

QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: A REPERCUSSÃO DE UM TRABALHO DE GRUPO NA SAÚDE BIOPSIKOSSOCIAL

Ana Maria Souza Moreira

Departamento de Psicologia - UFRN

Daniele Caroline Leôncio Ferreira

Departamento de Psicologia - UFRN

Elaine Caroline de Macedo

Departamento de Psicologia - UFRN

Eulália Maria Chaves Maia

Departamento de Psicologia - UFRN

Júlia Carmo Bezerra

Departamento de Psicologia - UFRN

Katie Moraes de Almondes

Departamento de Psicologia - UFRN

Luciana da Silva Revorêdo

Departamento de Psicologia - UFRN

Neuciane Gomes da Silva

Departamento de Psicologia - UFRN

Rafaella Lopes de Araújo

Departamento de Psicologia - UFRN

RESUMO

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento de sua população. O processo de envelhecimento acarreta mudanças físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Entre as mudanças físicas está a alteração do padrão do ciclo sono-

vigília em quantidade e qualidade, que afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade. Entre as mudanças psicológicas mais freqüentes que acometem os idosos está a Depressão que está relacionada às mudanças sociais que acometem os idosos como a aposentadoria, as perdas diversas, diminuição dos contatos sociais, entre outros aspectos. Em face dessas mudanças biopsicossociais, o processo de envelhecimento se torna uma etapa estressora e ansiogênica do desenvolvimento. Trabalhos com grupos surgem como uma ferramenta importante para promover a qualidade de vida em idosos com repercussões biopsicossociais. Dessa forma é que se justifica a proposta desta pesquisa. Avaliar os efeitos de intervenções grupais para idosos, em variáveis como a qualidade de sono, a depressão, a ansiedade, o estresse e a qualidade de vida, antes e após intervenção.

PALAVRA-CHAVE

Idosos; qualidade de vida; intervenção cognitivo-comportamental; sono.

INTRODUÇÃO

O Brasil está passando por um processo de envelhecimento de sua população. Há um crescimento significativo da população idosa brasileira de 4% em 1940 para 9,6% em 2004, com perspectivas de chegar a 15% em 2020 (Instituto Brasileiro de geografia e Estatística - IBGE).

O processo de envelhecimento acarreta mudanças físicas, psicológicas e sociais no indivíduo (Zimerman, 2000).

Entre as mudanças físicas está a alteração do padrão do ciclo sono-vigília em quantidade e qualidade, que afetam mais da metade dos adultos acima de 65 anos de idade que vive em casa e 70% dos institucionalizados (Geib et al, 2003). Estudos mostram que indivíduos idosos se queixam de hipersonia ou insônia de início ou de manutenção, as quais freqüentemente são secundárias a outras doenças, relatam maior latência do sono, redução da duração total do sono e mais despertares noturnos. Essas queixas estão relacionadas a mudanças fisiológicas específicas do processo de envelhecimento ou de doenças que podem causar distúrbios secundários de sono, ou a questões ambientais (Floyd, 2002; Ancholi-Israel et al, 1997; Tankova & Buela-Casal, 1996). Os principais efeitos decorrentes são diminuições no nível de vigilância, efeitos negativos sobre o desempenho em tarefas que requerem atenção e concentração e efeitos psicológicos tais como irritabilidade, tensão, depressão, ansiedade e confusão (Gaspar et al, 1998; Beneto, 2000).

Ressalta-se que muitos idosos não relatam suas queixas relacionadas ao sono (Ring, 2001) por não concebê-las como disfunções, mas como eventos normais do processo de senescência. Isso contribui para o subdiagnóstico e o aumento excessivo no consumo de drogas hipnóticas (modalidade usual de tratamento), nem sempre prescritas (Bliwise, 1991). Essa modalidade de tratamento apresenta efeitos colaterais e desvantagens, tais como: desenvolvimento de tolerância (Lader, 1991), “efeito rebote” do distúrbio de sono (Kales et al, 1983), prejuízo, devido aos efeitos tóxicos da droga, na memória, retardo psicomotor e prejuízos cognitivos (Roehrs et al, 1994; Grad, 1995). Com isso, a modalidade de tratamento que está sendo mais considerada é a intervenção comportamental cognitiva (Pallesen et al, 2003). Porém a falta de conhecimento sobre esses tratamentos e o acesso limitado a outras formas de ajuda profissional são citados por médicos como a principal razão de prescrição de remédios. Pesquisas demonstram que esse tipo de intervenção tem um efeito mais lento, contudo mais duradouro que a terapia farmacológica (Montgomery & Dennis, 2004).

