



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Défice Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Helena Sofia Garcia Fonseca

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Maria Assunção Vaz Patto
Coorientadora: Mestre Marli Gomes Pinho Silva Loureiro

Covilhã, Maio de 2016

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Dedicatória

Aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Assunção Vaz Patto pela esclarecida orientação, apoio, toda a sua disponibilidade, dedicação e motivação durante a realização deste trabalho.

À Mestre Marli Loureiro pelo apoio e disponibilidade.

Ao Professor Doutor Paulo Pereira e ao Professor Doutor Jorge Gama pela orientação durante o processo de análise estatística.

Ao Centro de Saúde da Covilhã por tão bem me ter acolhido.

Aos meus pais, ao meu irmão e aos meus avós pelo apoio incondicional e motivação constante ao longo destes 6 anos.

Ao Pedro, por ter sido companheiro de todas as horas nesta aventura.

A todos os que contribuíram directa ou indirectamente para a realização deste trabalho.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Resumo

Introdução: O aumento da esperança média de vida tem-se traduzido no envelhecimento da população e no aumento da multimorbilidade entre a população idosa. A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são doenças crónicas com impacto na qualidade de vida. Estas patologias, enquanto factores de risco cerebrovasculares contribuem para o declínio cognitivo e compromisso no desempenho das actividades e interesses da vida diária. Neste sentido, tem sido estudada a possível relação entre a deterioração da qualidade de vida e o aparecimento de Depressão em idosos. Com o presente estudo retrospectivo, pretende estudar-se a possível relação entre a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo (*Mini Mental State Examination*) e Depressão (Escala de Depressão Geriátrica), em idosos com mais de 65 anos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã.

Métodos: Foram utilizados resultados do *Mini Mental State Examination* e da Escala de Depressão Geriátrica aplicados em 2012 no “Estudo sobre o bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã” e recolhidos dados nos processos clínicos informatizados destes idosos. Para o tratamento estatístico recorreu-se ao Software Package for Social Sciences, versão 23.0 para *Microsoft Windows*.

Resultados: Na presente análise constatou-se que existe um maior número de idosos com Déficit Cognitivo no grupo de idosos não hipertensos ($p=0,045$), apresentando este resultado significância estatística. O Déficit Cognitivo foi superior para idosos não diabéticos ($p=0,063$), sem apresentar significância estatística e constatou-se o seu aumento na população mais idosa, sendo esta relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Relativamente à prevalência de Depressão, esta foi superior em indivíduos hipertensos ($p=0,652$) e em não diabéticos ($p=0,204$), não tendo sido encontrada uma relação significativamente estatística com a idade ($p=0,479$). No que diz respeito ao Déficit Cognitivo ($p=0,948$) e à Depressão ($p=0,410$), ambos são ligeiramente mais prevalentes no sexo feminino apesar das diferenças observadas não serem estatisticamente significativas. Na amostra verificou-se ainda que a Depressão é mais prevalente em idosos com Déficit Cognitivo, apesar da não relevância estatística ($p=0,257$).

Discussão: Relativamente ao Déficit Cognitivo podemos concluir que, nesta amostra, não podemos associar a sua existência a indivíduos hipertensos e diabéticos. Apesar de existirem estudos que relatam uma maior prevalência de Depressão em doentes hipertensos e diabéticos (1), nesta amostra encontramos esta relação entre indivíduos hipertensos.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Palavras-chave

Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Depressão Geriátrica, Déficit Cognitivo, Idoso

Abstract

Introduction: The increase in life expectancy has led to an aged population and resulted in an increase in multiple co-morbidities amongst the elderly. Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are chronic diseases affecting quality of life. Both these diseases are cerebrovascular risk factors that contribute to Cognitive Impairment and a declining ability to perform daily tasks and pursue personal interests. Given such limitations, a possible link between worsening quality of life and the onset of depression in the elderly is being studied.

The current retrospective study aims to study a possible link between Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus with the prevalence of Cognitive Impairment (Mini Mental State Examination) and Depression (Geriatric Depression Scale) among patients over 65 years of age whose primary care follow-up is done in Centro de Saúde da Covilhã.

Methods: We used results from a 2012 study using both Mini Mental State Examination and Geriatric Depression Scale - “Estudo sobre o bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã” - and collected data from the respondents electronic clinical file. We used Software Package for Social Sciences, version 23.0 for Microsoft Windows for the statistical processing of this information.

Results: This study shows that there is a statistically significant larger number of elderly patients with Cognitive Impairment in the non-hypertensive group ($p= 0,045$). Cognitive Impairment was also more severe in non-diabetic elderly patients ($p= 0,063$), although this finding has no statistical significance; and is significantly increased in prevalence among the eldest ($p <0,01$). Concerning the prevalence of Depression, it was higher in hypertensive ($p=0,652$) and non-diabetic ($p=0,204$) patients, although we did not find a significant link with age ($p= 0,479$). Both Cognitive Impairment ($p= 0,948$) and Depression ($p=0,410$) are slightly more prevalent among elderly women, although gender differences have no statistical significance. Our sample also showed a higher prevalence of Depression among elderly patients with Cognitive Impairment, despite not showing statistical significance ($p=0,257$).

Discussion: With our sample we cannot establish a link between Cognitive Impairment and hypertensive or diabetic patients. Even though a link between Depression and both Hypertension and Diabetes has been described (1), in our sample we could find an association with hypertensive subjects.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Keywords

Diabetes Mellitus, Arterial Hypertension, Geriatric Depression, Cognitive Impairment, Elderly

Índice

1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	3
2.1. Desenho da Investigação	3
2.2. Amostra em Estudo	3
2.3. Questionários.....	4
2.4. Análise Estatística	4
3. Resultados	7
3.1. Caracterização da Amostra	7
3.2. Analisar a relação entre HTA e DM com a prevalência de Déficit Cognitivo	10
3.3. Relação entre HTA e DM com a prevalência de Depressão	12
3.4. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com a Idade.....	13
3.5. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com o Sexo	15
3.6. Relação do Déficit Cognitivo com a Depressão	17
4. Discussão	19
4.1. Caracterização da Amostra	19
4.2. Analisar a relação entre HTA e DM com a prevalência de Déficit Cognitivo	20
4.3. Relação entre HTA e DM com a prevalência de Depressão	21
4.4. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com a Idade	21
4.5. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com o Sexo	21
4.6. Relação do Déficit Cognitivo com a Depressão	22
4.7. Limitações	22
4.8. Conclusões.....	22
5. Referências	25
6. Anexos	29

