Pfeffer's Functional Activities Questionnaire, 15-item Geriatric Depression Scale, Mini-Mental State Examination and the Barthel Index. They were evaluated 90 aged who had the disease and the most of the patients were male (75.6%) and had low education (42.2%); married or live with partner (58.9%) and classified as WHO-DG 1 or 2 (83.3%). The ages ranged from 60 to 92 years, with a mean age of 68.9 (SD: 7.3). About the health problems, there was a predominance of heart disease (42.2%). The most of them had functional independence in the performance of activities of daily living (ADL) (80%) and in instrumental activities of daily living I(ADL) (83.3%); 30% had depressive symptoms and 52,2% cognitive decline. There was a significant association between depressive symptoms and ADL ($p=0.48$), depressive symptoms and IADL ($p=0.111$). It follows that the most aged patients had physical disabilities, cognitive decline, and these conditions did not influence significantly in the manifestation of depressive symptoms and functional independence. The most of seniors patients showed functional independence had lower chance of developing depressive symptoms, although a significant portion of this subjects, showed depressive symptoms.

Keywords: Aged; Leprosy; Depression; Cognition

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença altamente incapacitante e é considerada um problema de saúde pública no Brasil. As deficiências físicas e psicossociais no paciente, decorrentes da doença, comprometem a sua adaptação à vida social, causando estigma e isolamento. As pessoas que apresentam reações, neurites, e consequentemente alterações sensitivas e motoras, possuem maior risco de desenvolver deficiências físicas¹. Essas deficiências advindas das lesões neurais podem

ocasionar complicações nos olhos, mãos e/ou pés. As deficiências funcionais limitam a vida dos pacientes e a capacidade de estabelecer relações no campo social e ocupacional². Na maioria das vezes, esses problemas são agravados em pacientes idosos, quando os mesmos não foram submetidos a um programa de prevenção de incapacidades e autocuidados.

O aumento da proporção de idosos na população brasileira é um fenômeno mundial que vem adquirindo características singulares no Brasil, haja vista a rapidez com que vem se instalando³. Anualmente, 650 mil novos idosos são inseridos na população brasileira. A maior parte deles apresenta doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. As projeções indicam que no ano de 2020 haverá no Brasil mais de 30 milhões de idosos⁴.

O primeiro impacto do envelhecimento para o indivíduo é a perda de seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções. Na maioria dos casos, o idoso passa a ser cuidado por familiares, geralmente em casa, os quais passam a se esforçar para proporcionar uma vida com qualidade, o que nem sempre é possível por falta de condições físicas ou financeiras^{5,6}.

Os idosos que vivenciaram a história da hanseníase e foram institucionalizados na condição de moradores, envelheceram nos antigos asilos-colônias. Com o término da internação compulsória, os asilados tinham a opção de deixar o hospital ou continuar o tratamento ambulatorial em centro de saúde. Embora muitos asilados tenham optado por permanecer nos antigos asilos-colônias, outros retornaram ao convívio social por motivos diversos². Os idosos que preferiram o convívio social foram inseridos em programas de reabilitação em decorrência das deficiências físicas instaladas e para melhorar as habilidades remanescentes.

A deficiência física em decorrência da hanseníase aumenta o risco de transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o transtorno mais comum nessa patologia².

Na população geral de idosos, a depressão é uma das doenças mais frequentes e há indícios de que essa frequência seja proporcional à severidade da doença de base e à idade do paciente⁶. A depressão é a alteração emocional mais frequente em pessoas que sofrem de doença crônica, uma vez que esta compromete a funcionalidade do indivíduo, bem como sua adaptação à vida social⁷. O Brasil apresenta a maior incidência de casos depressivos entre os países de baixa e média renda⁸. Segundo Glogoski&Foti (2004), na população geral de idosos, as dificuldades na realização das atividades de vida diária (AVDs) podem ser decorrentes da depressão⁹.

A prevalência de depressão é significativamente mais elevada entre pessoas com maior número de doenças crônicas, por isso há a necessidade de atenção especial por parte dos profissionais de saúde¹⁰. Shenet al (2011) verificaram que a principal causa de morte entre os pacientes com hanseníase na China, entre janeiro de 2000 à dezembro de 2005, foi o suicídio¹¹. As pesquisas relacionadas aos sintomas depressivos na hanseníase foram desenvolvidas tanto em idosos institucionalizados quanto em moradores da área urbana e demonstraram resultados diferentes quanto ao predomínio desses sintomas^{12,13,14}.

O envelhecimento também provoca mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios, tais como pensar, falar, perceber, sentir, lembrar, raciocinar, entre outros. Esses prejuízos não necessariamente afetam a rotina de vida dos idosos, mas o declínio cognitivo, quando associado à depressão, interfere sobremaneira na qualidade de vida do idoso¹⁵⁻¹⁶. Na hanseníase, a literatura é escassa quanto às pesquisas relacionadas aos aspectos cognitivos. Alguns autores desenvolveram pesquisas com idosos institucionalizados. Por exemplo, em Taiwan, verificaram alta prevalência de demência¹². No Brasil, uma grande parte de idosos moradores em um antigo leprosário tem prejuízo cognitivo¹⁷.

Diante dessas considerações, ampliar o entendimento sobre a depressão, os aspectos cognitivos e a capacidade funcional em idosos, torna-se necessário para compreender como essas pessoas vivem com o aumento da expectativa de vida. No Brasil, estudo realizado com mulheres demonstrou que o nível de educação e baixo rendimento familiar foram fortemente associados com o aumento da prevalência de incapacidade funcional¹⁸. Além disso, o desempenho nas atividades de vida diária, como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, locomover-se, ter continência e usar o banheiro, é um parâmetro de investigação amplamente aceito, reconhecido e validado.

Na hanseníase, pressupõe-se que o surgimento de sintomas depressivos, o nível de desempenho cognitivo e de independência em AVDs possam também interferir na vida dos idosos, especialmente entre aqueles que possuem deficiências físicas.

OBJETIVOS

Analisar as associações entre funcionabilidade, sintomas depressivos e comprometimento cognitivo em idosos com história pregressa de hanseníase.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado estudo transversal com 90 pacientes com idade igual ou acima de 60 anos, que tinham ou não concluído o tratamento poliquimioterápico, independente do sexo e da forma clínica da doença e que estavam em tratamento na Divisão de Dermatologia e de Reabilitação do Instituto Lauro de Souza Lima em Bauru.

Para a coleta dos dados, foram utilizados seis instrumentos de avaliação.

- O Roteiro de Anamnese elaborado pelos autores, o qual contemplou dados sociodemográficos, história clínica, condição física e funcional.

- O Grau de Incapacidades da OMS, que gradua as deficiências físicas em olhos, mãos e pés em Grau 0 (sem deficiências), Grau 1 (diminuição ou perda sensitiva) e Grau 2 (presença de deficiências físicas visíveis)¹⁹.

- O Índice de Barthel, pelo qual se analisa quantitativamente o grau de independência do idoso nas AVDs²⁰. Esse questionário contempla 10 funções: controle intestinal, controle vesical, higiene pessoal, uso de assento sanitário, alimentação, transferências, mobilidade, vestir-se, subir e descer degraus e banho, em que a pontuação varia entre a máxima dependência (0 pontos) e a máxima independência (100 pontos). Quanto à classificação prognóstica, foram utilizados os critérios sugeridos por Canedaet al (2006): dependência severa (0 a 45 pontos); dependência moderada (50 a 70 pontos); dependência leve (75 a 95 pontos) e independência funcional (100 pontos)²¹.

- O Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer que avalia, por sua vez, a performance dos idosos em suas AIVDs, funções cognitivas e sociais, como fazer compras, preparar alimentação, manter-se atualizado, prestar atenção em programas de rádio, TV e comentar a respeito. Este instrumento é composto por 10 perguntas, sendo que o escore mínimo é 0 e o máximo é 30. A pontuação de cada questão varia de 0 a 3. Quanto mais pontos, maior é a dependência do paciente²². O ponto de corte é 6 e qualquer pessoa com um escore de 6 ou mais, apresenta dificuldade de viver de modo independente²³.

- A Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em sua versão reduzida (EDG-15) é um indicador específico de depressão para idosos. O teste, composto por 15 perguntas negativas/afirmativas, foi administrado por meio de entrevista individual. O idoso era orientado a responder baseado em sua vivência nas duas semanas anteriores à entrevista. Para cada resposta depressiva, um ponto foi contabilizado. Os pontos foram somados utilizando um escore que vai de 0 a

15. Indivíduos com pontuação de 0 a 4 pontos foram considerados normais; de 5 a 9 pontos foram considerados com depressão leve; e os com 10 a 15 pontos foram considerados com depressão severa²⁴.

• O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um teste de avaliação cognitiva que permite avaliar diferentes aspectos cognitivos da função mental, excluindo o humor e a abstração. Esse instrumento é composto por várias questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, sendo elas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. O ponto de corte para analfabetos é 20; para escolaridade de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28 e com escolaridade superior a 11 anos, 29. Considera-se declínio cognitivo a pontuação abaixo da estabelecida pelo ponto de corte²⁵.

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica e Comitê de Ética (Proc nº 163/08) do Instituto Lauro de Souza Lima. Todos os pacientes entrevistados manifestaram previamente seu consentimento em colaborar com a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os idosos em tratamento na Instituição foram convidados pessoalmente a participar dessa pesquisa, sob os seguintes critérios de inclusão: a) idade igual ou superior a 60 anos; b) aceitar voluntariamente a participação; c) idosos que manifestaram previamente seu consentimento em colaborar com a pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa idosos que não foram acometidos pela hanseníase e os que apresentavam dificuldade

cognitiva ou de linguagem para responder aos instrumentos de avaliação.

Os instrumentos de avaliação foram aplicados individualmente em uma das salas de atendimento do Setor de Terapia Ocupacional, com duração aproximada de 60 minutos. Os objetivos desta pesquisa foram esclarecidos pelo pesquisador e os participantes assinaram o TCLE.

Foi utilizada análise estatística descritiva, com distribuição de frequência para a descrição das variáveis sociodemográficas. Para verificar associação entre as variáveis contidas nos protocolos Índice de Barthel, Grau de Incapacidades – OMS, PFEFFER, EDG-15 e MEEM, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson ou de Fisher, conforme apropriado. Foram considerados resultados significantes valor- $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A idade dos pacientes variou entre 60 e 92 anos, sendo a média de 68,91 (DP7,3). Algumas características dos idosos estudados estão dispostas na Tabela 1.

Considerando a distribuição da frequência do grupo estudado, houve predomínio de casados/união consensual, do sexo masculino, baixa escolaridade e que apresentavam deficiência física visível em olhos, mãos e/ou pés (GI-OMS 2). Os problemas de saúde mais frequentes relatados pelos entrevistados foram: doenças cardíacas (42,2%), seguidas das osteomusculares (13,3%) e das metabólicas (12,2%). Na Tabela 1, a frequência das doenças ultrapassou o total (N) estudado, haja vista que alguns pacientes apresentavam doenças associadas.

Tabela 1 Distribuição das características sociais e clínicas das pessoas avaliadas.