Entre as mudanças psicológicas mais frequentes que acometem os idosos está a Depressão. Segundo Zimerman (2000), a depressão em idosos está relacionada às mudanças sociais que acometem os idosos como a aposentadoria, as perdas diversas (perda de parentes e amigos, perda da independência e da autonomia), diminuição dos contatos sociais, entre outros aspectos. Dados epidemiológicos mostram uma prevalência de 2% a 5% de idosos, com mais de 65 anos, sofrendo de Depressão. Em face dessas mudanças biopsicossociais, o processo de envelhecimento se torna uma etapa estressora e ansiogênica do desenvolvimento. O idoso tem que se adaptar a novos papéis, novas configurações, tem que efetivar uma mudança no estilo de vida, aprender novos conteúdos e compensar suas perdas (Araújo, 2006).

Uma resposta de estresse é um desequilíbrio entre os recursos de uma pessoa e as sobrecargas de demandas do ambiente. Ocorre quando um determinado estímulo é processado pelo sistema nervoso central como um estímulo ameaçador e, principalmente, quando o organismo desconhece a causa. O estresse gera uma cadeia de reações psicofisiológicas, cujo papel é adaptar o organismo a uma condição ambiental que geralmente é interpretada como condição de sobrevivência (Sarda Jr et al, 2004).

A ansiedade é um sinal de alerta determinado pela presença de um conflito interno, servindo para avisar sobre um perigo iminente, possibilitando que a pessoa tome medidas para lidar com a ameaça. Ansiedade é um estado emocional de grande valor adaptativo, que é um estado emocional qualificado subjetivamente como desagradável e resultante de sentimentos de apreensão, incerteza e medo, cuja expressão plena envolve alterações comportamentais, psicofisiológicas e cognitivas freqüentemente experimentadas na espécie humana (Nutt, 1990). Experimentamos ansiedade no dia-a-dia, pois a ansiedade é uma resposta normal, adaptativa e positiva, servindo como impulso que aumenta os nossos esforços e desempenho. Porém, quando essa sensação apresenta-se com intensidade e/ou duração excessivas, ou ainda quando

irracional e dissociada de situações normalmente ansiogênicas, a ansiedade passa a ter papel desajustador, enquadrando-se nos transtornos de ansiedade. A ansiedade é um componente do estresse (Kaplan & Sadock, 1993; Holmes, 1997).

Araújo (2006) realizou uma pesquisa para verificar a presença de estresse em idosos e constatou que os idosos apresentavam estresse com predominância de sintomatologia física, o que sugere que uma doença ou incapacidade física pode não só incomodar como causar estresse. Além disso, encontrou um maior percentual de pessoas com estresse na faixa dos 76-81 anos, indicando que com o aumento da idade o estresse vai acometendo mais idosos, em função da maior probabilidade de enfrentar eventos estressores específicos tais como: doenças crônicas e graves e perdas significativas.

Nesse sentido, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida. Qualidade de vida é compreendida através de quatro grandes dimensões, a saber: (1) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (2) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (3) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (4) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. (WHOOQL, 1998).

Segundo Harlow & Cantor (1996 apud Borges, 2006), quanto mais ativos e mais funções os idosos desempenharem, maior sua longevidade com repercussões no bem-estar biopsicossocial, promovendo melhor qualidade de vida. Trabalhos com grupos surgem como uma ferramenta importante para promover a qualidade de vida em idosos. Borges (2006) apresentou em sua pesquisa sobre grupos de terceira idade como suporte social e afetivo, dados corroborando essa teoria. Mostrou que os grupos promovem a estimulação cognitiva e pode evitar problemas psicológicos causados pelas perdas físicas e afetivas. Zimerman (2000) também acentua essa importância.