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo o Sexo	7
Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo a Escolaridade	8
Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo a presença de HTA.....	8
Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo a presença DM	8
Gráfico 5 - Caracterização da amostra segundo a presença de Déficit Cognitivo	9
Gráfico 6 - Caracterização da amostra segundo grau de Depressão	10
Gráfico 7 - Relação entre HTA e a prevalência de déficit cognitivo	10
Gráfico 8 - Relação entre DM e a prevalência de Déficit Cognitivo	11
Gráfico 9 - Relação entre HTA e a prevalência de Depressão	12
Gráfico 10 - Relação entre DM e a prevalência de Depressão	13
Gráfico 11 - Relação entre a Idade e a prevalência de Déficit Cognitivo	14
Gráfico 12 - Relação entre a Idade e a prevalência de Depressão	14
Gráfico 13 - Relação entre a prevalência de Déficit Cognitivo com o Sexo	15
Gráfico 14 - Relação entre a prevalência de Depressão com o Sexo	16
Gráfico 15 - Relação entre a prevalência de Depressão com a prevalência de Déficit Cognitivo	17

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Análise descritiva Idade	7
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a presença de Déficit Cognitivo	9
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a presença Depressão.....	9
Tabela 4 - Relação entre HTA e a prevalência de Déficit Cognitivo	10
Tabela 5 - Relação entre DM e a prevalência de Déficit Cognitivo.....	11
Tabela 6 - Relação entre HTA e a prevalência de Depressão	12
Tabela 7 - Relação entre DM e a prevalência de Depressão.....	12
Tabela 8 - Estatística descritiva e Teste t de <i>Student</i> - Relação entre a Idade e a prevalência de Déficit Cognitivo.....	13
Tabela 9 - Estatística descritiva e ANOVA: Relação entre a Idade e a prevalência de Depressão	14
Tabela 10 - Relação entre a prevalência de Déficit Cognitivo com o Sexo	15
Tabela 11 - Relação entre a prevalência de Depressão com o Sexo	16
Tabela 12 - Relação entre a prevalência de Depressão com a prevalência de Déficit Cognitivo	17

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AGJ	Anomalia da Glicemia em Jejum
CS	Centro de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
HTA	Hipertensão Arterial
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
p	Valor de Prova
PHYSA	<i>Portuguese Hypertension and Salt Study</i>
TDG	Tolerância Diminuída à Glicose

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

1. Introdução

O aumento da esperança média de vida tem-se traduzido no rápido e crescente envelhecimento populacional ⁽²⁾ e num aumento da multimorbilidade entre a população idosa. ^{(3) (4)}

Em 2011, a pirâmide etária da população residente na Região de Saúde do Centro ACES Cova da Beira apresentava um estreitamento na base e um alargamento nas faixas etárias medianas, reflexo do declínio da população jovem e aumento do número de idosos, espelhando, assim, o envelhecimento da população. O índice de envelhecimento na Região de Saúde do Centro foi de 169% nesse ano. ⁽⁵⁾

A nível biológico, o envelhecimento traduz-se na acumulação de alterações celulares que aumentam o risco de desenvolver várias patologias. ⁽³⁾ Este cenário está associado ao aumento da prevalência de doenças crónicas, que, muitas vezes, dificulta a manutenção da capacidade funcional dos idosos ^{(3) (4)}. A Hipertensão Arterial (HTA) e a Diabetes Mellitus (DM) são duas das patologias mais prevalentes em Portugal. Na Região Centro, no ano de 2010 existiam mais 30,55% hipertensos do que no ano anterior. A prevalência da diabetes era de 10,7% - correspondendo a 6,4% diabéticos já diagnosticados e 4,3% diabéticos não diagnosticados. ⁽⁷⁾

A HTA é uma doença crónica definida por um quadro de pressão sanguínea elevada, em que as artérias estão constantemente sob um nível de tensão aumentado. Segundo a DGS, a HTA é um factor de risco para desenvolver alterações cognitivas entre outras morbilidades. ⁽⁸⁾

A Diabetes é uma doença metabólica crónica caracterizada por valores elevados de glicose no sangue. Esta patologia é uma causa importante de várias alterações micro e macrovasculares, causando incapacidade física e cognitiva, que representam um impacto significativo na qualidade de vida. ⁽⁹⁾ No entanto, a fisiopatologia do compromisso cognitivo em diabéticos ainda não é totalmente compreendida. ⁽¹⁰⁾ De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a Depressão é 2 a 3 vezes mais comum em pessoas com diabetes. ⁽⁹⁾

O Défice Cognitivo cursa com alteração das funções de aprendizagem, memória, concentração, julgamento e linguagem. ⁽¹¹⁾ Dependendo da gravidade pode resultar na alteração da qualidade de vida, incapacitando o indivíduo de viver de forma independente.

A Depressão é um distúrbio mental comum que altera o funcionamento individual e social do indivíduo, constituindo uma das maiores causas de incapacidade funcional. Estima-se que, mundialmente, cerca de 350 milhões de pessoas sejam afectadas por esta patologia, com maior prevalência no sexo feminino. ⁽¹¹⁾

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Desta forma, enquanto factores de risco cerebrovasculares ambas as patologias crónicas - HTA e DM - podem contribuir para o declínio cognitivo e compromisso no desempenho das actividades e interesses da vida diária. ⁽¹⁾

Assim, pretende-se testar a hipótese de a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus estarem relacionadas com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã. O presente estudo tem como objectivos:

- 1) Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo;
- 2) Caracterização da amostra quanto à prevalência de DM, HTA, Déficit Cognitivo e Depressão;
- 3) Relação entre a existência de HTA ou DM com a prevalência de Déficit Cognitivo em idosos seguidos no CS da Covilhã;
- 4) Relação entre a existência de HTA ou DM com a prevalência de Depressão em idosos seguidos no CS da Covilhã;
- 5) Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com a Idade;
- 6) Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com o Sexo;
- 7) Relação do Déficit Cognitivo com a Depressão nesta população de indivíduos idosos.

2. Materiais e Métodos

2.1. Desenho da Investigação

Tratou-se de um estudo retrospectivo, desenvolvido no CS da Covilhã, Portugal. Foram utilizadas as respostas aos questionários Mini Mental State Examination (MMSE) e Escala de Depressão Geriátrica (EDG) recolhidas no contexto do “Estudo sobre o bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã, 2012”.⁽¹²⁾

Posteriormente, foram consultados os processos clínicos dos utentes da amostra do estudo supracitado. Os indivíduos foram caracterizados como sendo diabéticos ou não diabéticos e hipertensos ou não hipertensos, através da consulta dos seus processos clínicos relativos a 2012. De acordo com os resultados dos questionários do estudo supracitado os indivíduos foram caracterizados como sendo ou não portadores de Déficit Cognitivo e como tendo ou não Depressão Geriátrica.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (anexo III) e autorizado pelo Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Cova da Beira.

2.2. Amostra em Estudo

Nesta investigação definiu-se como amostra a população incluída no “Estudo sobre o bem-estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã, 2012”.⁽¹²⁾ O grupo de investigadores do estudo supracitado solicitou a base de dados ao Serviço Nacional de Saúde dos utentes do CS da Covilhã, com idade igual ou superior a 65 anos.