Características sociais e clínicas		N	%
Gênero	Masculino	68	75,6
	Feminino	22	24,4
Escolaridade (anos)	Analfabetos	29	32,2
	1 a 4 anos	38	42,2
	5 a 8 anos	19	21,1
	9 a 11 anos	4	4,5
	> 11 anos	0	0
Estado marital	Casado/União consensual	53	58,9
	Separado	4	4,5
	Viúvo	14	15,5
	Solteiro	19	21,1

Vínculo Familiar	Sim	75	83,3
	Não	15	16,7
Atividade Social*	Sim	68	75,5
	Não	22	24,5
Doenças	Cardíacas	38	42,2
	Metabólicas	11	12,2
	Pulmonares	3	3,3
	Osteomusculares	12	13,3
	Neurológicas	7	7,7
	Psiquiátricas	6	6,6
	Infecciosas	3	3,3
	Neoplásicas	1	1,1
	Gástrico Intestinais	4	4,4
	Outras	7	7,8
	Nenhuma	26	28,9
Grau Incapacidade	Grau 0	15	16,7
	Grau 1	27	30,0
	Grau 2	48	53,3

* frequentar igreja, grupo de idosos, reuniões familiares, outros.

Em relação ao Índice de Barthel, 72 (80%) pacientes apresentaram independência funcional nas AVDs; 12 (13,3%), dependência funcional leve e 6 (6,7%), de moderada à severa.

Quanto ao EDG-15, foi observado que 63 (70%) não apresentaram sintomas indicativos de depressão, 22 (24,4%) apresentaram sintomas leves e 5 (5,6%), severos.

Na avaliação de Pfeffer, 75 (83,3%) apresentaram independência na execução das AIVDs e 15 (16,7%) necessitam de ajuda para executá-las.

Os resultados do MEEM demonstraram que 47 (52,2%) apresentaram declínio cognitivo.

Não houve significância estatística na associação entre baixa escolaridade (< 4 anos) e declínio cognitivo ($p=0,471$).

Os resultados do Índice de Barthel, PFEFFER, EDG-15 e MEEM são apresentados nas Tabelas 2 e 3.

Na Tabela 2, a associação significativa ocorreu entre sintomas depressivos (EDG-15) e AVDs (Barthel) (valor- $p=0,048$); sintomas depressivos (EDG-15) e AIVDs (Pfeffer-I) (valor- $p=0,0111$), indicando que quanto maior a independência nas AVDs e AIVDs, menor o chance do paciente apresentar sintomas depressivos.

Tabela 2 Distribuição dos resultados da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage e associação com os escores obtidos no Mini-Exame do Estado Mental, Índice de Barthel, Grau de Incapacidades da OMS e do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		EDG-15				Valor de p
		Sem depressão n=63	Indicativo de de- pressão n= 27			
			N	%		
MEEM	Normal	28	44,4	15	55,6	0,4612
	Declínio Cognitivo	35	55,6	12	44,4	
BARTHEL (AVDs)	Independência funcional	54	85,7	18	66,7	0,048*
	Dependência funcional***	9	14,3	9	33,3	
Grau de Incapacidades OMS (GI-OMS)	Sem deficiências (Grau 0)	11	17,5	4	14,8	1,000
	Com deficiências (Grau 1 e 2)	52	82,5	23	85,2	
PFEFFER-I (AIVDs)	Independência nas AIVDs	57	90,5	18	66,7	0,0111*
	Necessita de ajuda na AIVDs	6	9,5	9	33,3	

* valor estatístico significativo $p \leq 0,05$

Tabela 3 Distribuição de frequência do escore do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (AIVDs) e associação com os escores obtidos no Mini-Exame do Estado Mental (cognição), Índice de Barthel (AVDs) e Deficiências Físicas (Grau de Incapacidades da OMS).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		PFEFFER-I				valor de p
		Independência nas AIVDs n=75		Necessita de ajuda na AIVDs n= 15		
		N	%	n	%	
MEEM (Cognição)	Normal	37	49,3	6	40	0,705
	Declínio Cognitivo	38	50,7	9	60	
BARTHEL (AVDs)	Independência funcional	63	84	9	60	0,044*
	Dependência funcional	12	16	6	40	
Grau de Incapacidades OMS	0	12	16	3	20	0,709
	1 ou 2	63	84	12	80	

* valor estatístico significativo $p \leq 0,05$

Na Tabela 3, houve associação significativa entre AIVDs (Pfeffer-I) e AVDs (Barthel) (valor-p=0,044), indicando que os idosos independentes nas AVDs tendem a ser independentes nas AIVDs.

A presença de deficiências físicas foi observada na maioria dos idosos (83,3%), mas essa situação não interferiu significativamente na execução das AVDs (valor de p=0,726), das AIVDs (valor de p=0,709), na manifestação de sintomas depressivos (valor de p=1,000) e no declínio cognitivo (valor p=1,000).

Do total de pacientes avaliados, 43 (47,8%) dos pacientes não apresentaram declínio cognitivo, porém destes, 10 (23,2%) apresentaram algum tipo de dependência funcional nas AVDs e seis entrevistados apresentaram dependência nas AIVDs.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo corroboraram com a literatura em relação ao predomínio do gênero masculino²⁶⁻²⁷, presença de deficiências físicas²⁸, baixa escolaridade²⁹⁻³⁰ e casados³¹. Neste estudo, um número significativo de idosos não relataram doenças associadas à hanseníase. Entre os que a apresentaram, identificou-se que as doenças mais predominantes foram as cardíacas, osteomusculares e metabólicas, observadas também na população geral de idosos¹⁹.

Ainda neste estudo, a presença de algum grau de dependência para realizar AVDs (Barthel) foi observada apenas na minoria dos pacientes (20%), condição essa também observada em outros estudos com idosos não institucionalizados, com pontuação superior variando de 30,5% a 59,4%³²⁻³³⁻³⁴⁻³⁵.

A maioria dos idosos (80%) apresentou independência funcional (Barthel) nas AVDs. Este resultado pode estar relacionado ao fato de que uma grande parte da população de idosos com hanseníase vive em suas próprias residências e realizam as atividades do cotidiano (vestir-se, alimentar-se, limpar a casa, entre outras), independente da utilização de adaptações ou órteses. Os idosos demonstraram maior autonomia diante das necessidades pessoais e domésticas, mesmo que a maioria deles resida com os familiares. Contrariando os nossos resultados, Reis, Reis, Torres (2015) desenvolveram estudo com idosos residentes do município de Jequié/BA e verificaram que a maioria deles era dependente, com elevado grau de comprometimento da capacidade funcional quanto às AVDs (78%) e AIVDs (99,3%)³⁶. O mesmo ocorreu em outras pesquisas, cujos autores identificaram predomínio de dependência quanto às AVDs³⁷⁻³⁸. Os diferentes resultados por meio do uso

do Barthel em comparação ao presente estudo podem estar relacionados às características específicas da população entrevistada. Idosos participantes de outro estudo, não apresentavam deficiências físicas³⁶ e, em outras pesquisas, os idosos tinham outros tipos de deficiências físicas³⁷⁻³⁸.

Este estudo revelou que quanto maior a independência nas AVDs e AIVDs, menores são as chances de apresentarem sintomas depressivos. Em contrapartida, Freitas (2013) verificou que indivíduos com depressão leve a moderada ou grave apresentam maior frequência de idosos dependentes³⁵. A presente pesquisa, comparada a de Freitas (2013), apresenta resultados diferentes, mas é possível inferir que os idosos capazes de realizar as AVDs de maneira autônoma são menos suscetíveis a desenvolver sintomas depressivos em comparação aos idosos com dependência funcional. Isso porque o idoso pode desenvolver sentimento de frustração devido às perdas funcionais e psicossociais em decorrência da hanseníase e do envelhecimento. Na literatura, a incapacidade funcional pode ser apontada tanto como fator de risco³⁹ quanto fator resultante dele⁴⁰. Segundo Sousa-Muñoz et al. (2013), a incapacidade funcional associada à deficiência física, em decorrência da doença, pode ser um importante fator de risco para a depressão⁴¹. Alguns sintomas identificados em indivíduos adultos e idosos, tais como dificuldades no trabalho e fadiga, estão relacionados diretamente com as limitações físicas em decorrência da doença¹⁴.

Em relação às AIVDs, estudo realizado em idosos de uma comunidade de Montes Claros (MG), observou-se alta prevalência de sintomas depressivos e com dependência funcional para AIVD, sendo estatisticamente significativa a associação desses sintomas com a dependência funcional para AIVDs⁴². Comparado ao estudo de Hoffmann et al (2010), a presente pesquisa apresenta resultados diferentes, mas é possível inferir que os idosos capazes de realizar as AVDs de maneira independente são menos propensos a desenvolver sintomas depressivos em comparação aos idosos com dependência funcional.

Mais da metade dos idosos avaliados neste estudo apresentou declínio cognitivo. Na literatura, o MEEM mostrou ser um instrumento eficaz para medir a capacidade e o estado mental dos idosos⁴³. Na hanseníase, embora não se encontrem estudos utilizando o MEEM em idosos não institucionalizados, Savassi (2014) encontrou alto percentual de declínio cognitivo em idosos institucionalizados (60%)¹⁷. O predomínio do declínio cognitivo foi constatado também na população em geral de idosos residentes na comunidade^{31,32}. Isso porque o declínio cognitivo

pode estar relacionado à idade avançada, prejuízos na saúde e número de medicamentos em uso, independente do acometimento de doenças.

Há evidências atuais de que a associação entre idosos independentes (Pfeffer) e sem declínio cognitivo (MEEM) é significativa⁴⁴. No estudo em questão, os autores não verificaram essa associação. Uma das hipóteses quanto à independência funcional pode estar relacionada ao ambiente não institucionalizado, população constituída por idosos mais jovens (68 anos) e/ou pelo fato desses idosos adaptarem as suas AIVDs às necessidades individuais. O fato dos idosos apresentarem declínio cognitivo pode estar associado à baixa escolaridade, condições neurológicas e clínicas, desconhecidas na pesquisa em questão.

Na referida pesquisa, a presença de declínio cognitivo não se associou à baixa escolaridade. Não é possível afirmar que idosos com baixa escolaridade possam ser mais vulneráveis ao declínio cognitivo, mesmo constatando que a maioria dos idosos avaliados (74,4%) é analfabeta ou com baixa escolaridade. Contrariando os resultados obtidos, existem na literatura pesquisas que estudam os efeitos da escolaridade no MEEM e, de um modo geral, concluem que a educação interfere de forma significativa em seus resultados^{24,31,36}.

No presente estudo, foram identificados sintomas depressivos em 30% dos idosos entrevistados. Apesar de preocupantes, esses achados são menores que os encontrados por outros estudiosos no assunto^{14,45,35}. Singh (2012) descreveu o comprometimento dos aspectos emocionais que desencadeiam problemas conjugais, sociais e de perspectiva profissional: divórcio, isolamento social e desemprego⁴⁵.

Em relação aos idosos institucionalizados, em decorrência da hanseníase, outros autores verificaram que a prevalência de depressão e de demência é alta em Taiwan⁹. Nishida, Nakamura e Aosaki (2006), ao investigarem as características dos pacientes deprimidos que vivem em um leprosário japonês, constataram que 12,5% dos pacientes estavam deprimidos ou tinham experimentado um episódio depressivo. Embora o percentual de pacientes depressivos não seja elevado, 41 pacientes haviam cometido suicídio, considerando o período desde 1907, quando da fundação do leprosário¹³. Singh (2012) supõe que a possibilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos esteja relacionada com o fato dos idosos estarem institucionalizados⁴⁵.

Entretanto, estudos revelam que o predomínio de sintomas depressivos não ocorre apenas em idosos institucionalizados, mas em idosos que moram em suas comunidades também^{35,45}. Já na pesquisa ora

realizada, verificou-se a ocorrência de sintomas depressivos num percentil menor, assim como Hoffman (2010) também o constatou⁴². Desse modo, há a preocupação com a prevenção da depressão e outras doenças psiquiátricas, evitando o aumento no índice de casos novos, investindo no tratamento em equipe interdisciplinar para minimizar o sofrimento.

A hanseníase, por ser uma doença altamente incapacitante, leva-nos a pensar que a presença de deficiências físicas (GI-OMS 1 ou 2) pode ser um fator de risco para o indivíduo desenvolver sintomas depressivos. Só que essa condição não foi um fator de risco para a manifestação de sintomas depressivos no presente estudo. Isso porque a presença dessas deficiências físicas pode alterar o padrão de apreensão, mas não impede, na maioria das vezes, a execução das atividades cotidianas, sendo confirmado esse achado por Corrêa et al. (2014)¹⁴. Considerando a maioria dos pacientes com deficiências físicas (GI 1 ou 2), constatado neste estudo, o fato de o indivíduo apresentar independência funcional nas AVDs e AIVDs, pode ter sido um dos fatores responsáveis pela associação significativa entre o Índice de Barthel e Pfeffer, revelando maior funcionalidade nas AVDs e AIVDs.

CONCLUSÕES

Concluimos que a maior parte dos idosos apresentou deficiências físicas e declínio cognitivo, e essas condições não interferiram significativamente na manifestação de sintomas depressivos e na independência funcional. A maioria dos idosos que apresentou independência funcional tinha menor chance de desenvolver sintomas depressivos, embora uma parcela significativa da população total tenha demonstrado esses sintomas.

Embora o declínio cognitivo constatado neste estudo possa ser uma característica da população idosa em geral, recomenda-se uma atenção maior da equipe de profissionais na avaliação e reabilitação cognitiva, visando melhorar as condições de vida do paciente.

Os autores ainda sugerem que os pacientes com sintomatologia depressiva sejam encaminhados para avaliação clínica, e, diante da confirmação do diagnóstico de depressão, possam ser encaminhados ao tratamento médico e psicológico.

REFERÊNCIAS

- 1 Croft RP, Nicholls PG, Steyerberg EW, Richardus JH, Cairns W, Smith S. A clinical prediction rule for nerve-

- function impairment in leprosy patients. *Lancet*. 2000; 355(9215):1603-6.
- 2 Senturk V, Sagduyu A. Psychiatric disorders and disability among leprosy patients; a review. *TurkPsikiyatri-Derg*2004;15(3):236-43.
 - 3 Moura LF, Camargos AT. Atividades educativas como meio de socialização de idosos institucionalizados. In: Anais do 8º Congresso de Extensão da UFMG; 2005 Out. 03-08; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: [editor desconhecido]; 2005.
 - 4 Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
 - 5 Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo M Netto, editor. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 394-402.
 - 6 Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado AX, Gorzoni ML, Rocha SM, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 768-77.
 - 7 Castro SMS, Watanabe HAW. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *Hist-cienciaude-Manguinhos*. 2009;16(2):449-87.
 - 8 Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, de Girolamo G, Graaf R, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9:90.
 - 9 Glogoski C, Foti D. Necessidades especiais do idoso. In: Pedretti LW, Early MB, editores. *Terapia Ocupacional: capacidades funcionais para disfunções físicas*. São Paulo: Roca; 2004. p. 1044-67.
 - 10 Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(4):617-23.
 - 11 Shen J, Liu M, Zhou M, Li W. Causes of death among active leprosy patients in China. *Int J Dermatol*. 2011;50(1):57-60.
 - 12 Su TW, Wu LL, Lin CP. The prevalence of dementia and depression in Taiwanese institutionalized leprosy patients, and the effectiveness evaluation of reminiscence therapy – a longitudinal, single-blind, randomized control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(2):187-96.
 - 13 Nishida M, Nakamura Y, Aosaki N. Prevalence and characteristics of depression in a Japanese leprosarium from the viewpoints of social stigmas and ageing: a preliminary report. *Lepr Rev*. 2006;77(3):203-9.
 - 14 Corrêa BJ, Marciano LHSC, Nardi ST, Marques T, Assis TF, Prado RBR. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. *Acta Fisiatr*. 2014;21(1):1-5.
 - 15 Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Sci Med*. 2007;17(1):3-8.
 - 16 Guarido EL, Abreu MLCG, Coelho MVAS, Piccolotto MCS, Sinopoli AR. Desempenho cognitivo no idoso: desenvolvimento de uma proposta de intervenção. *Rev Ciênc Méd*. 2003;12(4):287-97.
 - 17 Savassi LCM, Bogutchi TRS, Lima ACL, Modena CM. Quality of life of leprosy sequelae patients living in a former leprosarium under home care: univariate analysis. *Qual Life Res*. 2014 May;23(4):1345-51.
 - 18 Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):383-91.
 - 19 Ministério da Saúde (BR). DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado em 2009 Ago 21]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
 - 20 Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *MdState Méd J*. 1965 Feb;14:61-5.
 - 21 Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(3-A):690-7.
 - 22 Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(6):497-501.
 - 23 Baptista DBDA. Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
 - 24 Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2-B):421-6.
 - 25 Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:777-81.
 - 26 Morais JAC, Ferrer A. Situação da endemia hanseniana após a implantação do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento no Estado da Paraíba. *Hansen Int*. 1983;8(2):124-32.
 - 27 Lombardi CA. A hanseníase no Estado de São Paulo: diagnóstico e proposta preliminar para o controle. *Hansen Int*. 1987;12(2):47-50.
 - 28 Silva AC, Ferreira RC, Ferreira MA, Ribeiro MT. Association between the degree of physical impairment from leprosy and dependence in activities of daily living among the

- elderly in a health unit in the State of Minas Gerais. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2014 Mar-Apr;47(2):212-7.
- 29 Lima MAR, Prata MO, Moreira D. Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. *Com Ciências Saúde*. 2008 Abr-Jun;19(2):163-70.
- 30 Barbosa DRM, Araújo AA, Damaceno JCF, Almeida MG, Santos AG. Perfil epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. *Rev Rede de Cuidados em Saúde*. 2014;8(1):1-13.
- 31 Souza IA, Ayres JA, Meneguim S, Spagnolo RS. Autocuidado na percepção de pessoas com hanseníase sob a ótica da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2014;18(3):510-4.
- 32 Santos KA. Fatores associados com a capacidade funcional em idosos do município de Guatambu, SC [dissertação]. São Leopoldo: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2006.
- 33 Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região Sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(2):87-94.
- 34 Coelho JM Filho, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999;33(5):445-53.
- 35 Freitas EAF. Fatores associados à independência funcional de idosos no município de Cajazeiras – Paraíba [Tese]. Salvador:Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós Graduação em Medicina e Saúde; 2013.
- 36 Reis LA, Reis LA, Torres GV. Impacto das variáveis socio-demográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *CiencCuidSaude*. 2015;14(1):847-54
- 37 Cruz DMC, Emmel MLG. Associação entre papéis ocupacionais, independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo em sujeitos com deficiência física. *RevLatino-AmEnfermagem*. 2013; 21(2):[8 telas].
- 38 Reis LA, Torres GV, Xavier TT, Silva RAR, Costa IKF, Mendes FRP. Percepção do suporte familiar em idosos de baixa renda e fatores associados. *TextoContextoEnferm*. Florianópolis. 2011;20(Esp):52-8.
- 39 Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: asystematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160:1147-56.
- 40 Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J GeriatrPsychiatryNeurol*. 2008;21(3):183-97.
- 41 Sousa-Munoz RL, Fernandes ED Junior, Nascimento DB, Garcia BB, Moreira IF. Associação entre sintomatologia depressiva e óbito hospitalar em idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2013;62(3):177-82.
- 42 Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima, EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7.
- 43 Boaz C, Silva LM, Argimon I. Instrumentos de investigação cognitiva em idosos na avaliação de demências. *Psicologia.pt*. [Internet]. 2008[citado em 2008 Set. 26]; Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0447
- 44 Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev SaúdePública*. 2004;38(5):687-94.
- 45 Singh GP. Psychosocial aspects of Hansen's disease (leprosy). *Indian Dermatol Online J*. 2012;3(3):166-70.