Em face do crescimento populacional exponencial de idosos e das alterações acarretadas pelo processo de envelhecimento, faz-se necessário refletir sobre práticas que favoreçam uma melhor qualidade de vida para esta população. Trabalho com grupos mostra-se como uma modalidade importante e eficiente no tratamento biopsicossocial dos idosos. Mas essas conclusões são baseadas em pesquisas limitadas. Além disso, a maioria dessas pesquisas tem como foco uma variável apenas: ou as esferas psicossociais ou esfera biológica (no caso de se trabalhar com sono). Não há um trabalho que se proponha a intervir na esfera biopsicossocial. O Trabalho em grupo é importante porque permite que os sujeitos sejam ativos em suas estratégias de enfrentamento, possibilitando uma maior compreensão de seu processo, resultando em

mudanças com repercussões positivas em sua qualidade de vida. Dessa forma que se justifica a proposta dessa pesquisa.

OBJETIVOS

Avaliar os efeitos de intervenções grupais para idosos, em variáveis como a qualidade de sono, a depressão, a ansiedade, o estresse e a qualidade de vida, antes e após intervenção.

METODOLOGIA

Os sujeitos da pesquisa são indivíduos acima de 65 anos, de ambos os sexos, com proposta inicial de 30 indivíduos. Os critérios de inclusão são idade igual ou superior a 65 anos e estar disposto a participar das atividades propostas na pesquisa como atestado no termo de consentimento; os critérios de exclusão são a desistência do voluntário em qualquer etapa das intervenções, recusa em participar voluntariamente, incapacidade de responder com coerência aos instrumentos propostos, impossibilidade de realização das atividades propostas no projeto por prejuízos físicos ou cognitivos e/ou não apresentar queixas de sono.

A pesquisa foi divulgada no SESC-Potilândia aos idosos freqüentadores das aulas de Hidroginástica, que foram convidados a participarem do estudo. Esclarecemos o objetivo e importância da pesquisa bem como sua metodologia, e agendamos as visitas para o início da pesquisa. Os encontros com os sujeitos da pesquisa estão acontecendo no SEPA (Serviço de Psicologia Aplicada da UFRN), onde estão se processando as várias etapas de entrevista e preenchimento de protocolos da pesquisa. Em seguida, os idosos serão divididos aleatoriamente nos grupos controle e experimental para as intervenções (onde no TCLE os idosos serão avisados da possibilidade de receber tratamento). No grupo controle haverá grupos de integração entre os idosos, com discussões terapêuticas e no grupo experimental sessões de intervenção cognitiva comportamental (especificado no projeto). Esta etapa será realizada pela Coordenadora da pesquisa e pelos pesquisadores treinados. O tamanho dos grupos, como preconizado por alguns pesquisadores (Espie, 2000; Morin, 2003, Pallensen, 2001.) é de no máximo 10 pessoas, estipulou-se 10 indivíduos para participar de cada grupo (20 no total).

Na coleta de dados, os participantes da pesquisa, após a concordância em participar da pesquisa e assinatura do TCLE, preenchem uma Ficha de Identificação e respondem a uma entrevista estruturada contendo dados sócio-demográficos, dados de saúde, medicação, identificação de queixas de sono (evolução e suas causas) e levantamento de queixas psicossociais. A entrevista deve avaliar o padrão de sono,

estilo de vida, o impacto da queixa na vida do idoso. Em seguida, respondem o Mini-exame do estado mental (Mini Mental State Exam – Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) para o diagnóstico de estados demenciais. Este instrumento apresenta 11 itens, com uma escala que varia de 0 a 30 pontos. Baixos escores significam prejuízo cognitivo.