Posteriormente, foram seleccionados os residentes das freguesias urbanas da Covilhã, o que totalizou 4141 indivíduos, valor aproximado dos dados registados pelo Instituto Nacional de Estatística (2011). Para o cálculo da amostra foi feita uma estratificação por sexo e por dois grupos etários (65-74 e superior ou igual a 75 anos). De seguida, os participantes foram seleccionados, de forma aleatória - dos quatro grupos amostrais foram ordenados alfabeticamente e escolhidos segundo o critério de 10 em 10, e depois de 5 em 5 até perfazer o total de participantes para cada subgrupo. Assim, formou-se um universo de 226 indivíduos.⁽¹²⁾

Para o presente estudo, foram excluídos 78 idosos, por falta de dados em processo clínico informatizado. Foram incluídos neste estudo 148 indivíduos, 85 do sexo feminino e 63 do sexo masculino.

2.3. Questionários

Para a recolha dos dados referentes ao protocolo, a maioria dos idosos foi abordado no domicílio e em algumas situações contactados telefonicamente para marcação da aplicação do protocolo em locais de referência local. A aplicação dos protocolos foi sempre precedida por um esclarecimento acerca do estudo e pelo consentimento informado. As entrevistas demoraram entre 60 a 120 minutos. ⁽¹²⁾

O MMSE e a EDG foram dois dos instrumentos utilizados. Através deles pretendia-se rastrear, respectivamente, Déficit Cognitivo e Depressão Geriátrica. O MMSE é utilizado para avaliar a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Pela sua fiabilidade e rápida aplicação é utilizada na prática clínica e em investigação. Considera-se um indivíduo portador de Déficit Cognitivo de acordo com o seu grau de literacia: analfabetos: ≤ 15 pontos; 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos; com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos (Pontuação Máxima: 30 pontos). ⁽¹³⁾

A EDG pode ser aplicada a idosos saudáveis, com patologia orgânica e a portadores de Déficit Cognitivo. Trata-se de uma escala dicotómica com duas alternativas de resposta (Não e Sim). A versão utilizada é considerada altamente confiável para a triagem da Depressão em idosos portugueses. Quando obtida a pontuação final o indivíduo é classificado: sem Depressão 0-10, com Depressão ligeira 11-20, com Depressão grave 21-27 (Pontuação Máxima: 27 pontos). ⁽¹⁴⁾

2.4. Análise Estatística

Relativamente à análise dos dados, recorreu-se ao *Software Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 23.0 para *Microsoft Windows*.

Foi feita uma análise descritiva para a caracterização da amostra - frequências relativas e absolutas. Para as variáveis quantitativas apresentam-se: média, desvio padrão, mínimo e máximo. ⁽¹⁵⁾

Numa amostra, quando os grupos em comparação são grandes ($n > 30$), a distribuição tende para a normalidade das distribuições das variáveis. ⁽¹⁶⁾ Nas análises realizadas tal não sucede, pelo que foi necessário verificar o pressuposto da normalidade. Para isso, foi aplicado o teste K-S (Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors), que coloca as seguintes hipóteses:

H_0 : A variável segue uma distribuição normal para as classes da variável qualitativa;

H_1 : A variável não segue uma distribuição normal para as classes da variável qualitativa.

Neste caso, verificou-se H_0 pelo que se pode aplicar sempre um teste paramétrico.

Assim, utilizaram-se os testes paramétricos t de *Student* (comparar duas classes) e ANOVA (comparar mais de duas classes) ⁽¹⁷⁾ para verificar as hipóteses:

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

H_0 : Não existe diferença na média de uma variável entre os grupos comparados;

H_1 : Existe diferença na média de uma variável entre os grupos comparados.

Utilizou-se ainda o teste não paramétrico do qui-quadrado, para verificar a dependência ou independência entre duas variáveis nominais.⁽¹⁷⁾ Assim, temos as hipóteses:

H_0 : As duas variáveis são independentes;

H_1 : As duas variáveis apresentam uma relação entre si.

O valor de 5% foi o valor de referência utilizado para testar hipóteses.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

3. Resultados

3.1. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por 148 indivíduos, 63 do sexo masculino e 85 do sexo feminino, representando 43% e 57%, respectivamente. (Gráfico 1)

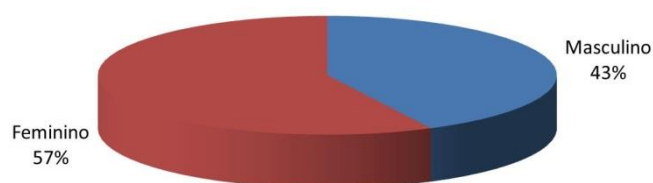


Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo o Sexo

Na amostra deste estudo, a idade média é de 74,8 anos, com desvio padrão de 6,77 anos. A idade mínima é 65 anos e a máxima de 96 anos. (Tabela 1)

Tabela 1 - Análise descritiva Idade

N	Média	Desvio		
		Padrão	Mínimo	Máximo
148	74,8	6,77	65	96

Na amostra, 10 indivíduos são analfabetos (7%), 123 indivíduos têm entre 1 e 11 anos de escolaridade (83%) e 15 têm 12 ou mais anos de escolaridade (10%). (Gráfico 2)

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

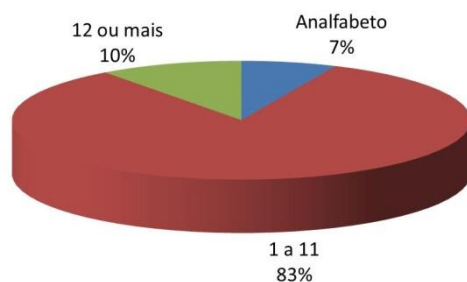


Gráfico 2 - Caracterização da amostra segundo a Escolaridade

Na amostra, 78 dos indivíduos são hipertensos (53%) e 70 não são hipertensos (47%). (Gráfico 3)

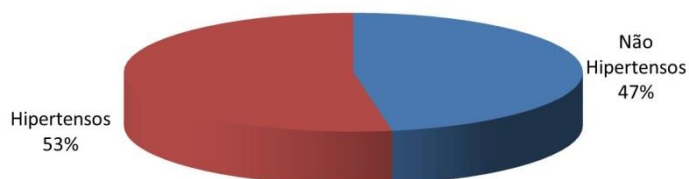


Gráfico 3 - Caracterização da amostra segundo a presença de HTA

Na amostra, 31 indivíduos são diabéticos (21%) e 117 não diabéticos (79%). (Gráfico 4)

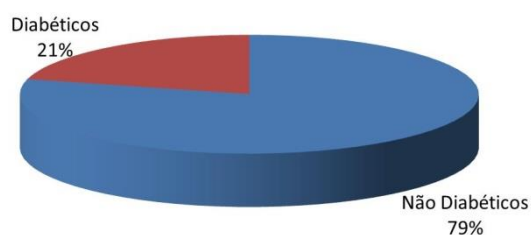


Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo a presença DM

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Nesta amostra, existem 136 indivíduos sem Déficit Cognitivo e 12 com comprometimento cognitivo, ou seja, apenas 8% apresentam Déficit Cognitivo. (Tabela 2) (Gráfico 5)

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a presença de Déficit Cognitivo

	Frequência	Porcentagem
sem Déficit Cognitivo	136	91,9
com Déficit Cognitivo	12	8,1
Total	148	100,0

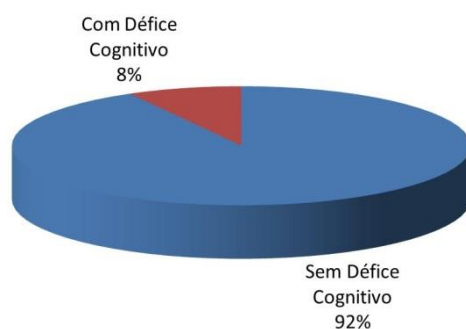


Gráfico 5 - Caracterização da amostra segundo a presença de Déficit Cognitivo

Na amostra deste estudo, 62 idosos apresentam-se sem Depressão (42%), 82 apresentam Depressão leve (55%) e 4 apresentam Depressão moderada a grave (3%). (Tabela 3) (Gráfico 6)

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a presença Depressão

	Frequência	Porcentagem
Ausência de Depressão	62	41,9
Depressão leve	82	55,4
Depressão moderada a grave	4	2,7
Total	148	100,0

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã



Gráfico 6 - Caracterização da amostra segundo grau de Depressão

3.2. Analisar a relação entre HTA e DM com a prevalência de Déficit Cognitivo

Tabela 4 - Relação entre HTA e a prevalência de Déficit Cognitivo

HTA		Déficit Cognitivo	
		sem Déficit Cognitivo	com Déficit Cognitivo
Não Hipertensos	N	61	9
	% no grupo	87,1%	12,9%
Hipertensos	N	75	3
	% no grupo	96,2%	3,8%

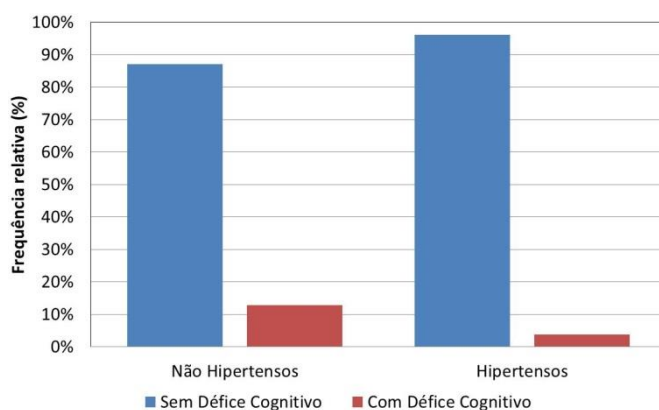


Gráfico 7 - Relação entre HTA e a prevalência de déficit cognitivo

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Na tabela 4 observamos que a percentagem “com Déficit Cognitivo” é superior para os não hipertensos, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,045$).

Tabela 5 - Relação entre DM e a prevalência de Déficit Cognitivo

Diabético	Déficit Cognitivo		
		sem Déficit Cognitivo	com Déficit Cognitivo
Não Diabéticos	N	105	12
	% no grupo	89,7%	10,3%
Diabéticos	N	31	0
	% no grupo	100,0%	,0%

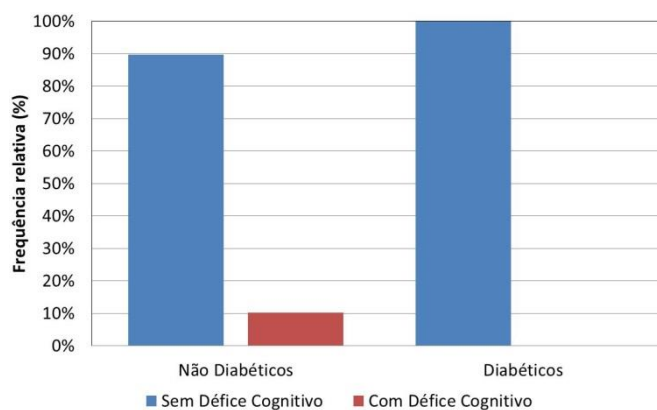


Gráfico 8 - Relação entre DM e a prevalência de Déficit Cognitivo

Na amostra, a percentagem “com Déficit Cognitivo” é superior em indivíduos não diabéticos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,063$). (Tabela 5) (Gráfico 8)

Assim, verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a ausência de HTA e a prevalência de Déficit Cognitivo e não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre DM e a prevalência de Déficit Cognitivo.

3.3. Relação entre HTA e DM com a prevalência de Depressão

Tabela 6 - Relação entre HTA e a prevalência de Depressão

HTA		Grau Depressão		
		Ausência de Depressão	Depressão leve	Depressão moderada a grave
Não Hipertensos	N	32	36	2
	% no grupo	45,7%	51,4%	2,9%
Hipertensos	N	30	46	2
	% no grupo	38,5%	59,0%	2,6%

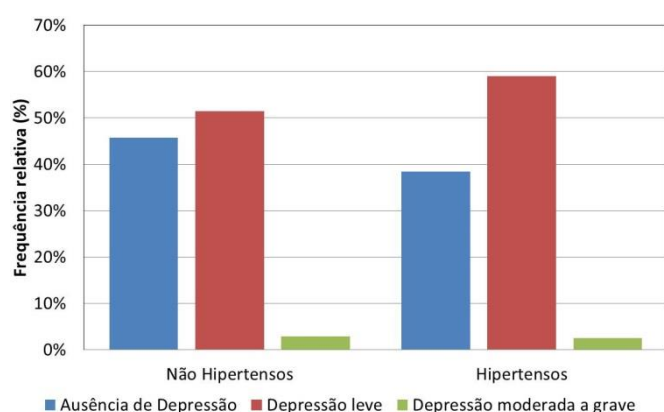


Gráfico 9 - Relação entre HTA e a prevalência de Depressão

Na amostra, a percentagem de “Depressão leve” é superior para os hipertensos, a percentagem de “Ausência de Depressão” é superior para os não hipertensos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,652$). (Tabela 6) (Gráfico 9)

Tabela 7 - Relação entre DM e a prevalência de Depressão

		Grau Depressão		
		Ausência de Depressão	Depressão leve	Depressão moderada a grave
Não Diabéticos	N	47	68	2
	% no grupo	40,2%	58,1%	1,7%
Diabéticos	N	15	14	2
	% no grupo	48,4%	45,2%	6,5%

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

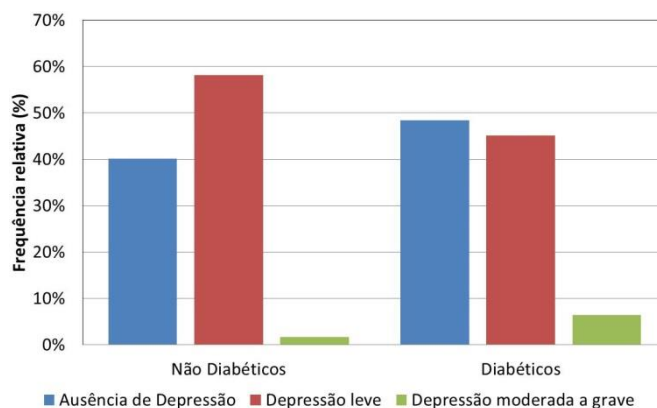


Gráfico 10 - Relação entre DM e a prevalência de Depressão

Na amostra, a percentagem de “Ausência de Depressão” e “Depressão moderada a grave” é superior para os diabéticos, a percentagem de “Depressão leve” é superior para os não diabéticos, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,204$). (Tabela 7) (Gráfico 10)

Portanto, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre HTA e DM com a prevalência de Depressão (EDG).

3.4. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com a Idade

Realizando a análise para os valores da prevalência de Déficit Cognitivo e de Depressão, utiliza-se o teste t de *Student* e a ANOVA, uma vez que se verifica, em ambos os casos, o pressuposto da normalidade da distribuição dos valores da idade para os grupos em estudo de pequena dimensão.

Tabela 8 - Estatística descritiva e Teste t de *Student* - Relação entre a Idade e a prevalência de Déficit Cognitivo

		N	Média	Desvio padrão	t_{146}	p
Idade	sem Déficit Cognitivo	136	74,14	6,086	-3,912	** 0,000
	com Déficit Cognitivo	12	81,75	9,965		

** diferença significativa para $p < 0,01$

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

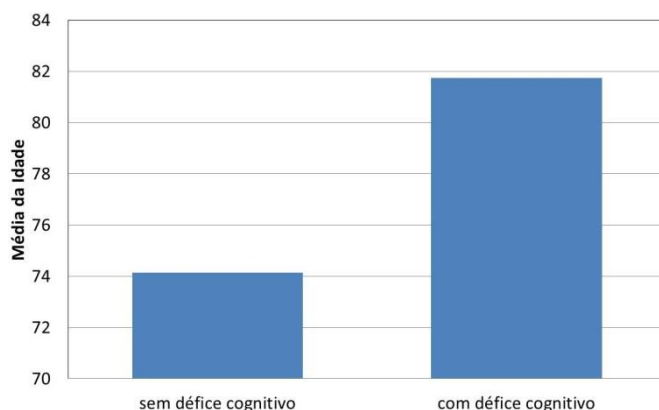


Gráfico 11 - Relação entre a Idade e a prevalência de Déficit Cognitivo

O valor médio da idade é superior para os que apresentam Déficit Cognitivo, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabela 9 - Estatística descritiva e ANOVA: Relação entre a Idade e a prevalência de Depressão

		N	Média	Desvio padrão	$F_{2,145}$	P
Idade	Ausência de Depressão	62	74,06	6,463	0,740	0,479
	Depressão leve	82	75,35	6,994		
	Depressão moderada a grave	4	73,25	7,136		

* Diferença significativa para $p < 0,05$

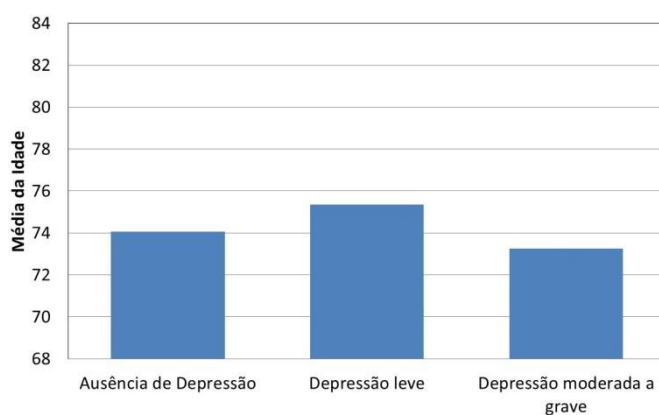


Gráfico 12 - Relação entre a Idade e a prevalência de Depressão

Conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,479$) entre os três grupos de Depressão. Na amostra, o valor médio da idade é superior para os que apresentam “Depressão leve” e inferior para os que apresentam “Depressão moderada a grave”, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas ($p = 0,479$).

Portanto, o Déficit Cognitivo ocorre nas pessoas com mais idade, mas não parece haver relação entre mais idade e depressão neste grupo.

3.5. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com o Sexo

Tabela 10 - Relação entre a prevalência de Déficit Cognitivo com o Sexo

Sexo	Déficit Cognitivo	
	sem Déficit Cognitivo	com Déficit Cognitivo
Masculino	N	58
	% no grupo	92,1%
Feminino	N	78
	% no grupo	91,8%

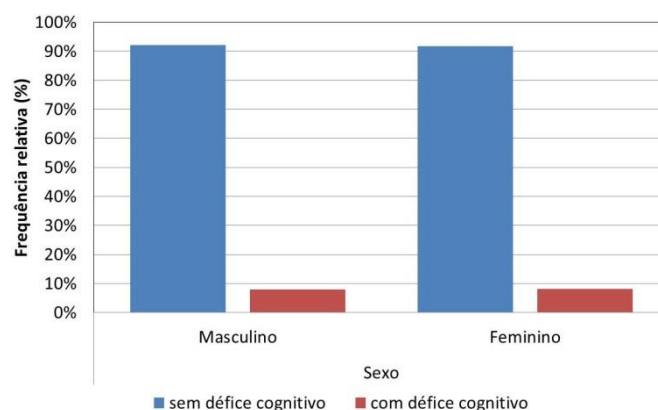


Gráfico 13 - Relação entre a prevalência de Déficit Cognitivo com o Sexo

Na amostra, a percentagem “com Déficit Cognitivo” é ligeiramente superior para o sexo feminino, no entanto, as pequenas diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,948$).

Tabela 11 - Relação entre a prevalência de Depressão com o Sexo

Sexo		Grau Depressão		
		Ausência de Depressão	Depressão leve	Depressão moderada a grave
Masculino	N	30	32	1
	% no grupo	47,6%	50,8%	1,6%
Feminino	N	32	50	3
	% no grupo	37,6%	58,8%	3,5%

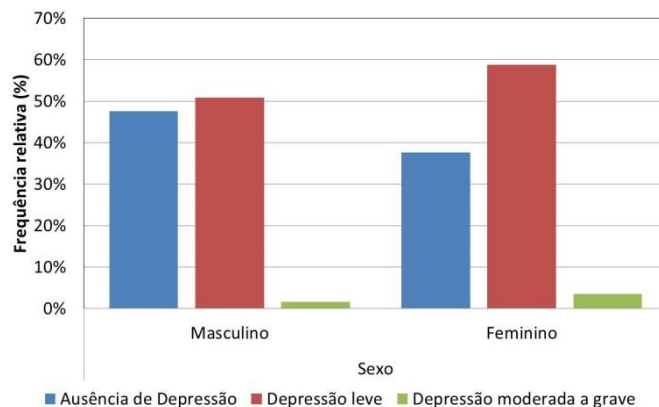


Gráfico 14 - Relação entre a prevalência de Depressão com o Sexo

Na amostra, a percentagem de “Ausência de Depressão” é superior para o sexo masculino, a percentagem de “Depressão leve” e “Depressão moderada a grave” é superior para o sexo feminino, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,410$).

Portanto, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre a prevalência de Déficit Cognitivo e de Depressão com o sexo.

3.6. Relação do Déficit Cognitivo com a Depressão

Tabela 12 - Relação entre a prevalência de Depressão com a prevalência de Déficit Cognitivo

		Grau Depressão		
		Ausência de Depressão	Depressão leve	Depressão moderada a grave
Sem Déficit Cognitivo	N	59	74	3
	% no grupo	43,4%	54,4%	2,2%
Com Déficit Cognitivo	N	3	8	1
	% no grupo	25,0%	66,7%	8,3%

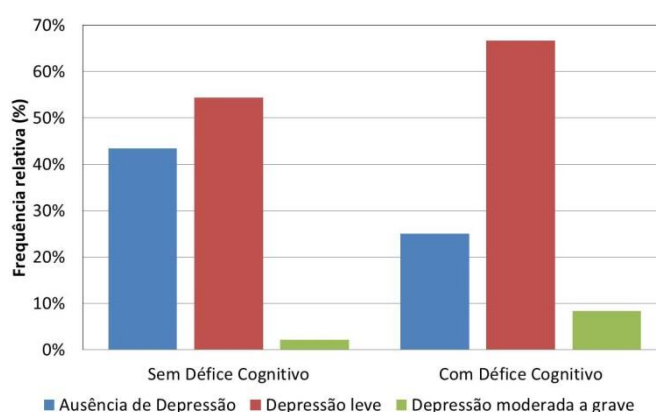


Gráfico 15 - Relação entre a prevalência de Depressão com a prevalência de Déficit Cognitivo

Na amostra, a presença de Depressão é superior para os que apresentam Déficit Cognitivo, e a percentagem de “Ausência de Depressão” é superior para os que não apresentam Déficit Cognitivo, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ($p = 0,257$).

Dos doentes com Déficit Cognitivo, 67% apresentam “Depressão leve” e 8% apresentam “Depressão moderada a grave”.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

4. Discussão

4.1. Caracterização da Amostra

Nesta população de 148 indivíduos, com mais de 65 anos, 57% eram do sexo feminino e 43% do sexo masculino. Esta distribuição encontra-se de acordo com as estimativas para o ACES Cova da Beira para 2012. ⁽¹⁸⁾

Relativamente à literacia, constatou-se que 7% dos indivíduos eram analfabetos. Esta percentagem vai de encontro à Taxa de Analfabetismo para a cidade da Covilhã (7,3%), espelhada nos Censos 2011. ⁽¹⁸⁾

Na Europa, Portugal posiciona-se entre os países com maior taxa de prevalência de doentes diabéticos. No ano a que se refere este estudo, a prevalência de Diabetes era de 12,9%, para a faixa etária dos 20 aos 79 anos. ⁽¹⁹⁾ Sabendo que, o aumento da prevalência desta patologia se correlaciona directamente com o envelhecimento populacional ⁽¹⁹⁾, podemos afirmar que 21% de diabéticos é um valor ligeiramente superior ao expectável. Podemos colocar a hipótese de existirem factores que justifiquem este valor - alimentação, exercício físico, obesidade.

A prevalência de HTA neste grupo foi de 53%, o que se revela superior à prevalência desta patologia na população Portuguesa, determinada pelo estudo PHYSA, em 2012 (42,2%). No entanto, inferior à prevalência registada no concelho da Covilhã de 63,3%. ⁽²⁰⁾

Em Portugal, a prevalência de Déficit Cognitivo situa-se nos 12,3% para o grupo etário dos 55 aos 79 anos. ⁽²¹⁾ No presente trabalho, constatamos que 8% dos elementos apresentaram compromisso cognitivo, valor ligeiramente inferior ao nacional. No entanto, este achado pode ser corroborado por um estudo Português que concluiu que o déficit cognitivo é inferior para as regiões urbanas. ⁽²²⁾ Há ainda a considerar que o envelhecimento é um processo multifactorial que, de acordo com a evidência, está apenas superficialmente associado à idade cronológica. ^{(2) (4)} A grande variabilidade entre os indivíduos é, hoje em dia, uma característica das populações idosas. ^{(2) (12)} Assim, o resultado obtido levanta duas hipóteses: por um lado os indivíduos que já se encontram mais debilitados poderão não ter respondido ao inquérito (duração de 60 a 120 min), por outro existe a hipótese de estarmos perante indivíduos com um envelhecimento cognitivamente bem-sucedido nesta amostra.

No que concerne à sintomatologia depressiva constatou-se que mais de metade dos idosos deste grupo tem Depressão (58%). Esta patologia é referida pela literatura como sendo uma perturbação mental predominante nesta idade, apesar de ser sublinhado que não é parte integrante do fenómeno normal de envelhecimento. Assim, este resultado está de acordo com

estudos semelhantes em Portugal. ⁽²³⁾ A presença de um grau tão elevado de Depressão na amostra poderá influenciar os resultados dos testes cognitivos e levar a resultados alterados. Este factor deve ser levado em conta na avaliação de percentagem de doentes com Déficit Cognitivo e Depressão.

4.2. Analisar a relação entre HTA e DM com a prevalência de Déficit Cognitivo

A literatura descreve uma maior prevalência de déficit cognitivo em indivíduos hipertensos. Na presente análise existe um maior número de idosos com Déficit Cognitivo no grupo de não hipertensos, apesar da não relevância estatística ($p = 0,045$). O compromisso cognitivo não é causado por uma condição ou doença específica, apresenta-se como um processo multifactorial. ⁽¹¹⁾ Apesar de a idade ser referida como factor de risco principal, não podem deixar de ser considerados a história familiar, o nível educacional, a exposição a tóxicos, a inactividade física ou coexistência de patologias crónicas. ⁽¹¹⁾ Por outro lado, podemos ainda colocar a hipótese de que indivíduos hipertensos, ao conhecer a sua patologia, sejam seguidos e, por isso, melhor controlados.

Seria de interesse realizar um estudo de seguimento que analisasse as características de cada idoso que influenciam o aparecimento de alterações cognitivas.

Ao contrário da maioria da bibliografia existente, ⁽²⁴⁾ nesta amostra, os indivíduos com diabetes não têm maior incidência de Déficit Cognitivo, apesar da não significância estatística ($p = 0,063$). A diabetes, tal como a hipertensão é uma doença crónica. Quando diagnosticada precocemente é possível fazer-se um bom controlo metabólico que não só atrase a sua progressão como o aparecimento das suas complicações. Por isso, os resultados levam a crer que estes indivíduos têm a sua diabetes numa fase precoce da doença ou bem controlada. Por outro lado, existem estudos que apoiam que o Déficit Cognitivo possa ser encontrado em não diabéticos, já que a Anomalia da Glicemia em Jejum (AGJ) ou a Tolerância Diminuída à Glicose (TDG) são também considerados um factor de risco para Déficit Cognitivo. ⁽¹⁰⁾ Neste caso, podemos questionar quantos indivíduos do grupo de não diabéticos poderão apresentar AGJ e TDG. A evidência levanta ainda a hipótese de que as consequências neurológicas em diabéticos parecerem ser semelhantes às observadas no curso do envelhecimento cerebral normal. ⁽²⁴⁾ De realçar que a literatura continua a ser incapaz de explicar o mecanismo pelo qual existem estudos em que os diabéticos estão associados a uma maior prevalência de Déficit Cognitivo. ⁽¹⁰⁾

Uma vez que nesta análise existem apenas 31 indivíduos diabéticos e 12 com compromisso cognitivo, sugere-se para futura avaliação o aumento do número de elementos da amostra.

4.3. Relação entre HTA e DM com a prevalência de Depressão

Neste estudo, verificou-se a existência de maior prevalência de Depressão em indivíduos hipertensos. Apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas ($p = 0,652$), a tendência dos resultados apresentados está de acordo com a evidência existente.⁽²⁵⁾ Os estudos revelam que a HTA tem um impacto negativo na qualidade de vida do doente e, pela incapacidade que acarreta está muitas vezes associado a sintomatologia depressiva.^{(25) (3) (6)} No futuro, será importante aumentar a consciencialização sobre esta temática para que seja possível abordar o controlo da hipertensão de forma holística.^{(26) (27)} Esta abordagem integrada permitirá minimizar custos e maximizar os resultados.⁽²⁷⁾

Existem estudos que relacionam a DM com a existência de Depressão⁽¹⁾, no entanto, neste estudo tal não se verificou. Constatou-se que a Depressão leve é um achado superior para os idosos não diabéticos apesar de as diferenças observadas não serem estatisticamente significativas ($p = 0,204$). A diabetes é uma doença crónica e progressiva de início muitas vezes insidioso.⁽⁹⁾ Pela falta de registos não foi possível caracterizar a diabetes de cada indivíduo. Seria necessário um estudo mais pormenorizado, através da recolha de informações que nos permitissem conhecer qual o grau de controlo, anos de evolução da doença e complicações de cada sujeito.

4.4. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com a Idade

Existe um declínio cognitivo na população mais idosa, sendo esta relação estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Estas observações são compatíveis com alguma literatura conhecida. Tal como já referido, a idade poderá ser o maior factor de risco para o aparecimento de compromisso cognitivo.^{(11) (22)}

Já no que diz respeito à Depressão, a idade não apresentou uma relação com relevância estatística ($p = 0,479$). Está descrito que as psicopatologias mais frequentes nos idosos são a Depressão e as Demências. No entanto, existem outros estudos que ressalvam que a sintomatologia depressiva não é por si só um estado específico do idoso, e que não aumenta depois dos 60 anos.⁽²⁸⁾

4.5. Variação do Déficit Cognitivo e Depressão com o Sexo

Observou-se que tanto o Déficit Cognitivo ($p = 0,948$) como a Depressão ($p = 0,410$) são ligeiramente mais prevalentes para o sexo feminino apesar das diferenças observadas não serem estatisticamente significativas. Este achado é sobreponível com a bibliografia existente. Não só por estar descrito que a Depressão afecta duas vezes mais as mulheres do que aos homens⁽²⁹⁾, como também pelo facto de as mulheres viverem mais anos e experimentam maiores taxas de morbilidade e incapacidade no período pós-menopausa.⁽³⁰⁾

4.6. Relação do Déficit Cognitivo com a Depressão

Na amostra verificou-se que a Depressão é mais prevalente em idosos com Déficit Cognitivo, apesar da não relevância estatística ($p = 0,257$).

Pela perda individual de capacidades funcionais, poderemos justificar a sintomatologia depressiva em indivíduos com envelhecimento menos bem-sucedido.

A avaliação de sintomatologia depressiva é fundamental, uma vez que a Depressão é frequente na Demência. De acordo com a Norma 053/2011 da Direcção Geral da Saúde, esta avaliação pode ser feita com recurso a escalas como a utilizada neste trabalho. De acordo com esta Norma e outros estudos é também sugerido o acompanhamento psicológico e psiquiátrico no seguimento destes doentes com patologias metabólicas. ⁽¹⁾

Por outro lado a Depressão condiciona a resposta a escalas cognitivas sendo considerada uma forma de pseudo-demência: o facto de haver indivíduos deprimidos com défices cognitivos sugere a necessidade de tratar a depressão até validar de facto o Déficit Cognitivo que pode desaparecer entretanto. Dai a necessidade de fazer sempre uma avaliação da Depressão nestas situações. ⁽³¹⁾

4.7. Limitações

Além das limitações já enunciadas ao longo da discussão, a principal limitação deste trabalho, foi o facto de o estudo ser retrospectivo, e, por isso, dependente de registos clínicos.

No futuro, de forma a enriquecer a análise, seria interessante alargar o estudo a mais indivíduos. Apesar de no estudo inicial existirem 226 indivíduos ⁽¹²⁾, foram excluídos 78, por falta de dados em processo clínico informatizado. A disponibilidade limitada de tempo a que os médicos estão sujeitos, pode justificar a falta de registos em suporte informático perante a necessidade de ou escrever ou ver o doente. Propõe-se que dados específicos e necessários como os valores de peso, altura, HTA, pulso e Glicemia Capilar sejam recolhidos antes da consulta por pessoal não médico de forma a melhorar a qualidade do tempo de consulta e dos registos de cada doente.

4.8. Conclusões

Actualmente, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia encontra-se na fase de concepção de um estudo sobre a qualidade de vida de doentes diabéticos, por perceber a sua importância na investigação, na clínica e no panorama político. ⁽³²⁾

Pelas mesmas razões, este estudo foi desenhado na convicção de que o conhecimento por ele produzido pudesse contribuir para a reflexão sobre as várias dimensões do processo de envelhecimento na Covilhã.

No nosso estudo o Déficit Cognitivo não aparece associado com indivíduos hipertensos e diabéticos. No que diz respeito à Depressão apenas podemos falar em significância estatística em indivíduos hipertensos. Num posterior estudo, seria interessante estudar o efeito dos estádios de HTA e DM no aparecimento e progressão de compromisso cognitivo e sintomatologia depressiva e além disso, perceber qual o papel do sucesso terapêutico da HTA e DM no controlo destas patologias.

Devemos procurar promover o “Envelhecimento Saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada.”⁽⁴⁾ Apesar das limitações metodológicas já mencionadas, este estudo sugere uma reflexão sobre o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença numa população particular, avaliada de forma aleatória e com especificidades em termos de envelhecimento.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

5. Referências

1. Teixeira B, Martins C, de Sá-Junior R, de Carvalho J, Lade G, Rizvanov A, Kiyasov P, Mukhamedyarov A, Palotás A, Lima M. Psychological and Cognitive Profile of Hypertensive and Diabetic Patients. *J Nerv Ment Dis.* 2015: p. 781-5.
2. Beard J, Bloom D. Towards a Comprehensive Public Health Response to Population Ageing. *Lancet.* 2015: p. 658-661.
3. United Nations. *World Population Ageing 2015.* New York.; 2015.
4. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.* Estados Unidos da América.; 2015.
5. Administração Regional de Saúde do Centro, IP. *Relatório de Atividades 2012,* Administração Regional de Saúde do Centro, IP. ; 2012.
6. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Estatística. [Online]. [cited 2016 Maio 9. Available from: www.ine.pt.
7. Administração Regional de Saúde do Centro, IP. *Perfil de Saúde da Região Centro.* ; 2010.
8. Direcção-Geral de Saúde. *Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial.* 2013..
9. World Health Organization. *Global Report on Diabetes.* ; 2016.
10. Kodl T, Seaquist R. Cognitive Dysfunction and Diabetes Mellitus. *Endocrine Reviews.* 2008 June: p. 29(4): 494-511.
11. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. *Cognitive impairment: a call for action, Now!* [Online].; 2011 [cited 2016 Abril 29. Available from: http://www.cdc.gov/aging/pdf/cognitive_impairment/cogImp_policy_final.pdf.
12. Loureiro M, Afonso R, Loureiro M, Patto M. ESTUDO ENVELHECER NA COVILHÃ: APRESENTAÇÃO DE UM ESTUDO INTERDISCIPLINAR. *International Journal of Developmental and Educational Psychology - INFAD Revista de Psicología.* 2012: p. 143-148.

13. Guerreiro M SABM. Translation and adaptation of the MMSE to the Portuguese population. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 1994: p. 1:9-10.
14. Pocinho M, Farate C, Dias C, Lee T, Yesavage J. Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*. 2009: p. 32(2):223-36.
15. Guimarães C, Sarsfield A. *Estatística*. 2nd ed.: McGraw-Hil; 2010.
16. Murteira B, Ribeiro C, Silva J, Pimenta C. *Introdução à estatística* Lisboa: McGraw-Hill; 2001.
17. Maroco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5th ed.: ReportNumber; 2011.
18. Ministério da Saúde. *Perfil Local de Saúde 2014 - ACES Cova da Beira*. ; 2014.
19. Observatório Nacional da Diabetes Portugal. *Diabetes factos e números 2013*. Lisboa;; 2013.
20. Bernardes T, Coelho P, Pereira A. Estudo da Pressão Arterial em Idanha-a-Nova/Pt. *REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO*. 2015 Dezembro: p. 304 - 321.
21. Direcção Geral de Saúde. *Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas - Norma 053/2011*. 2011..
22. Nunes B, Silva D, Cruz T, Roriz M, Pais J, Silva C. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*. 2010.
23. Chaves C, Pereira A, Martins R, Duarte J, Nelas P, Coutinho E. DEPRESSÃO NO IDOSO E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL. *Psicologia Saúde e Doenças - RESUMOS DO 9º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE*. 2012.
24. Szémán B, Nagy G, Varga T, Veres-Székely A, Sasvári M, Fitala D, Szollosi A, Katonai R, Kotyuk E, Somogyi A. Changes in cognitive function in patients with diabetes mellitus. *Orvosi hetilap*. 2012: p. 153(9):323-9.
25. Saboya M, Zimmermann R, Bodanese C. Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension, and their impact on the quality of life. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2010: p. 40(3):307-20.

26. Sandström K, Ljunggren G, Wändell P, Wahlström L, Carlsson C. Psychiatric comorbidities in patients with hypertension - a study of registered diagnoses 2009-2013 in the total population in Stockholm County, Sweden. *Journal of Hypertension*. 2016 Março: p. 414-20.
27. Li Z, Li Y, Chen L, Chen P, Hu Y. Prevalence of Depression in Patients With Hypertension - A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2015: p. 31.
28. Maurício I. O Envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas - Que Intervenção nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal? *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 2010: p. 55-65.
29. Gusmão R, Xavier M, Heitor M, Bento A, Almeida J. O PESO DAS PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 2005: p. 18: 129-146.
30. Rasmussen H, Bagger Y, Tankó L, Qin G, Christiansen C, Werge T. Cognitive impairment in elderly women: the relative importance of selected genes, lifestyle factors, and comorbidities. *Journal of Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2006 Junho.
31. Senties-Madrid H, Estañol-Vidal B. Reversible dementias and treatable dementias. *Revue Neurologique*. 2006 Julho: p. 101-12.
32. Sociedade Portuguesa Diabetologia. Sociedade Portuguesa Diabetologia. [Online]. [cited 2016 Maio 5. Available from: <http://www.spd.pt/index.php/grupos-de-estudo-mainmenu-30/-qualidade-de-vida-mainmenu-158/introduo-mainmenu-196>.

Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

6. Anexos

Anexo I

Mini-Mental State Examination Questionnaire (MMES)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas;

Procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHER OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

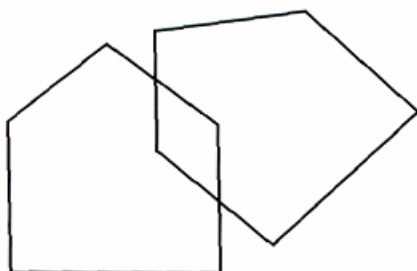
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Caracterização da relação entre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com a prevalência de Déficit Cognitivo e Depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã

Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com Déficit Cognitivo:

Analfabetos	≤ 15
1 a 11 anos de Escolaridade	≤ 22
Escolaridade superior a 11 anos	≤ 27

Anexo II

Escala De Depressão Geriátrica (Pocinho M, Farate C, Dias C, Lee T, Yesavage J)

	Sim	Não
1 - Está satisfeito com a sua vida actual		
2 - Abandonou muitas das suas atividades e interesses		
3 - Sente que a sua vida está vazia		
4 - Anda muitas vezes aborrecido		
5 - Encara o futuro com esperança		
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar		
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo		
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má		
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo		
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido		
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso		
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas		
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro		
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas		
15 - Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo		
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido		
17 - Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil		
18 - Preocupa-se muito com o passado		
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida		
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas atividades		
21 - Sente-se cheio de energia		
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança		
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor		
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância		
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar		
26 - Sente dificuldade em se concentrar		
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)		

Chave:

Sem Depressão	0-10
Levemente Deprimido	11-20
Gravemente Deprimido	21-27

Anexo III

Parecer Comissão Ética da Faculdade de Ciências da Saúde



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2015-028

Tema Projecto/Proponente: *“Relação entre os valores de Pressão Arterial e Hemoglobina Glicada com a prevalência de défice cognitivo e depressão, em idosos seguidos no Centro de Saúde da Covilhã”* – Exma. Senhora Helena Sofia Garcia Fonseca

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 2 de Fevereiro de 2016



O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor José Martinez de Oliveira