Quanto ao sono, os participantes respondem:

- 1) O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) consiste de 10 questões relacionadas com hábitos normais de sono referentes ao mês anterior em que o indivíduo está. As respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado e se refere ao tempo levado para adormecer, horário de deitar e acordar, duração do sono, qualidade do sono, cochilos, problemas para adormecer, entre outros. Nesse instrumento, a escala varia de 0 a 20 pontos, e escores obtidos acima de 5 são considerados ruins e acima de 10 são diagnóstico de distúrbios de sono. A escala de Qualidade de Sono é composta por componentes que são: Qualidade Subjetiva do Sono, Latência do Sono, Duração do Sono, Eficiência do Sono, Distúrbios de Sono, Uso de medicação para distúrbio de sono e Disfunção do sono durante o dia. Esses sete componentes somados resultam no valor da Qualidade. (Buysse et al, 1989);
- 2) Diário de sono que consiste no registro dos horários de dormir, acordar, cochilos. Durante a intervenção permitirá avaliar de modo objetivo a resposta ao processo;
- 3) Escala de Insônia de Atenas (baseada no CID-10) que classifica as dificuldades de sono. É composta por oito tipos de dificuldades de sono com escala de avaliação cuja intensidade é indicada por uma pontuação que varia de 0 a 3. Um escore obtido de 6 ou mais no resultado final identifica insones. (Soldatos et al, 2000).

Em relação a Depressão e ao Estresse e Ansiedade: estamos aplicando o Inventário de Estado Traço de Ansiedade (IDATE) e o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) consta de 20 afirmações que requerem dos indivíduos a descrição de como geralmente se sentem, objetivando medir estado de ansiedade e traço de ansiedade. A escala de traço de ansiedade contém 20 afirmações que são usadas como um instrumento de pesquisa para selecionar indivíduos que variam quanto à tendência para reagir à pressão psicológica com diferentes graus de intensidade. A escala de estado de ansiedade contém, também, 20 afirmações que visam determinar níveis reais de intensidade de estado de ansiedade. O tempo de aplicação consiste de mais ou menos 10 minutos. O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) visa identificar de modo objetivo a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se este possui sintomas de estresse, o tipo de sintoma existente (se é somático ou psicológico) e a fase em que se encontra de estresse (fase do alerta – onde o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga; fase de resistência – o stress continua presente e o indivíduo tenta se adaptar; fase de exaustão – o estressor é contínuo e o indivíduo não possui estratégias para lidar

com ele, o organismo exaure sua reserva energética adaptativa e aparecem doenças mais sérias). É composto por três quadros que se referem às fases do stress. Inclui 37 itens de natureza somática e 19 de natureza psicológica.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB): é um questionário de auto-avaliação padronizado que permite acessar a gravidade do transtorno depressivo, incluindo atitude e sintomas depressivos (Beck et al., 1961). Esse instrumento apresenta 21 itens, cuja intensidade é indicada por uma pontuação que varia de 0 a 3. São utilizados os seguintes pontos de corte: < 10: sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18: depressão leve a moderada; de 19 a 29: depressão moderada; de 30 a 63: depressão grave. Neste estudo, estamos utilizando a versão validada no Brasil (Gorenstein e Andrade, 1996).

Por fim, aplicamos o questionário de qualidade de vida da OMS (WHOQOL Group, 1998) nas versões Abreviado e OLD.

CONCLUSÃO

O projeto ainda encontra-se na fase inicial de aplicação dos protocolos e por isso ainda não apresenta resultados, entretanto, buscamos encontrar como resultado dessa pesquisa melhoras qualitativas nas variáveis de intervenção que serão trabalhadas no grupo, sendo estas: ansiedade, depressão, estresse e, principalmente, sono, e dessa forma, comprovar a eficácia da intervenção cognitiva comportamental para a melhora na qualidade do sono dos sujeitos acima de 65 anos.

BIBLIOGRAFIA

1. ANCOLI-ISRAEL, S.; POCETA, J.S.; STEPNOWSKY, C.; MARTIN, J.; GEHRMAN, P. 1997. Identification and treatment of sleep problems in the elderly. *Sleep Med Rev.*,1(1), 3-17.
2. ARAÚJO, M.R. 2006. Velhice e Stress: desafios contemporâneos. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, M.C.B. (orgs). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas (vol I)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
3. BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. 1961 - An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
4. BENETO, A. 2000. Sleep disorders in the elderly. *Epidemiology.Rev Neurol*, 30(6),581-586.
5. BLIWISE, D. L. 1991. Treating insomnia: Pharmacological and nonpharmacological approaches. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23, 335-341.
6. BORGES, L.C. 2006. Os grupos de convivência na terceira idade: suporte social e afetivo. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, M.C.B. (orgs). *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas (vol I)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

7. BUYSSE, D.J.; REYNOLDS, C.F.; MONK, T.H.; BERMAN, S.R.; KUPFER, D.J. (1989) The Pittsburg sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 28: 193-213
8. FLOYD, J.A. 2002. Sleep and aging. *Nurs.Clin.North Am.* 37(4): 719-31.
9. FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
10. GASPAR, S.; MORENO, C.; MENNA-BARRETO, L. 1998. Os Plantões Médicos, o Sono e a Ritmicidade Biológica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44, 239-245.
11. GEIB, L.T.C.; CATALDO NETO, A.; WAINBERG, R.; NUNES, M.L. 2003. Sono e envelhecimento. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 25(3),453-65.
12. GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. 1996. Validation of a portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*, 29: 453-457.
13. GRAD, R. M. 1995. Benzodiazepines for insomnia in the community-dwelling elderly: A review of benefit and risk. *The Journal of Family Practice*, 41, 473–481.
14. HOLMES, D.S. 1997. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2005). Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios (PNAD). Obtido no <http://www.ibge.gov.br>.
16. KALES, A., SOLDATOS, C. R., BIXLER, E. O., KALES, J. D. 1983. Rebound insomnia and rebound anxiety: A review. *Pharmacology*, 26, 121–137.
17. KAPLAN, H.J.; SADOCK, B.J. 1993. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais – Psiquiatria Clínica* (p. 465-490). Porto Alegre: Artes Médicas.
18. LADER, M. 1991. History of benzodiazepine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 53–59.
19. LIPP, M.N. 2000. *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
20. MONTGOMERY, P.; DENNIS, J. 2004. A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 47-62.
21. NUTT, D.J. 1990. The pharmacology of human anxiety. *Pharmacology and Therapeutics*, 47, 233-266.
22. PALLESEN, S., NORDHUS, I.H., KVALE, G., NIELSEN, G.H., HAVIK, O.E., JOHNSEN, B.H; SKJØTSKIFT, S. 2003. Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions. *Behaviour Research and Therapy* , 41,31–48.
23. RING, D. 2001. Management of chronic insomnia in the elderly. *Clin Excell Nurse Pract* , 5(1), 13-16.
24. ROEHRS, T., MERLOTTI, L., ZORICK, F., ROTH, T. 1994. Sedative, memory, and performance effects of hypnotics. *Psychopharmacology*, 116, 130–134.

25. SARDÁ Jr, J.J., LEGAL, E.J.; JABLONSKI Jr, S.J. 2004. Estresse: Conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo (coleção Avaliação em Psicologia).
26. SOLDATOS, C.R., DIKEOS, D.G.; PAPARRIGOPOULOS, T.J. 2000. Athens Insomnia Scale: validation of na instrument base don ICD-10 criteria. J. Psychosom Res, 48, 555-560.
27. SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L; LUSHENE, R.E. 1979. Inventário de Ansiedade Traço –Estado (Idate). R.J: CEPA.
28. TANKOVA, I.; BUELA-CASAL, G. 1996. Sono e envelhecimento. In: Reimão, R. (Ed.). Sono: estudo abrangente. 2. ed. São Paulo: Atheneu.
29. The WHOQOL Group. 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social science & medicine, 46, 1569-85.
30. ZIMERMAN, G.I. 2000. Velhice – aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed.