

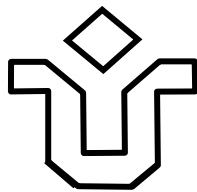
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU
MESTRADO EM NEUROLOGIA

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DÉFICITS
COGNITIVOS E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA
RESIDENTE NA FUNDAÇÃO LEÃO XIII,
RIO DE JANEIRO**

KARLA CHRISTINA ORNELAS AMADO

Prof. Dr. GIOVANNI MARCOS LOVISI
ORIENTADOR

Rio de Janeiro, RJ – Brasil
2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU
MESTRADO EM NEUROLOGIA

Dissertação apresentada ao término do Curso de Pós-Graduação *Stricto-sensu* em Neurologia, Área de Concentração Neurociências, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre.

Rio de Janeiro, RJ – Brasil
2007

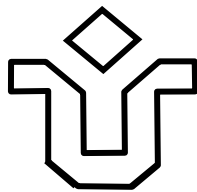
616.8 Amado, Karla Christina Ornelas,
Avaliação da Prevalência de Déficits Cognitivos e Depressão na População
Idosa Residente na Fundação Leão XIII, Rio de Janeiro.

XIII, 100f.

Orientador: Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Mestrado em Neurologia, 2007.

1. Déficit cognitivo. 2. População de albergue. 3. Depressão. I. Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro. II. Lovisi, Giovanni Marcos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU
MESTRADO EM NEUROLOGIA

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DÉFICITS
COGNITIVOS E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO IDOSA
RESIDENTE NA FUNDAÇÃO LEÃO XIII,
RIO DE JANEIRO**

Por

KARLA CHRISTINA ORNELAS AMADO

Dissertação de Mestrado

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Giovanni Marcos Lovisi

Prof^a. Dr^a. Marzia Puccioni Sohler

Prof^a. Dr^a. Lúcia Abelha Lima

Conceito:.....

Rio de Janeiro, RJ – Brasil
2007

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Carlos e Norma, que me apoiaram em todos os momentos e decisões importantes da minha vida.

Aos residentes dos albergues da Fundação Leão XIII, campo Lar dos Idosos e Campo Grande, por todos os ensinamentos de vida. Sem eles este estudo não poderia ser realizado.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao meu orientador GIOVANNI MARCOS LOVISI, que me recebeu com tanto carinho e paciência, compartilhando seus conhecimentos e impulsionando-me a horizontes distantes não só de conhecimento, mas de sabedoria. Com uma característica impar, possui a imensa capacidade de ensinar, dividir e crescer junto. Obrigado por tudo!

A minha co-orientadora CLEUSA FERRI, pela atenção dedicada a mim.

Ao professor MARTIN PRINCE, pelo carinho, reconhecimento e incentivo.

A LÚCIA ABELHA LIMA pelo precioso tempo de ensinamentos e questionamentos importantes para o meu crescimento.

A professora e coordenadora do mestrado REGINA MARIA PAPAIS ALVARENGA pelas excelentes aulas e ensinamentos sempre com um senso de humor inigualável e uma energia que irradia e contagia a todos. Ela é uma dessas pessoas que passam e deixam um pouco de seus ideais em cada um de nós.

Ao professor HÉLCIO ALVARENGA, pelo amplo conhecimento clínico e cultural que só alguém que viveu e dedicou-se a profissão tão perfeitamente poderia passar de forma agradável e apaixonante o conteúdo das aulas. Uma pessoa admirável.

A minha professora e orientadora da graduação VERA SOBRAL, pessoa a quem guardo respeito, admiração e carinho por toda a trajetória de vida e profundos ensinamentos. Pessoa que influenciou na minha escolha profissional e incentivou-me ao crescimento contínuo.

Agradeço a amiga e irmã ALINE SANTANA MAFIA ROSAS que sempre esteve ao meu lado, mesmo que distante, me apoiando e mostrando que é possível construir conhecimento sem sofrimento.

A amiga de sempre, para todas as horas, ANGÉLICA PEREIRA ROZA pelos ouvidos que escutaram atentamente os lamentos do dia-a-dia e que compartilharam a felicidade das conquistas. Uma pessoa que me ensinou muito da vida.

Ao amigo QUINCAS RODRIGUEZ que sempre esteve ao meu lado nos momentos em que mais precisei, com uma personalidade característica de um vencedor e um bom humor de invejar a muitos, agradeço pelas discussões calorosas intelectuais que me fizeram refletir e crescer.

Ao meu irmão LEONARDO ORNELAS AMADO pelo carinho e amor dedicado a mim.

Aos amigos e colegas mestres e doutores da saúde mental que compartilharam desse caminhar e influenciaram na minha vida TAIS VERONICA MACEDO CARDOSO, ELIELSO DE SOUSA, TATIANA FONSECA, ANDREA DAMIANA DA SILVA ELIAS, EDNA GOURGEL CASANOVA.

Um agradecimento especial ao secretário da neurologia na universidade, LUIZ EDUARDO DA CRUZ VEIGA.

Agradeço aos professores do mestrado LUIZ CLAUDIO SANTOS THULER, LUCIA MARQUES ALVES VIANNA, ASTERIO KIYOSHI TANAKA, MARIA TEREZA SERRANO BARBOSA, pelos ensinamentos e dedicação.

A todos os amigos do mestrado, principalmente STELLA TAYLOR, DANIELLE PROBSTNER, MARCOS PAPAIS ALVARENGA, MARIA DE NAZARETH GAMBOA RITTO, RAFAEL BRAUNE DE CASTRO E FRANCISCO JOSÉ DE FREITAS, que compartilharam ansiedades, alegrias e principalmente experiências ao longo desses anos contribuindo mutuamente no processo de formação profissional. Agradeço pelo incentivo nos momentos difíceis.

A meus pais e a minha família, que sempre com muito amor estiveram ao meu lado nesse longo prazeroso e cansativo caminho.

Agradeço a todos que me ajudaram nestes dois anos na construção desta dissertação!

RESUMO

AMADO, Karla Christina Ornelas. Avaliação da Prevalência de Déficits Cognitivos e Depressão na População Idosa Residente na Fundação Leão XIII, Rio de Janeiro. Orientador: Giovanni Marcos Lovisi. Rio de Janeiro: UNIRIO/PGNEURO, 2007. Dissertação (Mestrado em Neurologia, Área de concentração Neurociências).

Há escassez de estudos abordando transtornos mentais em população de rua idosa, impossibilitando o conhecimento real dos problemas de saúde desta população. OBJETIVO: estimar a prevalência de déficits cognitivos e depressão na população com 65 anos ou mais residente na Fundação Leão XIII na cidade do Rio de Janeiro e descrever os fatores sócio-demográficos referentes a esta. METODOLOGIA: estudo de prevalência de 101 idosos residentes em albergues da Fundação Leão XIII, utilizando o CSI-D e o GDS-15. RESULTADOS: 76,2% eram homens, 67,3% solteiros, 85,1% sem benefício, 62,3% provenientes da rua/casa. Os provenientes do hospital apresentaram piores condições de saúde e abandono. Foram encontrados 27,7% de sintomas depressivos, 17,8% de déficits cognitivos e 57,4% de abuso de álcool. CONCLUSÃO: a população do estudo encontra-se em piores condições que a população em geral, necessitando de atitude dos governantes na elaboração de políticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde biopsicossocial desta parcela marginalizada da população.

ABSTRACT

AMADO, Karla Christina Ornelas. Avaliação da Prevalência de Déficits Cognitivos e Depressão na População Idosa Residente na Fundação Leão XIII, Rio de Janeiro. Orientador: Giovanni Marcos Lovisi. Rio de Janeiro: UNIRIO/PGNEURO, 2007. Dissertação (Mestrado em Neurologia, Área de concentração Neurociências).

There is a lack of studies about mental health in elderly homeless people, disabling the real knowledge of health problems of this population. **OBJECTIVE:** estimate the prevalence of cognitive impairment, depression and alcoholic abuse in the population 65 years older shelters in Fundação Leão XIII, Rio de Janeiro city and describe the demographic factors. **METHODOLOGY:** cross-sectional study with 101 elderly homeless shelters in Fundação Leão XIII, using the CSI-D and the GDS-15. **RESULTS:** 76,2% were men, 67,3% single, 85,1% without benefit, 62,3% were street/house provenance. The hospital provenance subjects were in a worse conditions of health and desert. Were found 27.7% presenting depressive symptoms, 17.8% cognitive impairment and 57.4% alcoholic abuse. **CONCLUSION:** the population of the study was in worse conditions than the general population. The government needs elaborate politics of prevention, promotion and recovery of the biopsicossocial health of this neglected society.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos fatores sócio-demográficos de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e frequência (%)

Tabela 2 - Distribuição dos meios de admissão nos albergues e fatores sócio demográficos de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e frequência (%)

Tabela 3 - Distribuição de fatores clínicos e sócio demográficos de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e frequência (%)

Tabela 4 - Distribuição da faixa etária e comprometimento cognitivo de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e frequência (%)

Tabela 5 - Distribuição da faixa etária, de fatores clínicos e de suporte social de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e frequência (%)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

GDS-15 – Geriatric depressive Scale

CSI-D – Community Screening Instrument for Dementia

MEM – Mini-Exame do Estado Mental

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
versão IV

CID-10 – Código Internacional das Doenças versão 10

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

CIDI _ Composite International Diagnostic Interview

CEMASI – Centro Municipal de Assistência Social Integrada

CAMDEX – The Cambridge Mental Disorders of the Elderly
Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	x
SUMÁRIO.....	xi
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	4
1.2 Justificativa.....	5
1.3 Limitações do Estudo.....	5
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1 O envelhecimento populacional mundial.....	7
2.2 O envelhecimento populacional no Brasil e no RJ.....	10
2.3 População de rua idosa.....	14
2.4 Acometimentos clínicos e psiquiátricos da população de rua idosa.....	18
2.5 Déficit cognitivo e abuso de álcool na população de rua idosa.....	22
2.6 Depressão e Demência.....	23
2.7 Instrumentos para rastreio de demência.....	31
3 METODOLOGIA.....	40
3.1 Desenho do estudo.....	40
3.2 Local do estudo.....	40

3.3	Instrumentos utilizados no estudo.....	43
3.3.1	CSI-D.....	43
3.3.2	GDS-15.....	44
3.3.3	Avaliação dos fatores sócio-demográficos.....	45
3.4	Coleta de dados.....	46
3.5	Análise dos dados.....	47
4	RESULTADOS.....	49
4.1	Características sócio-demográficas.....	49
4.2	Prevalência das variáveis clínicas e rede social.....	54
5	DISCUSSÃO.....	58
5.1	Prevalência de déficits cognitivos.....	58
5.2	Prevalência de sintomas depressivos e abuso de álcool..	59
5.3	Discussão dos instrumentos.....	62
5.4	Prevalência das variáveis clínicas.....	62
5.5	Prevalência das características sócio-demográficas.....	64
6	CONCLUSÃO.....	69
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
8	ANEXO.....	83

1 - Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Em 2002, o contingente de pessoas com 65 anos ou mais correspondia a 7% de uma população mundial de aproximadamente 6,2 bilhões. Em 2006, a proporção de idosos com 65 anos ou mais correspondia a 7,4% de uma população mundial de 6,5 bilhões, aproximadamente (ONU, 1991). Segundo estimativas, há perspectivas de que chegue a 17% de um total de cerca de 9 bilhões em 2050, o que representaria crescimento de mais de 300% em um período de 50 anos, quando consideramos a população idosa em 2000. Este crescimento será maior nos países em desenvolvimento, onde há previsões de que esta população irá aumentar mais de quatro vezes (ONU, 1991).

O Brasil é um dos países em desenvolvimento no qual o envelhecimento da população está ocorrendo com maior velocidade. Em 1950, essa população era de aproximadamente dois milhões, correspondendo a 4,1% da população total. No ano 2000 esta população aumentou para 9,3 milhões, mais do que sextuplicando, passando a corresponder 5,3% da população total. Projeções apontam para uma população idosa de 24 milhões em 2025, o que corresponderá a 11,1%, e 50 milhões, cerca de 22,0% da população do país em 50 anos (Sczufca *et al*, 2002).

No município do Rio de Janeiro a população com 65 anos ou mais era de 534 mil neste mesmo ano correspondendo a 9,1% da população total de 5 milhões e 800 mil habitantes aproximadamente (IBGE, 2000).

Há 50 anos, a pirâmide populacional brasileira com base larga e ápice estreitado, tipicamente traduzia a situação de países em desenvolvimento cujo

número de crianças era bem maior comparado ao número de idosos. Hoje, com um formato de barril, percebe-se nitidamente o aumento da população idosa. Este crescimento foi devido ao envelhecimento da população que ocorreu em consequência da diminuição da mortalidade nos primeiros anos de vida, do aumento da expectativa de vida e da diminuição da fecundidade nos jovens a partir de 1970 (Chaimowicz, 2005).

No Brasil, os esforços políticos direcionados ao idoso resultaram na criação da lei nº. 8.842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre uma política nacional e cria um Conselho Nacional que tem por objetivo assegurar os direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, considerando idoso toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Apesar da crescente importância dos idosos no contexto mundial e nacional, não só sob os aspectos conhecidos de cunho quantitativo (no amplo significado dos números e da sua porcentagem na população total), mas também qualitativo (inerentes essencialmente à demanda cada vez mais intensa de recursos que visem à consolidação de sistemas de suporte a essa faixa etária), há pouca informação sobre essa população, em especial sobre a sua situação de saúde física e mental.

Dentre os transtornos mentais, os mais prevalentes na população idosa são: demência, transtorno cognitivo e depressão, para os quais existem escassos trabalhos publicados, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil.

É essencial que os problemas de saúde que ocorrem com mais prevalência nesta faixa etária sejam discutidos, na medida em que constituem a base para a estrutura do sistema de saúde direcionado ao idoso.

Estudos realizados sobre o declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento, têm mostrado uma necessidade de se investigar indivíduos com potencial risco de desenvolver demência.

Se por um lado, o envelhecimento global tem conferido aos idosos grande preocupação por parte dos governantes e pesquisadores, o crescimento da exclusão social, também tem aumentado a apreensão por parte dos gestores de políticas públicas. Dentre estes grupos populacionais, incluem-se os moradores de rua, representados por aqueles indivíduos que vivem cronicamente nas ruas, incluindo os que vivem em albergues (Rossi, 1989).

Embora os idosos representem ainda uma pequena porcentagem da população de rua, o seu número está crescendo, acompanhando as perspectivas de envelhecimento populacional. Analogamente, verifica-se também a escassez de estudos acerca desta população nos países em desenvolvimento como o Brasil, sobretudo tematizando a área dos transtornos mentais mais prevalentes desta faixa etária, como os transtornos cognitivos, demência, depressão e abuso/dependência de álcool.

Refletindo sobre a população idosa residente nos albergues vem o questionamento acerca da prevalência de déficits cognitivos, depressão, abuso/dependência de álcool nessa população. Qual seria o seu perfil sócio-demográfico? Qual a razão imediata para estarem em um albergue público? Será

que possuem alguma renda e vínculos familiares e/ou de amizade que possam ajudá-los a reconstruir suas vidas fora do albergue? Haveria associação entre os déficits cognitivos e os outros fatores?

Portanto o conhecimento dos agravos físicos, mentais e sociais torna-se essencial para a elaboração e implementação de políticas públicas que visem promover qualidade de vida deste grupo populacional.

1.1 - Objetivos

Objetivo Primário:

- Estimar a prevalência de déficits cognitivos na população com 65 anos ou mais albergados na Fundação Leão XIII na cidade do Rio de Janeiro.

Objetivos secundários:

- Estimar a prevalência de sintomas depressivos na população com 65 anos ou mais albergados na Fundação Leão XIII na cidade do Rio de Janeiro.
- Estimar a prevalência de abuso/dependência de álcool desta população;
- Descrever as características sócio-demográficas desta população;
- Verificar as associações estatísticas entre as variáveis estudadas.

1.2 - Justificativa

Para que possamos pensar em como prevenir os agravos de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida no envelhecimento precisamos primeiramente saber a distribuição destes agravos nesta população. A descrição da distribuição de um agravo de saúde em uma população é uma das fontes imprescindíveis para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual.

(Medronho *et al*, 2006)

O número de estudos sobre população de rua idosa no Brasil é escasso com uma quantidade maior de estudos realizados em países desenvolvidos, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos, sendo a faixa etária mais estudada a partir dos 65 anos.

A escassez de estudos na área de Saúde Mental sobre população de rua idosa no Brasil impossibilita o conhecimento de seus principais problemas psicossociais, e conseqüentemente a construção de metas eficazes para uma assistência de qualidade. Este fato prejudica uma melhoria na qualidade de vida deste grupo populacional, que já é bastante excluído da sociedade. O nosso estudo pode vir a servir como inspiração para outras pesquisas e dar subsídios para os profissionais que acompanham esta clientela.

1.3 - Limitações do estudo

O desenho do estudo é transversal o que não permite examinar a causa dos fatores estudados. (Susser *et al*. 1993). Outra limitação é o fato de que os

idosos que estão em albergues públicos, como os do presente estudo, não representem os idosos em situação de rua da cidade do Rio de Janeiro/Brasil em termos de características sócio-demográficas ou variáveis clínicas, portanto, tornando difícil a generalização dos dados.

2 - Revisão de Literatura

2.1 - O envelhecimento populacional mundial

O processo de envelhecimento e sua conceituação são complexos. Nos seres humanos em especial, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, cronológico, sendo um processo dinâmico, progressivo, irreversível e inevitável, caracterizado por variadas manifestações biológicas, psíquicas e sociais (Martinez, 1994).

O envelhecimento é heterogêneo e existe uma importante variação interindividual. As influências externas (alimentação, doenças, atividades diárias) e a maneira com que cada indivíduo as enfrenta, diferencia cada organismo. De forma semelhante, as experiências emocionais e pessoais vão se acumulando e diferenciando cada indivíduo, tornando-o uma pessoa cada vez mais marcada por sua própria trajetória (Tavares, 2005).

O processo do envelhecimento vai além da biologia e perpassa todos os aspectos de vida de um indivíduo, pois este acumula experiências de vida mudando suas dimensões psíquicas ao longo dos anos. Portanto, a capacidade de adaptação às perdas e outras mudanças durante a vida determinam grandemente a capacidade de adaptação do indivíduo a idade avançada (Motta, 2004).

As idades funcionais e fisiológicas diferem entre as pessoas e não podem ser padronizadas, ao contrário da idade cronológica. Funcionalmente um jogador de futebol está velho quando completa 30 anos, mesmo que esteja em uma forma

física magnífica, fisiológico e cronologicamente jovem. Alguns autores afirmam que o envelhecimento ocorre ao longo de toda a vida e que poderia se iniciar após a concepção. Outros definem seu início após algum tempo transcorrido de vida (Brunner & Suddarth, 1996).

Considerando o tempo cronológico, a idade a partir da qual o indivíduo é considerado idoso vem crescendo ao longo dos séculos. Há algum tempo a OMS estipulou duas idades cronológicas a partir das quais os indivíduos são considerados idosos: 65 anos nas áreas mais desenvolvidas e 60 anos nos países em desenvolvimento. Entretanto, o processo de envelhecimento populacional observado em países desenvolvidos ocorre há anos, onde o número de idosos mantém o desenho retangularizado da pirâmide populacional inalterado. No entanto a duração da velhice se tornou mais extensa nos últimos anos, variando de 65 a 100 anos ou mais. Assim, passou a ser necessário classificar os idosos em 3 grupos: 1- jovem-idoso para 65 a 74 anos; 2) idoso mediano para 75 a 84 anos; 3) idoso mais velho para aquele acima de 85 anos (Tavares, 2005).

Na América do Norte durante a década de 1930, quando foi estabelecida a idade de 65 anos para aposentadoria através da legislação previdenciária, a sociedade passou a aceitar esta idade como início da velhice (Brunner & Suddarth, 1996).

O aumento da expectativa de vida na Europa, já havia sido substancial à época em que ocorreram importantes conquistas do conhecimento médico, em meados do século XX, com a redução da mortalidade por doenças, principalmente infecciosas, como a tuberculose, a poliomielite, sarampo, gastroenterites e

pneumopatias da infância, como tantas outras. Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade por tuberculose era de 194 mortes para cada 100.000 indivíduos ao ano (Kalache, 1987).

A partir de 1925 a taxa de mortalidade começou a declinar, sendo a principal razão associada, "a elevação do nível de vida da população, traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, melhores condições ambientais no trabalho e nas residências." (Kalache, 1987). Essas mudanças ambientais já vinham declinando as taxas de mortalidade da tuberculose antes da introdução da terapêutica medicamentosa desta doença. Após o início do tratamento médico, estas taxas abaixaram ainda mais rapidamente.

Ainda que os países em desenvolvimento estejam envelhecendo, a maior parte dos idosos que vivem em países desenvolvidos, certamente pela política de desenvolvimento humanitária e pela melhor qualidade de vida gozam desta etapa com mais recursos e oportunidades que outros vivendo em países em desenvolvimento, que lutam pela sobrevivência a cada dia, experimentando um nível de pobreza degradante.

Dentre os 11 países que terão uma população com maior número de idosos daqui a vinte anos, 8 serão países em desenvolvimento. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cedendo lugar a países caracteristicamente jovens como a Nigéria, Brasil ou Paquistão. Esse aumento acontecerá de maneira desigual, podendo crescer de forma aritmética ou

geométrica, dependendo das características populacionais de cada país. As perspectivas apontam um número de 649,2 milhões de pessoas com 65 anos ou mais no mundo em 2020, estando 436,9 milhões em regiões menos desenvolvidas e 212,4 milhões em regiões mais desenvolvidas. Em ordem crescente, os países que mais terão população acima de 65 anos em 2025 serão, China, Índia, Rússia, Estados Unidos, Japão e Brasil seguidos de Indonésia, Paquistão, México, Bangladesh e Nigéria (Kalache, 1987).

2.2 - O envelhecimento populacional no Brasil e no Rio de Janeiro

O Brasil é um dos países em desenvolvimento no qual o envelhecimento da população está ocorrendo com maior velocidade. A partir de 1940 até a década de 70, com a diminuição da mortalidade e o aumento da fecundidade, a população brasileira cresceu de 41 milhões para 93 milhões de habitantes, sendo 4,1% (2 milhões) de população idosa em 1950. Entretanto, a forma piramidal da pirâmide populacional nestas três décadas manteve-se, pois a redução da mortalidade ocorreu principalmente no primeiro ano de vida, ocasionando a sobrevivência de mais crianças e conseqüentemente levando a um rejuvenescimento da população entre as décadas de 60 a 90 (Scazufca *et al*, 2002).

A partir de 1960 observou-se a diminuição da taxa de fecundidade apenas nas regiões mais desenvolvidas do Brasil como o Sul e Sudeste e o aumento gradativo da expectativa de vida, demarcando o início do processo de envelhecimento nestas regiões, observando este mesmo processo a partir de 1970 nas demais regiões do país (Chaimowicz, 2005).

No que tange as perspectivas de envelhecimento, há um contínuo crescimento observando o aumento da população idosa (60 anos ou mais) no ano 2000 passando a representar 13 milhões, 7,8% do total da população brasileira. Os estudos apontam para os próximos 50 anos uma população de 58 milhões de idosos, representando 23,4% da população total (Scazufca *et al*, 2002).

Entre 2000 e 2050 haverá um aumento da população idosa de 5,1% para 14,2%, quase triplicando seu número, devido a dois fatores principais: diminuição da fecundidade entre os períodos de 1995 a 2000 e entre 2015 a 2020, e as coortes remanescentes do aumento da fecundidade estarão progressivamente indo para o grupo de 65 anos (Scazufca *et al*, 2002; Chaimowicz, 2005).

Estima-se que em 2020 a esperança de vida ao nascer seja 75,5 anos de idade, com uma freqüência de 23,5% de jovens e 7,7% de idosos. Diferente da França, da Suécia e dos EUA, que levaram 115, 85 e 66 anos respectivamente para que o número de idosos na população geral dobrasse, no Brasil isso ocorrerá em apenas 30 anos, passando de 7,7% em 2020 para 14,2% em 2050. Em 2080 a proporção deverá se estabilizar em 20% de jovens e 15% de idosos e seu aumento dependerá da diminuição da mortalidade nessas faixas etárias e não da fecundidade (Scazufca *et al*, 2002).

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida e progressiva. Atualmente, a pirâmide populacional encontra-se com as bases mais estreitadas e ápice mais alargados em relação à pirâmide de 50 anos atrás, significando uma diminuição da taxa de natalidade, aumento da sobrevivência nos primeiros anos de vida e um envelhecimento da população. Essas mudanças estão ocorrendo

com rapidez e o Brasil deverá passar entre 1960 e 2025, da 16ª para a sexta posição mundial em termos de número absoluto de idosos. Por estar intrinsecamente relacionado à prevalência e incidência de doenças, estas mudanças determinaram, determinam e irão continuar determinando dificuldades ao Estado para lidar com o novo perfil epidemiológico, que aos poucos se sobrepõe (Veras, 1994).

A transição epidemiológica, mudanças nos padrões de morbidade, invalidez e morte que ocorrem em geral com outras transformações demográficas, sociais e econômicas, vêm ocorrendo no Brasil e em outros países industrializados e vizinhos da América Latina. O processo engloba três mudanças básicas: 1) a substituição da primeira causa morte de doenças transmissíveis para não transmissíveis e causas externas, 2) o deslocamento de morbi-mortalidade do grupo jovem para o mais idoso e 3) a transformação de uma situação onde predominava mortalidade para àquela em que predomine morbidade (Sczufca *et al*, 2002). No Brasil ocorre uma superposição da etapa de doenças transmissíveis com as crônico-degenerativas. O processo morbi-mortalidade mantém-se para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada e ainda devemos considerar as diversidades entre regiões dentro do país.

Pode-se considerar o envelhecimento como o conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a taxa de morbidade específica para a idade. Não é um processo patológico, porque enquanto envelhecemos experimentamos mudanças fisiológicas esperadas, mas a probabilidade de adoecer aumenta com a idade devido às mudanças que tornam os idosos mais

vulneráveis a várias doenças. (Motta, 2004). De fato, as doenças não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento, podendo ser evitadas se investido em prevenção com a diminuição dos fatores de risco que aumentam a probabilidade dos idosos serem acometidos por doenças crônico-degenerativas proporcionando um envelhecimento saudável.

No entanto, "o envelhecimento acelerado gera preocupações quanto ao aumento de prevalência de doenças crônicas e de declínio físico e mental na população e quanto ao despreparo do sistema de atenção à saúde para lidar com essas mudanças" (Barreto, 2005).

Em meados da década de 90, a sociedade já se deparava com uma demanda por serviços médicos e sociais outrora restritas aos países desenvolvidos. Nesta época, o Estado ainda preocupava-se com o controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não sendo capaz de aplicar estratégias para efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de desigualdades regionais e sociais, os idosos acumulam seqüelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida especialmente aqueles com baixa renda os quais não tem conseguido garantir a assistência social e de saúde que demandam (Chaimowicz, 2005).

Um estudo seccional verificou a associação entre condição sócio-econômica, condição de saúde e uso de serviços de saúde em uma amostra representativa da população brasileira com 65 anos ou mais. Este estudo comparou a condição de saúde e o uso de serviços de saúde entre os idosos com

renda 67% abaixo do salário-mínimo (20% da população brasileira) com aqueles de melhor situação socioeconômica. Os resultados mostraram que os idosos com baixa renda apresentaram piores condições de saúde, piores condições físicas e menor utilização de serviços médicos e odontológicos (Lima-Costa *et al*, 2003).

Ao mesmo tempo em que o envelhecimento populacional demonstra o sucesso de políticas públicas do país na diminuição da mortalidade com o tratamento de doenças infecciosas, representa um desafio aos serviços de saúde em oferecer suporte biopsicossocial às necessidades da população idosa, como a promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças crônico-degenerativas além de atenção básica e especializada de saúde, melhor nutrição, condições adequadas de habitação, lazer e cultura. Essas necessidades encontram-se mais acentuadas principalmente entre os idosos que vivem em situação de miséria e exclusão social, requerendo mais investimento econômico, político e social.

2.3 População de rua idosa

A não inserção social e a falta de moradia são uma forma de destituição a qual há implicações na saúde pública. De acordo com as estimativas das Nações Unidas existem 100 milhões de pessoas em situação de rua no mundo e mais que 1 bilhão vive inadequadamente em albergues (UN-HABITAT, 2001).

O aumento da população idosa nos países em desenvolvimento está ocorrendo em todas as classes sociais, incluindo àquelas de baixo poder aquisitivo ou desprovidos de renda, como a população de rua que representam a linha final de um processo crônico de exclusão social (Gouvea & Lovisi, 2006). Embora os

idosos representem ainda uma pequena porcentagem dos moradores de rua, o seu número está crescendo, assim como o da população idosa em geral. Este crescimento vem delegando preocupação pelos marginalizados devido ao limitado conhecimento que se têm acerca desta parcela da população, sabendo-se pouco a respeito do seu número e de seus problemas. Até onde conhecemos na busca de revisão de literatura sobre população de rua idosa, este será o segundo estudo a ser realizado no Brasil. O primeiro estudo (Gouvea & Lovisi, 2006) avaliou apenas um albergue público da cidade do Rio de Janeiro. A falta de dados acerca da população de rua acima de 65 anos de idade torna-se um problema para se estudar, posto que o perfil sócio-demográfico, bem como o psiquiátrico é essencial para o entendimento da condição desta população. Neste sentido, para atender às necessidades desta população de rua idosa deve-se conhecer quais os problemas de saúde que ocorrem com mais prevalência.

Um dos problemas encontrados nos estudos sobre população de rua é a dificuldade de se encontrar uma conceituação universal (Cohen, 1994; Hamid *et al.*, 1993; Rossi, 1989; Lovisi *et al.*, 2003). O presente estudo utilizou o termo morador/população de rua, na falta de uma melhor tradução em português para o termo inglês *literal homeless*. Mesmo assim, essa tradução ainda não é adequado graças ao seu significado abrangente, podendo, por exemplo, englobar, vários subtipos de população de rua, além da numerosa população que transita pelas ruas e que não tem absolutamente nada a ver com os sem-teto. Mas como ele é utilizado por todos aqueles que trabalham com essa população no Brasil e no mundo, optou-se por mantê-lo.

De acordo com Rossi (1989), aqueles indivíduos que vivem cronicamente nas ruas ou em albergues, desenvolvendo nesses ambientes todos os aspectos de sua vida cotidiana e estando sempre em estado de extrema pobreza, são definidos como *literal homeless*.

Da mesma forma, é preciso fazer considerações a respeito dos albergues da Fundação Leão XIII, em relação ao tempo de abrigo. Diferente dos *Shelters* (albergue considerado na classificação de Rossi para *literal homeless*), que abrigam por tempo determinado a população de rua de qualquer faixa etária, os albergues da Fundação Leão XIII, abriga os idosos por tempo indeterminado.

Através dos anos, a população de rua tem sido vista como leviana e objeto de preconceito expresso de várias formas. Geralmente, são ditos como inábeis socialmente, rotulados de doentes mentais e não interpretados sob a ótica da falta de lar. Este fenômeno é importante enquanto reação da sociedade a algo diferente do que ela concebe como ideal.

Na Inglaterra, foi decretado o ato de 1824 que caracterizava crime a mendicância e deveria ser controlada, pois representava um perigo à sociedade e sua estrutura. Em 1909, este país reconhece que é seu dever tratar a população de rua. Em 1977, foi promulgado o ato da família estressada com sua precária acomodação, que responsabilizava as autoridades locais a abrigarem homens solteiros que apresentassem o diagnóstico de doença mental (Drake *et al*, 1991).

No Brasil, temos historicamente documentado a população de rua, principalmente depois da lei do ventre livre, quando ex-escravos ditos “não-produtivos” eram dispensados pelos senhores. Como consequência havia a

migração de pessoas em busca de emprego e estabilidade, gerando grandes grupos de aglomerados urbanos com dificuldades cada vez maiores de ascensão social (Fadden *et al*, 1987).

Essa situação de destituição é acompanhada por implicações à saúde no âmbito individual e pública. Sabe-se atualmente que a população de rua é exposta constantemente à violência, a precárias condições de saneamento, à fome entre outros problemas. Esta falta de suporte social favorece um quadro de desamparo aos cuidados de saúde desta população, propiciando o surgimento ou agravamento de doenças. Dentro deste quadro, vemos incluídos os transtornos mentais, como por exemplo, os cognitivos.

A grande maioria dos estudos acerca da população de rua idosa foi realizada nos EUA e Inglaterra. Os estudos conduzidos em Londres e Nova Iorque encontraram uma grande maioria da população de rua idosa composta por homens, solteiros, baixo nível educacional e profissional, ausência de suporte social, história de aprisionamentos e de separações na adolescência. A única diferença encontrada entre estas duas cidades foi em relação à composição étnica. Em Nova Iorque predominavam os não brancos, enquanto em Londres os brancos, principalmente os irlandeses. A grande maioria sofria de problemas clínicos, como doenças respiratórias, gastrintestinais, hipertensão, epilepsia e traumas físicos que podem levar a graves problemas de mobilidade. Comparando-se com a população idosa geral, a população de rua idosa apresentava muito mais problemas físicos, mentais e sociais (Cohen *et al.*, 1988; Crane, 1996).

Diante desses problemas sociais e de saúde a população de rua idosa contam principalmente com os albergues, instituições que os abrigam, oferecendo-lhes cama, alimentação e instalações para realizarem suas necessidades de higiene pessoal. Estas instituições vêm sofrendo com a descontinuação de políticas conforme os governos mudam.

No Brasil, pouco se pode descrever acerca das características clínicas e sócio-demográficas desta população devido à escassez de estudos.

2.4 – Acometimentos clínicos e psiquiátricos da população de rua idosa

A população de rua é um aspecto grave da extrema pobreza, representando a linha final de um processo crônico de empobrecimento. Essa população é altamente vulnerável a múltiplos fatores de risco para a saúde, os quais estão associados à sua condição extrema de pobreza. Seus problemas físicos e mentais podem, em parte, serem explicados pela sua condição desfavorável de vida.

Existem poucos estudos que examinam a diferença de transtornos mentais entre os moradores de rua e a população pobre. Um desses estudos foi conduzido em Los Angeles com o objetivo de responder a essa indagação (Linn *et al.*, 1990). Os autores entrevistaram 464 pacientes que freqüentaram durante o período de um ano (1989) o serviço médico de uma comunidade carente de Los Angeles: 214 eram moradores de rua e 250 eram moradores de áreas carentes. Embora os dois grupos apresentassem uma grande prevalência de problemas mentais, o grupo de moradores de rua era significativamente mais propício a apresentar internações

psiquiátricas anteriores por problemas mentais e alcoolismo, e uma maior frequência de sintomas psicóticos.

Outro estudo foi realizado com o objetivo de avaliar se os indivíduos idosos que viviam na pobreza teriam uma maior prevalência de depressão (Wilson *et al.*, 1999). Esse estudo foi realizado em uma amostra de 5.222 indivíduos com mais de 65 anos, selecionados aleatoriamente de uma lista de pacientes em cuidados médicos em Liverpool. O principal achado foi o de que aqueles indivíduos que viviam na pobreza apresentaram uma maior prevalência de depressão.

Os resultados de estudos internacionais realizados em albergues apresentam grandes diferenças de prevalência de transtornos mentais ocasionado principalmente pela conceituação dos albergues, que abrigam populações com diferentes perfis sócio-demográficos e patológicos sendo *hostel*, termo mais utilizado na Inglaterra, instituição que abriga por longo período de tempo e *shelter* destinado a abrigar uma população transitória, sendo este termo mais utilizado nos estados Unidos. No Rio de Janeiro, os albergues estudados se assemelham aos *hostels*.

Os indivíduos que moram tanto nas ruas quanto em albergues estão vulneráveis a vários fatores que podem desencadear doenças, tais como: a falta de alimentação adequada; as exposições a condições precárias de higiene; a falta de privacidade; a exposição ao frio e ao calor, a violência urbana, dentre outros. Esses fatores aumentam a vulnerabilidade dessa população a doenças, fazendo com que a sua taxa de mortalidade seja quatro vezes superior à da população em

geral. As principais causas de morte são os acidentes provocados pelo uso de bebidas alcoólicas, tuberculose e outras doenças respiratórias, AIDS.

Uma vez que o indivíduo está só e vivendo num ambiente totalmente insalubre, onde o consumo, especialmente, de álcool é freqüente, pode-se esperar que todas essas situações contribuam para o consumo excessivo de álcool. No entanto, pode existir um grupo de pessoas em que o alcoolismo antecede à condição de morador de rua, e cuja sintomatologia agravou-se em consequência desse evento. A grande prevalência de alcoolismo na população de rua, em comparação à população em geral, torna-os mais vulneráveis a acidentes, a problemas físicos e mentais relacionados ao abuso, dependência, intoxicação e abstinência ao álcool. Esses indivíduos podem manifestar transtornos psicóticos agudos e também outros sintomas como a apatia, retardo psicomotor e déficit de memória. Estes sintomas são decorrentes de toda a adversidade que estão submetidos (Arce & Vergare, 1984). Fatores como estes descritos acima podem levar esses indivíduos a negligenciarem a sua saúde e não procurarem ajuda a tempo (Shanks, 1983).

Muitos são os transtornos mentais que acometem a população de rua. Existe, entretanto, a dificuldade na delimitação do fator temporal de causalidade, ou seja, se os transtornos antecedem ou sucedem o fato de se estar nas ruas? Este problema se torna ainda mais complexo ao se estudar a população de rua idosa que tem um longo período de vivência nas ruas ou em albergues, conseqüentemente com o agravamento de seus problemas físicos e mentais.

O fato de ser população de rua nesta faixa etária foi encontrado associado significativamente com pobreza, ausência de suporte social, história de instabilidade residencial e demência (Greenblatt, 1992). Muitos estudos relataram um evento específico como desencadeador do fato de se ir morar nas ruas, como perdas financeiras, desemprego, separações, abuso sexual, despejos, morte de parentes íntimos.

A literatura científica da área, principalmente dos EUA e Reino Unido, sugerem uma grande prevalência de déficits cognitivos e outros transtornos mentais nesta população de rua idosa, com uma maior proporção de mulheres apresentando transtornos mentais severos (Stergiopoulos & Herrmann, 2003).

Em 1978, dois importantes pesquisadores ingleses descreveram a distribuição da severidade dos problemas mentais dos moradores de rua de acordo com o local em que estes estivessem alojados. Eles observaram que os indivíduos que viviam nas ruas apresentavam uma maior severidade de problemas físicos, mentais e sociais em comparação àqueles que viviam em albergues. Este quadro se repete quando se considera a população de rua idosa (Leach & Wing, 1978).

Tem-se encontrado na população de rua uma proporção de 20% a 70% com transtornos mentais, principalmente a esquizofrenia, depressão, déficits cognitivos e abuso/dependência do álcool, apresentando-se com grande frequência.

2.5 – Déficits cognitivos e abuso de álcool na população de rua idosa

Os déficits cognitivos estão freqüentemente descritos em estudos com população de rua idosa e adulta nacional. No Brasil/ Rio de Janeiro, a relação entre déficit cognitivo e a condição do idoso em situação de rua pode ser conhecida pela existência de apenas um estudo que apresentou dados de uma amostra de 64 indivíduos com 65 anos ou mais, moradores de um albergue público da cidade do Rio de Janeiro, encontrando a prevalência de 20,3% de déficit cognitivo grave e 18,8% de déficit cognitivo leve, sendo 22% para o sexo feminino e 19,6% para o sexo masculino. Neste estudo verificou-se o aumento da prevalência de déficit cognitivo grave conjuntamente com o aumento da faixa etária. Porém este estudo foi realizado em apenas um albergue com tamanho amostral pequeno, dificultando a generalização dos dados, como descritos pelos autores Gouvea & Lovisi (2006).

Outros estudos brasileiros como o de Heckert *et al* (1999) que pesquisou uma amostra de 83 moradores de rua em Minas Gerais, sendo somente 2,4%, a população com mais de 65 anos, e composta principalmente por mulheres. O diagnóstico mais freqüente foi de abuso/ dependência de álcool (82%). Os déficits cognitivos estavam associados significativamente com a dependência alcoólica e faixa etária idosa.

Lovisi *et al* (2003), em uma amostra de 330 moradores de albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro, encontrou 31% para abuso/ dependência de álcool, 4,1% para abuso/ dependência de drogas, 21,3% de déficits cognitivos leves e 15% para déficits cognitivos graves. A população deste estudo era

composta por apenas 12,1% de indivíduos com mais de 65 anos, sendo a grande maioria composta de homens (87,3%). Os mais idosos apresentaram maiores taxas de déficits cognitivos leves e graves e abuso/ dependência de álcool. Este estudo utilizou o MEM, instrumento de rastreio de déficits cognitivos com conhecido viés educacional.

Apesar dos estudos com população de rua encontrados na literatura internacional também serem escassos, estes apresentam achados acerca de déficits cognitivos e abuso de álcool dentre outros transtornos.

O estudo de Muñoz *et al.* (1998) realizado com 261 indivíduos adultos população de rua, com 10% da amostra acima de 60 anos, encontrou 6,3% de déficit cognitivo utilizando como instrumento de avaliação o MEM e 44,3% de abuso de álcool na amostra total.

Em Baltimore foi descrito uma prevalência de 7,8% de déficits cognitivos em população albergada (Fischer, 1986) e em Los Angeles os achados foram de 3,4% de déficits cognitivos e 62,9% de abuso de álcool (Koegel *et al.*, 1988) e em Munich encontrou-se 8,9% de déficits cognitivos (Fichter & Breakey, 1991)

Buhrich *et al.* (2000), entrevistou utilizando o MEM 204 indivíduos encontrados em albergues de Sydney encontrando 10% de déficit cognitivo, estando relacionado à população mais velha do estudo.

2.6 – Depressão e Demência

Há algumas décadas, foi introduzido por Kral (1962) o conceito de *esquecimento benigno da senescência*, para se referir aos indivíduos que

apresentavam perda significativa da memória para sua faixa etária, mas não eram caracterizados como processo patológico. Nos anos seguintes surgiram com este mesmo conceito, porém com outras denominações como declínio cognitivo associado ao envelhecimento (DSM-IV) e declínio cognitivo leve ou em inglês *Mild Cognitive Impairment* (CID-10) ou declínio da capacidade cognitiva. É importante frisar que não se trata de um processo patológico, no entanto estudos realizados sobre o declínio da capacidade cognitiva (DCC) durante o envelhecimento, têm mostrado uma necessidade de se investigar indivíduos com potencial risco de desenvolver demência (Cosenza, 2005).

A academia Americana de Neurologia recomendou o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve para a detecção precoce de demência. O CCL do tipo amnésico refere-se à zona de transição entre o envelhecimento normal, entendido como aquele não associado à existência de patologia neurológica ou de qualquer outra ordem que leve ao comprometimento da saúde física e/ou mental do indivíduo, e os estágios muito iniciais da Doença de Alzheimer (DA). Caracteriza-se pelo: 1) comprometimento subjetivo de memória, preferencialmente confirmado por um informante; 2) comprometimento objetivo de memória comparado com grupo emparelhado por idade e escolaridade (tem sido usualmente recomendado que o desempenho situe-se abaixo de 1,5 desvios padrão da média); 3) funcionamento cognitivo global normal; 4) independência quanto às atividades da vida diária; 5) ausência de demência. As demais funções cognitivas não estão necessariamente preservadas, contudo o grau de comprometimento não é suficiente para o indivíduo ser diagnosticado como

demente. A taxa de conversão do Comprometimento Cognitivo Leve para Doença de Alzheimer foi de, aproximadamente, 10 a 15% ao ano, representando um subgrupo com risco elevado de desenvolver esta síndrome demencial. Assim, os idosos com Declínio da Capacidade Cognitiva dividem-se em dois grupos: um com trajetória cognitiva estável e benigna e outro com declínio da memória episódica anterógrada decorrente de um estágio incipiente ou de transição para Doença de Alzheimer (Caramelli *et al.*, 2005).

É importante saber se os indivíduos com essas características possuem a forma benigna ou se estão evoluindo para estado de perda cognitiva mais significativa, como nos estados pré-morbidos e propriamente diagnosticados da doença de Alzheimer (Cosenza, 2005).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que tem conseqüências diretas nos sistemas de saúde pública. Uma das principais conseqüências do crescimento desta parcela da população é o aumento da prevalência dos transtornos mentais observados em idosos como a demência, especialmente a Doença de Alzheimer e a depressão (Caramelli *et al.*, 2003, Taveira *et al.*, 2001).

A depressão tem sido registrada desde a antiguidade em diversos momentos como na história do Rei Saul, no antigo testamento e por Hipócrates em 400 a.C. como melancolia. (Kaplan *et al.*, 1997). A prevalência destes transtornos na população geral com mais de 60 anos está entre 1% a 10%, é duas vezes maior em mulheres e maior em pessoas que não mantêm relações interpessoais íntimas, separadas, divorciadas e viúvas. (Tavares, 2005)

O termo pseudodemência introduzido em 1880 por Wernick, descreve sintomas cognitivos presentes nas síndromes depressivas mimetizando quadros demenciais. Estes casos são reversíveis (em sua maior parte) com o início do tratamento medicamentoso adequado. (Tavares, 2005)

Não havendo marcadores específicos para o diagnóstico dessas síndromes, é necessário atentar para a história clínica e poder reconhecer detalhes particulares a cada transtorno para o diagnóstico diferencial. Contudo, freqüentemente nesses pacientes, os transtornos coexistem dificultando o diagnóstico e o tratamento adequados (Taveira *et al.*, 2001).

Muitos transtornos neurológicos e agentes farmacológicos podem produzir sintomas de depressão, como as demências e as drogas anti-hipertensivas e cardíacas entre outras freqüentemente utilizadas pelos idosos (Kaplan *et al.*, 1997) É de fundamental relevância a questão da poli farmácia e das comorbidades nos idosos.

Estudos recentes apontam para a dificuldade em diagnosticar a síndrome demencial em seu início, devido que alguns pacientes apresentam depressão como parte da síndrome demencial, ou pacientes com pseudodemência desenvolverem demência verdadeira.

A história e evolução da depressão no idoso com déficits cognitivos podem se diferenciar pelo início dos sintomas que na depressão aparecem relativamente rápido com duração usualmente curta, apresentando história de outros episódios depressivos no passado, e com história familiar de transtorno do humor (Marino & Santos, 2005; Kaplan *et al.*, 1997).

Na demência temos o início insidioso, curso indeterminado, ausência de episódios anteriores e história familiar de demência estando mais presente no caso da doença de Alzheimer (Marino & Santos, 2005; Kaplan *et al.*, 1997).

As características clínicas na depressão apresentam-se com humor deprimido, comportamento não responsivo ou apático, fadiga e alterações do apetite e sono, tanto para mais ou para menos, com visão da auto-imagem ruim.

Na demência, o humor está flutuante, comportamento distraído, raramente o

padrão de sono encontra-se alterado, possuindo ausência de alterações na auto-imagem (Marino & Santos, 2005; Kaplan *et al*, 1997).

As alterações cognitivas surgem nos pacientes com depressão, onde podemos observar que estes não se esforçam diante a uma dificuldade, tendem a responder inadequadamente (“ não sei ”) nos testes cognitivos e apresentam perda da concentração e memória para eventos recentes e remotos. O contrário é observado na demência onde os pacientes se esforçam, tentam minimizar erros, confabulando. Ocorre primeiramente perda da memória recente e desconhece esta perda. Não há insight (Marino & Santos, 2005; Kaplan *et al*, 1997).

Um estudo sobre transtorno mental em uma população de rua adulta e idosa realizado no Rio de Janeiro, utilizando o instrumento CIDI, encontrou uma prevalência de 10% de depressão maior em uma população de 322 albergados, sendo as mulheres as mais acometidas deste grupo (Lovisi *et al.*, 2003).

Muñoz *et al.* (1997) com o mesmo instrumento citado acima, encontraram 19,8% de depressão maior em 261 entrevistados adultos e idosos de um albergue em Madri. Outros estudos encontraram prevalência similar (Heckert *et al.*, 1999; Langle *et al.*, 2005; North *et al.*, 2004).

Os achados de um estudo que pesquisou demência realizado em Tel-Aviv mostram que 50% de 98 moradores de rua com 65 anos ou mais apresentaram transtorno mental, estando dentre os mais prevalentes, a demência (Barak & Cohen, 2003).

A prevalência da demência aumenta exponencialmente com a idade, dobrando a cada 5 anos após os 60 anos de idade, indo de 3% aos 70 anos para 20-30% aos 85 anos. Na Europa esta prevalência apresenta-se uniforme para o agravo a partir dos 65 anos (Scazufca *et al.*, 2002).

Kaplan *et al* (1997) em seu compendio descreve a demência como sendo essencialmente uma doença dos idosos. Dos norte-americanos com 65 anos ou

mais, cerca de 5% têm demência severa e 15% demência leve. De todos os pacientes com demência 50 a 60% têm demência tipo Alzheimer, o tipo mais comum.

A demência é uma síndrome caracterizada por múltiplos comprometimentos nas funções cognitivas sem comprometimento da consciência. As funções cognitivas que podem ser afetadas na demência incluem a inteligência geral, aprendizagem e memória, linguagem, solução de problemas, orientação, percepção, atenção e concentração, julgamento e habilidades sociais. Um diagnóstico de demência de acordo com os critérios DSM-IV exige que os sintomas resultem em um comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional e represente um declínio significativo a partir do nível anterior de funcionamento (Kaplan *et al*, 1997).

Nos estágios iniciais de demência o paciente apresenta dificuldade para manter o desempenho mental, fadiga e uma tendência para o fracasso, quando uma tarefa é nova ou complexa ou exige uma mudança na estratégia na solução de problemas. A incapacidade para executar tarefas torna-se progressivamente severa com o progresso da doença e se difunde para tarefas da vida cotidiana (Marino & Santos, 2005; Kaplan *et al*, 1997).

Segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde em 2003 a demência contribuiu com 11,2% de anos de vida com incapacidade em pessoas acima dos 60 anos, mais que Acidente Vascular Encefálico com 9,5%, distúrbio músculo-esquelético com 8,9%, problemas cardiovasculares com 5,0% e todos os tipos de câncer com 2,4% em todo o mundo (Prince *et al*, 2005)

O paciente com demência pode necessitar de constante supervisão e auxílio, a fim de executar até as mais básicas atividades da vida cotidiana. As mudanças efetivas e comportamentais como deficiência do controle deficiente dos impulsos e instabilidade do humor, são freqüentes assim como acentuação de traços pré-mórbidos da personalidade (Kaplan *et al*, 1997)

Após a morte em 8 de abril de 1906 de Auguste D paciente de Alois Alzheimer, uma mulher com 51 anos de idade e uma história de 5 anos de distúrbios cognitivos progressivos, alucinações, delírios e severos danos no funcionamento social, Alzheimer, identificou em seu cérebro placas senis, emaranhado de neurofibrina e mudanças arteriosclerótica. Em setembro de 2006, dia mundial de Alzheimer, marca o centenário de nomeação da entidade clínica patológica, que é reconhecida como sendo a principal causa de síndrome demencial e umas das condições mais onerosas da terceira idade (Prince *et al.*, 2005).

Em um estudo na população Australiana, as estimativas mostraram que os custos com Demência foram 45% do total de todas as doenças neurológicas e psiquiátricas nos idosos e que as estimativas de custo em 1993/1994 foram de 590 milhões de dólares (Prince *et al.*, 2005).

Um estudo de revisão (Lopes & Bottino, 2002) realizado com artigos publicados entre 1994 a 2000 demonstrou a escassez de quantidade e qualidade de pesquisa sobre demência em algumas regiões em desenvolvimento, incluindo apenas 1 estudo da América Latina, 2 da Oceania e 1 da África.

Achado semelhante ao estudo citado acima ocorreu com uma revisão sistemática de literatura entre o período de 1980 a 2004 realizado pelos membros do grupo de pesquisa 10/66 que avaliou a prevalência e incidência de demência em 14 regiões do mundo descritas pela Organização Mundial de Saúde baseados na geografia, separando os grupos por idade entre 60 a 85 anos ou mais. O resultado sobre o quantitativo de estudos realizados mostrou que a América do Norte, Europa, Japão e Austrália estão cobertos por muitos estudos de boa qualidade metodológica; a Índia e a China possuem alguns estudos, mas são insuficientes e a América Latina, Rússia e África pouco ou nenhum estudo realizado (Prince *et al.*, 2005).

A prevalência de demência encontrada em idosos acima de 65 anos de idade nos anos de 1994 a 2000 variou entre 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte e 9,4% na Europa (Lopes & Bottino, 2002)

O número encontrado de pessoas com demência em 2001 foi de 24,3 milhões. Apesar dos achados mostrarem maior prevalência de demência nas regiões desenvolvidas em comparação as regiões em desenvolvimento, a China e seus vizinhos do Oeste Pacífico apresenta um maior número de pessoas com demência (6 milhões), seguidas do leste Europeu com 4,9 milhões e América do Norte com 3,4 milhões. As baixas estimativas de taxas de prevalência de demência encontradas no Sul da Ásia e África podem ser explicadas pela diminuição da sobrevivência dos pacientes ao invés da real diminuição da prevalência (Prince *et al.*, 2005).

Estima-se que a taxa de incidência de novos casos de demência seria 4,6 milhões por ano, significando um novo caso a cada 7 segundos, aproximadamente (Prince *et al.*, 2005).

O número de pessoas com demência quase dobra a cada vinte anos e passará de 42,3 milhões em 2020 para 81,1 milhões em 2040, acompanhando o crescimento populacional das pessoas com 65 ou mais, desconsiderando mudanças na prevalência de mortalidade e qualquer intervenção de prevenção ou tratamento efetivo no sistema de saúde (Prince *et al.*, 2005).

2.7- Instrumentos para rastreio de demência

Vários são os fatores que podem influenciar nos resultados de estudos seccionais para rastreamento de demência. Os fatores são: faixa etária; tipo de população estudada, como por exemplo, rural e urbana; treinamento dos entrevistadores; escolha do instrumento adequado a ser utilizado na população em estudo; o critério diagnóstico para síndrome demencial, subtipos e demências graves; e as taxas de doenças relacionadas à demência, como a depressão (Hall *et al.*, 1993).

Uma das maiores dificuldades metodológicas encontradas em todos os estudos para rastreamento de demência são os vieses culturais e educacionais. Isso é mais agravado nos países em desenvolvimento pela diversidade cultural e pelo baixo grau de escolaridade da população estudada (Sczufca *et al.*, 2002).

Considerando os instrumentos disponíveis para uso em um estudo de demência em países em desenvolvimento onde existe uma população

heterogênea, vem o questionamento de qual seria o instrumento mais adequado para utilização nos estudos de rastreamento de demência nestes países?

O instrumento mais amplamente utilizado atualmente em estudos de rastreio para demência e mais conhecido dos pesquisadores é o Mini-Exame do Estado Mental (MEM), o qual foi traduzido e validado no Brasil (Bertolucci *et al.*, 1994). É um importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo, podendo apresentar como resultado de sua avaliação, um quadro sugestivo de demência. Em um de seus estudos, Bertolucci *et al.* (1994) demonstrou que o Mini-mental é um instrumento simples, de rápida aplicação e passível de reaplicação e que vem sendo utilizado em várias pesquisas e também como parte de outros instrumentos mais amplos como o CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) e CSI-D, Community Screening Instrument for Dementia. Como instrumento de rastreio é fundamental a triagem de todos os casos sugestivos de demência, os quais numa segunda avaliação poderão ou não ser diagnosticados como síndrome demencial. No entanto, apesar de muitos estudos usarem testes cognitivos como o MEM, como instrumentos de rastreio, esses instrumentos são bem conhecidos como tendo um viés cultural e educacional (Lopes & Bottino, 2002; Almeida 1998, Bertolucci *et al.*, 2001, Prince *et al.*, 2003).

Muitos estudos mostraram que o Mini-exame do Estado Mental sofre muita influência do grau de escolaridade, pois exige em sua aplicação que o entrevistado saiba ler, escrever e fazer cálculos que habitualmente não estão habilitados para fazerem. Em consequência disso, há uma quantidade excessiva

de falso-positivo, onde indivíduos com baixo grau de escolaridade obtêm escores menores (Amado & Lovisi, 2006; Bertolucci *et al.*, 1994).

Caramelli *et al.* (2003) desenhou um estudo para avaliar a influência da faixa etária e o grau de escolaridade na aplicação e resultados do MEM no rastreamento para demência, avaliando indivíduos saudáveis em grupos etários e de escolaridade diferentes, de (16 a 92 anos) e de (0 a 12 ou mais anos de escolaridade). O resultado deste estudo mostrou a existência da influência da idade nos escores do MEM, nos grupos mais jovens e idosos, não aparecendo esta diferença nos grupos de idade intermediária. Porém, o principal viés devia-se primariamente à escolaridade, pois ao ser realizada uma análise colocando como co-variável este fator, o efeito da idade desapareceu. Na análise por grupo de escolaridade, tomando como variável os escores do MEM, observou-se grande influência desta variável.

Na tentativa de superar este problema metodológico, foram realizadas alterações da sua versão original em inglês e adaptadas para o uso no Brasil. Os pontos de corte foram ajustados nos itens que sofriam influência da escolaridade, os, numa tentativa de aperfeiçoar a sensibilidade e especificidade do teste. No item orientação, por exemplo, a palavra "estação" do ano (*season*), foi substituída por "semestre" ou "metade do ano", no item orientação espacial a palavra "condado" (*country*) foi substituída por "bairro". Para indivíduos acamados o item de comando em três fases foi modificado para: "pegue o papel com a mão direita, dobre-o no meio e coloque-o sobre a mesa de cabeceira". No item linguagem, a expressão a ser repetida "*no ifs, and or buts*", foi modificada por "nem aqui, nem

ali, nem lá". Numa segunda versão no item orientação temporal, a palavra semestre foi substituída por hora aproximada (Bertolucci & Nitrini, 2003; Folstein *et al.*, 1975).

Os pontos de corte traçados de 530 pacientes estudados no Serviço de Triagem Médica do Hospital São Paulo foram 13 para analfabetos obtendo 82,4% de sensibilidade e 97,5% de especificidade; 18 para baixa e média escolaridade (baixa: 1-4 anos incompletos; média: 4-8 anos incompletos) com 75,6% de sensibilidade e 96,6% de especificidade; e 26 para alta escolaridade (8 ou mais anos) atingindo 80% e 95,6% de sensibilidade e especificidade respectivamente (Bertolucci *et al.*, 1994)

No estudo realizado por Almeida, numa casuística de 211 idosos atendidos na Unidade de Idosos do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo, utilizando instrumentos combinados de investigação encontrou em seu resultado referente à sensibilidade e especificidade do MEM nos pontos de corte 23/24, 84,3% e 60,3% respectivamente. Para o ponto de corte de 22/23 a sensibilidade foi de 78,6% e especificidade de 68,1%. De forma semelhante o ponto de corte 21/22 revelou valores de sensibilidade de 75,7% e especificidade de 74,5%. Com esses resultados, pontos de corte mais baixos, como sugeridos em alguns estudos, como o de Bertolucci *et al.* (1994), para analfabetos e pessoas com baixo grau de escolaridade, estão associados com o declínio acelerado nos índices de sensibilidade do mini-exame do estado mental.

Apesar dos pontos diferenciados de corte para aqueles que não possuem escolaridade ou possuem baixa escolaridade, o instrumento continua sofrendo

influência deste fator, pois, em nosso país o ensino fundamental é bastante heterogêneo, com características regionais próprias, como número de dias na escola, horas diárias, frequência dos educadores. Isto faz com que principalmente nos grupos de escolaridade inferiores tenhamos heterogeneidade de perfil de resposta, como especificado dentro da análise de perfil de erro e diferença dentro do mesmo grupo de analfabeto (Bertolucci & Nitrini, 2003). Portanto, apesar desta medida diminuir o número de casos falso-positivos, não extinguiu o viés e o fator de confundimento da educação nos resultados dos estudos (Amado & Lovisi, 2006).

Contudo, para os indivíduos com alto grau de escolaridade, o MEM é um instrumento de boa aplicabilidade, podendo ser utilizado amplamente (Bertolucci & Nitrini, 2003).

Sua aplicabilidade em indivíduos de comunidade é indicada no caso de estar combinado com outros instrumentos. Isso faz com que diminua a influência do grau de escolaridade. Um método para evitar esses vieses como exemplificado pela Organização Mundial de Saúde, em um estudo de HIV-1 é para atentar para o desenvolvimento de uma bateria de testes neuropsicológicos os quais sejam independentes de cultura e linguagem. Outro método seria avaliação cognitiva e funcional com o informante chave (Hall *et al*, 1993)

O protocolo para OMS em estudos multi-cêntricos de síndromes demenciais em idosos reconhece esses procedimentos e enfatiza a necessidade não apenas de traduzir os instrumentos em cada país, mas também harmoniza-los. Harmonizar significa que os instrumentos têm que ser harmônicos ou consistentes

com a cultura, língua e normas educacionais dos sujeitos da população (Prince *et al.*, 2003).

O caminho promissor para evitar vieses educacionais inerentes a testes cognitivos seria usar dados do informante chave sobre a performance das atividades diárias do sujeito, porque presumivelmente, o informante seria sensível nas mudanças funcionais tomando em consideração o conhecimento prévio das habilidades do sujeito (Hall *et al.*, 1993)

Com a necessidade de utilizar um instrumento que tornasse os resultados das pesquisas científicas sobre rastreamento de demência livre de viés metodológico, possibilitando assim pesquisas de qualidade, Hall *et al.* (1993) desenvolveu o Instrumento de Rastreo para Demência na Comunidade, originalmente, *Community Screening Instrument for Dementia* (CSI-D). Inicialmente este instrumento foi estudado em duas populações com diferentes culturas e línguas, a fim de demonstrar a aplicabilidade do instrumento em diferentes regiões.

O CSI-D fornece uma avaliação cognitiva do sujeito e uma avaliação funcional, entrevistando um informante chave, que pode ser um parente ou alguém próximo que possa fornecer informações fidedignas das atividades diárias do entrevistado, através de um questionário específico. Esta avaliação funcional com o informante tem a finalidade de aumentar a sensibilidade e especificidade do instrumento. A proposta da entrevista é identificar possíveis casos de demência na comunidade, o qual é primeiro estágio dos estudos epidemiológicos de prevalência de síndromes demenciais e doenças de Alzheimer (Hall *et al.*, 1993,

Hall *et al.*, 2000; Prince, 2003; Liu *et al.*, 2005, Scazufca *et al.*, 2002)

Os itens selecionados para o instrumento são consistentes com os critérios para demência do DSM-III-R. Eles foram selecionados de outros importantes instrumentos de rastreio como o CAMDEX (Roth *et al.*, 1986) Dementia Rate Scale (Blessed *et al.*, 1968) MEM (Folstein *et al.*, 1975), Comprehensive Assessment and Referral Evaluation- CARE (Gurland *et al.*, 1977) e East Boston Memory Test (Evans *et al.*, 1989). A avaliação cognitiva compreende deste instrumento itens de memória, orientação, pensamento abstrato, julgamento e outros distúrbios de função cortical alta como afasia, apraxia e agnosia e cálculo que pode ser incluído ou excluído da avaliação (Hall *et al.*, 1993; Prince *et al.*, 2003).

No estudo de Hall *et al.* (1993) a correlação do escore do cálculo com educação foi significativamente alta ($p < 0.004$). A melhora da especificidade do instrumento que avalia cognição está relacionada com a exclusão deste item. A avaliação funcional compreende itens de função executiva, memória e cognição, mudanças de personalidade e funcionamento no trabalho e em relações sociais e dois itens que perguntam sobre depressão.

A seção cognitiva consiste de 39 itens e dura em média 20 minutos para administrá-la. A seção do informante consiste de 30 itens e demora cerca de 15 minutos para administrá-la. A sensibilidade do teste cognitivo é de 100% e especificidade, sem o item cálculo de 74%, podendo melhorar para 82% se comparada com anos de educação na primeira validação do instrumento (Hall *et al.*, 1993).

O CSI-D foi validado e traduzido em São Paulo em um estudo multi-cêntrico (Índia, China e Sudeste Asiático, África, América Latina). No Brasil, foram avaliados 120 indivíduos de três cidades, São Paulo, Botucatu e São José do Rio Preto, totalizando 360 entrevistados. A sensibilidade encontrada foi de 96% e 89% de especificidade (Scazufca *et al.*, 2002).

O grupo de pesquisa em Demência 10/66, criado em 1998 em Cochin, na Índia, durante o 14º. Congresso da Associação Internacional de Doença de Alzheimer utiliza em seu protocolo de pesquisa sobre demência para avaliação cognitiva e funcional dos sujeitos o *Community Screening Instrument for Dementia* (CSI-D). Este grupo apresenta como um dos objetivos: diminuir o desequilíbrio entre estudos populacionais sobre demência em países em desenvolvimento e desenvolvidos, diminuindo a influência de grau de escolaridade nos resultados dos testes cognitivos. Este grupo de pesquisa identificou como área prioritária para investigação dentre outras áreas, quantificarem prevalência, incidência e fatores de risco para demência em colaborações internacionais usando metodologias padronizadas (Scazufca *et al.*, 2002).

O CSI-D apareceu como um instrumento para avaliação cognitiva com menor influência do grau de escolaridade, mesmo utilizado a parte de avaliação cognitiva isoladamente, sem a colaboração do informante-chave, podendo ser utilizado em países em desenvolvimento onde temos populações heterogenias, diferente dos países desenvolvidos (Prince *et al.*, 2003).

Todos os estudos de uma revisão sistemática de literatura que compararam o MEM e o CSI-D mostraram que a influência da escolaridade é maior no MEM,

mesmo utilizando-se pontos de corte diferenciados para grau de escolaridade (Amado & Lovisi, 2006).

3 – Metodologia

3.1 - Desenho do Estudo

O presente estudo é do tipo transversal ou de prevalência, também denominado corte-transversal ou *seccional*. Este termo pretende dar uma idéia de seccionamento transversal, “um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as características apresentadas por ela naquele momento”. É um estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. Este tipo de estudo é utilizado para testar hipótese de associação.

Este estudo traçou estimativa de prevalência dos déficits cognitivos, sintomas depressivos e dos fatores sócio-demográficos da população de dois albergues da Fundação Leão XIII e apesar de as populações de albergue serem também consideradas teoricamente população de rua (*literal homeless*), não podemos afirmar que a população do estudo seja representativa da população de rua da cidade do Rio de Janeiro.

3.2 - Local do Estudo

Foi realizado em dois albergues da Fundação Leão XIII da cidade do Rio de Janeiro. Esta cidade é localizada no Sudeste, a região mais industrializada e urbanizada do País. A sua periferia é muito pobre, apresentando um grande número de pessoas, tendo condições de habitação péssimas de nível precário. Existem duas instituições públicas responsáveis por abrigar e albergar população de rua. São elas:

A FUNRIO (Fundação Rio de Janeiro) organiza os abrigos municipais em vários centros, no entanto, optou-se pela não inclusão das unidades administradas pela FUNRIO no estudo na medida em que a população atendida não engloba a faixa etária idosa.

A Fundação Leão XIII, local do estudo, é administrada pela Secretaria do Bem-Estar Social do Estado do Rio de Janeiro, composta por quatro grandes unidades (Fonseca, Campo Grande, Itaipu e Vila Residencial dos Idosos) e uma unidade para triagem (Bonsucesso).

O Centro de Triagem à população de rua é localizado no bairro de Bonsucesso na cidade do Rio de Janeiro. Era um imóvel da extinta Secretaria de Serviços Sociais, sendo incorporado à Fundação Leão XIII, em 1976. Este centro não estava funcionando regularmente na época da coleta de dados. As pessoas que chegavam eram triadas e encaminhadas para um dos quatro outros centros, levando em consideração a idade e gênero, saúde física e mental. O albergue de Campo Grande é situado no bairro de mesmo nome no município do Rio de Janeiro. Ele foi vinculado à extinta Secretaria de Serviços Sociais, em 1968, e à Fundação Leão XIII, em 1975. Este e o Lar dos Idosos eram os únicos que se destinavam ao atendimento de homens e mulheres moradores de rua com idade superior a 60 anos. No entanto, durante a coleta de dados, após os pesquisadores terem entrevistado os participantes do Lar dos Idosos, estes foram transferidos para o centro de Campo Grande. Portanto, Campo Grande passou a ser o único a receber idosos.

As pessoas em sua maioria chegam a este albergue via hospital ou espontaneamente. Uma vez admitidas, tendem a ficar por longo tempo. O albergue ocupa a função dos asilos antigos, abrigando pobres e pessoas com transtorno mental juntas, sua localização é afastada do centro comercial de Campo Grande, sendo necessário lançar mão de um transporte urbano para sair ou chegar até lá. Possui uma estradinha de terra com quebra molas até a estrada principal, onde os que se aventurarem a saírem do albergue para passarem o dia fora, facilmente cairiam.

Sua estrutura física compreende: um bloco onde funciona toda a parte administrativa, cozinha, lavanderia, carpintaria, capela, salas de serviço social, ambulatório médico e cinco alojamentos.

O albergue conta com equipe multiprofissional que compreende: assistentes sociais, psicólogos, médicos, atendentes de enfermagem, guardas de segurança na guarita e pessoal de apoio (administrativo, almoxarifado, cozinha, lavanderia). A proposta do albergue no Brasil é menos oferecer cuidados que promovam saúde que abrigar. Não há enfermaria equipada com aparelhos para suporte de vida avançado. A equipe multiprofissional oferece suporte emergencial e encaminham para um hospital quando requerem cuidados de média e alta complexidade e fazem uma avaliação inicial quando recebem as pessoas.

No momento da coleta dos dados, haviam 802 pessoas (567 homens e 235 mulheres), dos quais 112 (13,9%) tinham 65 anos ou mais representando a população do estudo.

Apesar da legislação brasileira considerar uma pessoa idosa aquela com mais de sessenta anos, o presente estudo utilizou a faixa etária de 65 anos ou mais para a definição de idosos. Esta mesma faixa etária é utilizada nos estudos internacionais da área.

3.3 - Instrumentos utilizados no estudo:

Todos os dois entrevistadores foram treinados para aplicação dos instrumentos que seguem.

3.3.1 - *Community Screening Instrument for Dementia* - CSI-D

O CSI-D (Hall *et al.*, 1993), validado e traduzido em um estudo em São Paulo (Sacazufca *et al.*, 2002), possui 2 etapas: uma avaliação cognitiva com o entrevistado e uma avaliação com o cuidador ou pessoa que está mais próxima e saiba informar sobre as atividades diárias do entrevistado e as mudanças que ocorreram nestas atividades, através de um questionário específico. Esta avaliação do cuidador tem a finalidade de aumentar a sensibilidade e especificidade do instrumento (Hall *et al.*, 1993). Essas etapas podem ser aplicadas em conjunto, tendo como resultado a soma dos escores, ou separadamente, aplicando apenas a etapa de avaliação cognitiva. Este estudo utilizou apenas a parte de avaliação cognitiva, por não haver informante disponível que pudesse relatar detalhes do comportamento dos sujeitos da entrevista ao

longo da vida, como por exemplo, o início das alterações cognitivas. Este teste cognitivo apresenta 3 possibilidades de pontos de corte: provável demência, escore $\leq 28,5$; possível demência, escore $> 28,5$ e $\leq 29,5$; e não caso de demência, escore $> 29,5$. O déficit cognitivo grave substituiu o provável, e o leve substituiu o possível demência, de acordo com orientações do grupo 10/66. Como só foram encontrados dois casos com déficits cognitivos leve, optamos por trabalhar com apenas 2 variáveis: déficit cognitivo e sem déficit cognitivo. Não foi realizado o diagnóstico de síndrome demencial e não se utilizou este termo, pois para tanto, haveria necessidade de exames complementares e físicos, bem como avaliação médica continuada.

Como descrito no capítulo 4, este instrumento se torna o mais indicado a pesquisas em países em desenvolvimento, visto que, sofre menos influência do grau de escolaridade e cultura que o MEM, não apresentando viés educacional e cultural. Outra vantagem deste instrumento é a avaliação mais ampliada dos itens da cognição, possibilitando um resultado mais fidedigno.

3.3.2 – Escala de depressão geriátrica com 15 itens - GDS-15

A GDS-15 é uma escala de rastreamento de sintomas depressivos na população idosa e geralmente utilizada em centros especializados, podendo ser uma escala de grande utilidade no rastreamento de idosos com suspeita desse transtorno. A escala utilizada no presente estudo é uma versão curta da escala original produzida em 1986 (Paradela *et al.*, 2005). Foram rastreados sintomas depressivos utilizando a versão brasileira da GDS-15. Foi considerado o ponto de corte 6, em concordância com pesquisas em ambulatórios gerais no Brasil, cujos

resultados mostraram o ponto de corte de melhor equilíbrio 5/6 para depressão maior ou distímia, de acordo com os critérios do DSM-IV (Paradela *et al.*, 2005) com sensibilidade de 81% e especificidade de 71%. (Almeida & Almeida, 1999, Paradela *et al.*, 2005).

Considerando a indicação para aplicação do instrumento na população idosa, e a utilização do mesmo em pesquisas com esta população, torna-se o mais indicado para a investigação de sintomas depressivos na população deste estudo.

3.3.3 - Avaliação dos fatores sócio-demográficos

Foi construído um questionário sobre uso/abuso de álcool, fatores sócio-demográficos e questões relacionadas à condição de população de rua e permanência no albergue.

As variáveis avaliadas foram: características sócio-demográficas (idade, gênero, estado civil, escolaridade, naturalidade, religião, ocupação atual e pregressa, aposentadoria/benefício), características inerentes à experiência no albergue e nas ruas (procedência, experiências de população de rua, idade que começou a viver nas ruas, tempo de moradia na rua, tempo de moradia no albergue), e alguns itens do questionário de suporte social de Vanger (1987), que avalia a distância que moram os filhos/parentes do albergue, considerado distante 75 km ou mais, e a frequência de visitas recebidas por filhos/parentes-amigos durante a estadia no albergue. Foram também avaliadas as características de saúde/doença [relatos de internação psiquiátrica, história de abuso/dependência de álcool, número de doenças crônicas relatadas (positivo para mais de 2 doenças

relatadas)]. Em relação à idade, o grupo foi dividido de acordo com as faixas etárias descritas nas pesquisas que utilizaram o questionário CSI-D: primeira faixa – 65 a 69 anos; segunda faixa – 70 a 74 anos; terceira faixa – 75 a 79 anos; quarta faixa – 80 a 84 anos e a quinta faixa era de 85 anos em diante.

3.4 - Coleta de dados

O período de coleta de dados foi de abril a junho de 2005, realizado por 2 entrevistadores treinados previamente nos instrumentos. Foi efetuada em salas de atendimento, localizadas no interior da instituição estudada, o que facilitou o contato com o entrevistado, garantido privacidade às suas respostas. O tempo de duração das entrevistas variou de 40 minutos a 1 hora e meia, dependendo do grau de dificuldade de entendimento e limitações físicas dos entrevistados.

Foi solicitada a autorização para coleta de dados ao comitê de ética da Colônia Juliano Moreira e a diretoria da Fundação Leão XIII, a qual foi submetida e aprovada.

Realizado em impresso próprio uma solicitação de autorização pelos participantes, garantindo seus anonimatos, onde estes permitem que sejam utilizados os dados do questionário no estudo e em futuras publicações. Após a leitura e compreensão do termo de consentimento, os entrevistados assinavam concordando em participar do estudo. No caso dos analfabetos, o termo era lido pelos entrevistadores e após a compreensão dos entrevistados, estes colocavam as suas digitais.

3.5 - Análise dos dados

Para a análise de dados as variáveis foram classificadas como:

- Variável categórica nominal: Sexo, Estado em que nasceu, Raça, Grau de escolaridade, Estado civil, Religião, Ocupação atual, Ocupação passada, Onde morava família quando foi viver na rua, De onde vieram para o albergue, Freqüência que vê parentes e Razão para viver nas ruas;
- Variável categórica ordinal: Distância que moram os parentes, Abuso de álcool, Ainda bebe, Já morou nas ruas, Tinha casa quando foi viver nas ruas, Tinha família quando foi viver nas ruas, Fez tratamento psiquiátrico, Depressão, Déficit Cognitivo grave e Número de doenças crônicas
- Variável numérica discreta: Quanto tempo vive no Rio, Idade que começou a viver nas ruas, Por quanto tempo viveu nas ruas e Quanto tempo vive no albergue.

As prevalências foram estimadas e foram utilizados testes de significância estatística para comparação de proporções. Utilizamos o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS (1986) para *windows* versão 12 para análise dos dados. Na primeira parte da análise dos dados, calculamos as freqüências para as características demográficas como idade, estado civil, nível educacional etc. A seguir, as freqüência de déficits cognitivos, depressão e abuso/dependência de álcool. Após ter feito isso, passou-se para a fase analítica a fim de verificar se haveria ou não associação estatística entre fatores estudados. Para avaliar a significância estatística dessas associações, foram utilizados os seguintes testes:

para as variáveis categóricas utilizou-se o cálculo do qui-quadrado e o Teste de Fisher; para as variáveis contínuas utilizou-se o Teste t (para diferenças de médias). Em todos esses testes, trabalhamos com um intervalo de confiança de 95%. Consideramos estatisticamente significativos quando o p valor foi igual ou menor que 0,05.

4 - Resultados

4.1 - Características sócio-demográficas

Cento e um dos cento e doze residentes do albergue com 65 anos ou mais completaram a entrevista. Quatro não concordaram em participar da entrevista, cinco estavam com comprometimentos físicos incapacitantes e dois apresentavam déficits cognitivos graves, não compreendendo o termo de consentimento. As características dos participantes estão resumidas na tabela 1. A idade variou de 65 a 97 anos, com média de 71 anos (desvio padrão=5,8 anos). 76,2% (n=77) eram homens, 67,3% nunca tinham casado, 25,7% encontravam-se divorciados e o restante viúvos. A maioria era migrante do próprio estado ou de outros estados, apesar de viverem no Rio de Janeiro por um longo período de tempo (52,4 anos, variando de 2 a 82 anos, desvio padrão=18 anos). 87,5% (principalmente mulheres) trabalharam no mercado informal antes de serem admitidos no albergue e 85,5% não recebiam aposentadoria ou benefício.

A trajetória dos participantes até chegarem ao albergue se distribuiu em quatro possibilidades: 1) os que foram admitidos no albergue diretamente de casa; 2) os que foram admitidos diretamente das ruas; 3) os que eram população de rua, foram levados para o hospital e depois encaminhados ao albergue; 4) os que estavam em casa, foram levados para o hospital e após a alta foram encaminhados para o albergue. Foram criadas duas variáveis nomeadas casa/rua e hospital, de acordo com o meio de admissão no albergue. O grupo que foi admitido proveniente de casa é caracterizado por pessoas que perderam seus

domicílios, não tendo onde dormir, sendo agrupado aos provenientes da rua pois era composto de uma minoria. Onze dos 46 população de rua, e 27 dos 55 dos quais se tornaram população de rua no momento em que foram admitidos no albergue, totalizam os 38 indivíduos que eram procedentes do hospital. 73,7% destes indivíduos que foram admitidos diretamente do hospital estavam com doenças físicas associadas.

Para os que foram admitidos diretamente das ruas ou de casa a razão principal foi falta de dinheiro (41%), abuso de álcool (21%), perda do emprego (19%) e rompimento de laços familiares (14%). Agrupando os participantes provenientes da rua ou de casa (n=63, 62,4%) e comparando com os que vieram diretamente do hospital (n=38, 37,6%) este último apresentou maior número de doenças crônicas (73,7% vs. 61,9%), de participantes que relataram tratamento psiquiátrico (29% vs. 25,39%), maior prevalência de déficits cognitivos (57,89% vs. 42,85%), maior prevalência de analfabetos (50% vs. 46,03%) e de pessoas que trabalharam no mercado informal (76,31% vs. 71,42%) E a maioria possuía o maior período de estadia no albergue, vivendo há mais de dez anos neste local (31,5% vs. 19%). O grupo proveniente da rua/casa apresentou maior prevalência de abuso de álcool por toda a vida (60,31% vs. 52,63%), de pessoas as quais ainda fazem uso de derivados etílicos atualmente (34,92% vs. 26,31%), maior prevalência de pessoas que tinham casa quando se tornaram população de rua (38,09% vs. 21,05% p=0,07) e de pessoas que recebem benefício/aposentadoria (12,7% vs. 8,4%).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que vieram do hospital e os que vieram da rua ou de casa, no entanto chamou atenção a associação significativa do item posse de casa no momento em que se tornaram população de rua. O número pequeno de participantes pode ter impedido mais associações estatisticamente significantes entre as variáveis em ambos os grupos.

Tabela 1: Distribuição dos fatores sócio-demográficos de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e prevalência (%)

Fator	Total (n=101)		Homem (n=77)		Mulher (n=24)	
	n	%	n	%	n	%
FAIXA ETÁRIA						
65-69	35	34.7	29	37.7	6	25.0
70-74	36	35.6	25	32.5	11	45.8
75-79	22	21.8	16	20.6	6	25.0
80+	8	7.9	7	9.1	1	4.2
ESTADO CIVIL*						
Solteiro	64	67.3	53	68.8	11	45.8
Outros	37	32.7	24	31.2	13	54.2
COR						
branco	53	52.5	43	55.6	10	41.7
não-branco	48	47.5	34	44.2	14	58.3
NÍVEL EDUCACIONAL						
Analfabeto	44	43.6	33	42.9	11	45.8
Não-analfabeto	57	56.4	44	57.1	13	54.2
LUGAR DE NASCIMENTO						
Rio de Janeiro (RJ)	43	42.6	32	41.5	10	41.7
Fora do RJ	58	57.4	45	58.5	14	58.3
HISTÓRIA DE VIVER NAS RUAS						
Não	46	45.5	29	37.7	17	70.8
Sim	55	54.5	48	62.3	7	29.2
RECEBE APOSENTADORIA						
Não	86	85.1	64	83.1	22	91.7
Sim	15	14.9	13	16.9	2	8.3
EMPREGO ANTES DO ALBERGUE						
Desempregado	4	22.8	3	3.9	1	4.2
Trabalho informal	74	73.2	53	27.3	21	87.5
Trabalho formal	23	22.8	21	68.8	2	8.3

* p<0,005

Tabela 2: Distribuição dos meios de admissão e fatores sócio demográficos de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e prevalência (%)

Fator	Casa ou Rua (n=63)		Hospital (n=38)	
	n	%	n	%
FAIXA ETÁRIA				
65-69	22	34.9	13	34.2
70-74	26	41.3	10	26.3
75-79	10	15.9	12	31.6
80+	5	7.9	3	7.9
ESTADO CIVIL				
Solteiro	40	63.5	24	63.2
Outros	23	36.5	14	36.8
COR				
branco	34	54.0	19	50.0
não-branco	29	46.0	19	50.0
NÍVEL EDUCACIONAL				
Analfabeto	25	39.7	22	57.9
Não-analfabeto	38	60.3	16	42.1
LUGAR DE NASCIMENTO				
Rio de Janeiro (RJ)	30	47.6	13	34.2
Fora do RJ	33	52.4	25	65.8
HISTÓRIA DE VIVER NAS RUAS				
Não	19	30.2	27	71.1
Sim	44	69.8	11	28.9
RECEBE APOSENTADORIA				
Não	55	87.3	31	81.6
Sim	8	12.7	7	8.4
EMPREGO ANTES DO ALBERGUE				
Desempregado	3	4.8	1	2.6
Trabalho informal	45	71.4	29	76.3
Trabalho formal	15	23.8	8	21.1

4.2 - Prevalência das variáveis clínicas e rede social

A frequência de sintomas depressivos e déficits cognitivos foi 27,7% e 17,8% respectivamente. Dentre os que apresentaram sintomas depressivos, os solteiros representaram a maioria 85,7% ($\chi^2=6,6$, $p=0,03$), observando o mesmo com os que nunca ou raramente vêem os parentes/amigos 82,1% ($\chi^2=18,2$, $p=0,006$) e os que relatam ainda beber 53,5% ($\chi^2=8,57$, $p=0,003$).

Foi evidenciado o aumento gradual e uniforme da frequência do comprometimento cognitivo com o aumento da faixa etária dos 65 aos 79 anos. Deste último para os maiores de 80 anos a prevalência saltou de 18,2% para 50% tendendo a se manter estável nesta faixa etária como demonstrado na tabela 4.

A maioria relatou abuso de álcool (57,4%). Apesar dos participantes apresentarem altas taxas de transtorno mental, apenas 2% informaram internações psiquiátricas prévias, sendo 9,2% com atendimento psiquiátrico atual.

As taxas de doenças crônicas foram altas (66.3%). A grande maioria relatou suporte social precário, não possuindo casa nas circunstâncias anteriores de viver nas ruas, vivendo distante (mais de 75 km) de seus parentes mais próximos. Os homens relataram mais abuso de álcool que as mulheres (68.8% vs. 20.8%; $\chi^2=17,2$; $p<0.001$), e as mulheres apresentaram mais história de tratamento psiquiátrico prévio e número de doenças crônicas respectivamente, (45.8% vs. 20.8%; $\chi^2=5,86$; $p=0.015$; 83.3% vs. 61.0; $\chi^2=4,07$; $p=0.004$). As mesmas também apresentaram mais sintomas depressivos que os homens (41.7% vs. 23.4%; $\chi^2=3,05$; $p=0.08$).

Tabela 3: Distribuição dos fatores clínicos e sócio-demográficos de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e prevalência (%)

Fator	Total (n=101)		Homem (n=77)		Mulher (n=24)		Casa ou Rua (n=63)		Hospital (n=38)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SINTOMAS DEPRESSIVOS	28	27.7	18	23.4	10	41.7	18	28.6	9	23.6
DÉFICIT COGNITIVO GRAVE	18	17.8	13	16.9	5	20.8	8	12.7	10	26.3
ABUSO DE ALCOOL**	58	57.4	53	68.8	5	20.8	38	60.3	20	52.6
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO PRÉVIO *	27	26.7	16	20.8	11	45.8	16	25.4	11	28.9
DOENÇAS CRÔNICAS (>2)	67	66.3	47	61.0	20	83.3**	39	61.9	28	73.7
SUPORTE SOCIAL PRECÁRIO	78	77.2	57	74.0	21	87.5	50	79.4	26	68.4
NUNCA RECEBERAM VISITA DE PARENTES/AMIGOS	69	60.3	51	66.2	18	75.0	45	71.4	24	63.2
O PARENTE MAIS PRÓXIMO MORA HÁ MAIS DE 75 Km DO ALBERGUE	83	82.2	62	80.5	21	87.5	51	81.0	32	84.2
VOCE TINHA ALGUMA CASA QUANDO FOI VIVER NAS RUAS	69	68.3	48	62.3	21	87.5	39	61.9	30	78.9

*p<0,05, **p>0,005

Tabela 4- Distribuição da faixa etária e comprometimento cognitivo de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e prevalência (%)

Faixa etária distribuição	Comprometimento cognitivo		Total n
	n	%	
65-69	4	11,4	35
70-74	6	16,7	36
75-79	4	18,2	22
80+	4	50,0	08
Total	18	17,8	101

Tabela 5: *Distribuição da faixa etária, de fatores clínicos e de suporte social de 101 idosos com 65 anos ou mais vivendo em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro em número (n) e prevalência (%)*

Faixa Etária	Depressão		Doenças Crônicas		Ausência Suporte		Total
	n	%	n	%	n	%	
65-69	6	17,1	19	54,3	23	65,7	35
70-74	13	36,1	25	69,4	30	83,3	36
75-79	7	31,8	18	81,8	18	81,8	22
80+	2	25,0	5	62,5	7	87,3	08
Total	28	27,5	67	66,3	78	77,2	101

A tabela 5 mostrou que a depressão foi mais prevalente na faixa etária de 70-74 anos, diminuindo seus valores antes dos 70 e a partir dos 80 anos de idade. Já as doenças crônicas apareceram mais prevalente na faixa etária de 75-79 anos, sendo 27,5% menor na faixa etária mais jovem (56-69 anos). A ausência de suporte social apresentou alta prevalência e foi aumentando concomitantemente com as faixas etárias.

5 - Discussão

5.1 - Prevalência de Déficits Cognitivos

O principal achado deste estudo foi o déficit cognitivo encontrado em 17,8% dos idosos com 65 anos ou mais residentes em albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro. Nossa prevalência encontrada está de acordo com a maioria dos estudos internacionais que abordaram população de rua idosa (Buhrich et al 2000; Koegel et al 1988; Stergiopolus & Hermann, 2003).

Entretanto, o nosso achado de déficit cognitivo foi superior aos estudos nacionais, como o de Heckert et al (1999) e Lovisi et al (2003), que encontraram 9,6% e 15%. Também foi encontrada uma prevalência maior em relação aos estudos internacionais como os de Vásquez et al (1997), Fisher et al. 1991 e Kovess & Lazarus (1999) que encontraram 6%, 7,8% e 10%, respectivamente. Há de se ressaltar que a grande maioria da população destes últimos estudos era composta por indivíduos adultos abaixo de sessenta anos, portanto, com menor probabilidade de se encontrar déficits cognitivos.

A prevalência do déficit cognitivo principalmente àquela relacionada a doença de Alzheimer se torna maior a partir dos 65 anos de idade na população e dobra a cada 5 anos. Somente a partir dos noventa anos é que este crescimento não é tão significativo (Scazfuca *et al.*, 2002). Observou-se o aumento da prevalência do comprometimento cognitivo em concordância com tal afirmativa, mas todavia, o crescimento não dobrou a cada cinco anos, mantendo-se uniforme até os 79 anos, onde quase triplicou na faixa etária de 80 anos ou mais.

Não é surpresa que nossa prevalência seja cinco vezes maior que os estudos brasileiros sobre demência em população idosa vivendo na comunidade (Herrera *et al*, 2002; Lopes & Botino, 2002), pois além do nosso instrumento de investigação ser de rastreio, este não fornece diagnóstico para síndrome demencial. Para avaliação desta síndrome outros procedimentos são necessários como, por exemplo, a avaliação da atividade de vida diária, funcionamento prévio, bem como, exames complementares a fim de confirmar ou excluir a síndrome demencial. Portanto, nem todo participante que apresenta déficit cognitivo irá apresentar demência.

5.2 - Prevalência de sintomas depressivos e abuso de álcool

Nossos resultados foram similares à maioria dos estudos realizados com população de rua idosa (Barak & Cohen, 2003; Cohen *et al.*, 1988; Stergiopolus & Herman, 2003). As taxas de sintomas depressivos foram maiores daquelas observadas em estudos internacionais que investigaram população de rua adulta com depressão, 20% (Vazquez *et al.*, 1997), e outros estudos realizados nos EUA, Austrália, Alemanha e França (North *et al.*, 2004; Herman *et al.*, 1989; Heckert *et al.*, 1999; Langle *et al.*, 2005; Koves & Lazarus, 1999). Em comparação aos resultados encontrados em um estudo nacional 8,5% (Lovisi *et al.*, 2003), nosso resultado foi mais que o triplo.

Em relação à população geral, nosso resultado foi o dobro de estudos brasileiros que utilizaram outros instrumentos de investigação (Almeida *et al.*, 1997) e de estudos conduzidos em outros países (Beekman *et al*, 1999; Blazer *et*

al., 1989; Faravelli *et al.*, 1999; Madianos *et al.* 1992; Osborn *et al.*, 2002) e mais que o dobro apresentado em resultados utilizando o mesmo instrumento diagnóstico (Almeida & Almeida, 1999; Marinho *et al.*, 2005). No entanto, foram similares a estudos desenvolvidos na comunidade japonesa (Wada *et al.*, 2005), e grega (Papadopolos *et al.*, 2005), e a um estudo americano realizado com idosos admitidos em instituições de enfermagem (Webber *et al.*, 2005). A alta prevalência de sintomas depressivos pode ser explicada pelo uso de GDS-15, o qual é um instrumento de rastreio de sintomas depressivos, não fazendo diagnóstico de depressão maior.

A diferenciação entre sintomas depressivos e transtorno depressivo, especialmente entre tristeza e depressão, é importante, uma vez que sintomas depressivos estão usualmente presentes na população idosa e ocorre com frequência no contexto de desordens clínicas e neurológicas, além de serem muito comuns em idosos, como naqueles, por exemplo, que perderam o companheiro (Tavares, 2005).

Outra possibilidade de termos encontrado altas taxas de sintomas depressivos é devido à característica sócio-demográfica da população em estudo.

A maioria dos participantes com sintomas depressivos era mulher, solteiro, nunca ou raramente recebia visita dos parentes/amigos e relatos do uso de bebida alcoólica atualmente, características frequentes em indivíduos com sintomas depressivos, concordando com a hipótese de que os "sós", talvez, queixem-se mais frequentemente de sintomas depressivos, estando estas queixas associadas à sua solidão (Paradela *et al.*, 2005).

Alguns dos pacientes com depressão talvez estejam em um estágio inicial da síndrome demencial, pois a depressão está frequentemente associada com transtornos cognitivos e pior desempenho em testes neuropsicológicos (Alexopoulos *et al. apud* Tavares, 2005). Estudos recentes sugerem que a depressão talvez contribua para ambos, causa e efeito de anormalidades em pacientes com síndrome demencial, especialmente a Doença de Alzheimer (Hickie *et al.*, 2005).

É necessário realizar estudos diagnósticos e longitudinais nesta população, para que possam conhecer os fatores de risco, causa e a diferenciação entre depressão e déficit cognitivo, para que se possa traçar planos de ação precoce e desenvolver qualidade de vida nesta faixa etária.

As taxas de abuso de álcool foram similares às encontradas em muitos estudos realizados com população de rua adulta e idosa (Vernez *et al.*, 1988; Koegel *et al.*, 1988; Toro & Wall, 1991). A prevalência encontrada foi o dobro da encontrada na população em geral no Brasil (Almeida *et al.*, 1997; Kesler *et al.*, 1994). Os homens apresentaram mais abuso de álcool que as mulheres. É importante ressaltar que apesar desta população apresentar altas taxas de transtornos mentais, a grande maioria não recebia cuidado de saúde mental.

Apesar da prevalência de abuso de álcool ter sido maior nos participantes provenientes de casa ou da rua, não foi observado diferença estatisticamente significativa entre alcoolismo e déficit cognitivo, diferente dos resultados encontrados em outros estudos como de Lovisi *et al.* (2003) e Fisher & Breakey (1991). Este fato pode ser explicado, devido ao tamanho da população do estudo.

5.3 – Discussão dos instrumentos

O CSI-D foi sugerido como um instrumento promissor o qual afastaria o viés educacional detectando déficit cognitivo e triando demência entre os analfabetos e indivíduos com baixo grau de escolaridade (Hall *et al.*, 2000). Todavia, nós encontramos associação entre nível educacional e déficits cognitivos. O fato de nós não utilizarmos um informante chave pode explicar tais resultados. Um maior número de estudos devem ser desenvolvidos para tentar resolver estes problemas metodológicos.

Verificou-se durante a coleta de dados que o GDS-15 apresentava dificuldades ao entrevistado no entendimento das questões pela população do estudo a qual tinha baixo grau de escolaridade em sua maioria, demonstrando dúvida ao formular respostas sim/não às questões do instrumento. Alguns participantes respondiam “mais ou menos” e “as vezes”, procurando encontrar uma mediana para seu sofrimento. Somente após lembrá-los que só poderiam responder sim ou não, estes procuravam a melhor opção, demonstrando que ainda que escolhendo sim/não como solicitado, a resposta inicial mediana permanecia como a de escolha.

5.4 - Prevalência das variáveis clínicas

A população do nosso estudo é acometida de mais doenças crônicas que a população de rua adulta (Cohen, 1999), assim como pessoas idosas com baixo poder aquisitivo vivendo na comunidade brasileira (Camarano *apud* Motta, 2004; Feliciano *et al.*, 2004; Lima–Costa *et al.*, 2003). Apesar de altas taxas, 51% não

recebiam cuidados clínicos. O mesmo se pode dizer com relação ao cuidado em saúde mental.

As mulheres apresentaram mais doenças crônicas que os homens, sendo que a maior longevidade das mulheres as coloca numa posição de grande exposição às doenças crônico-degenerativas e mentais (Motta, 2004). Os indicadores de saúde que avaliam a população de baixa renda mostram que a morbidade aumenta com a idade e são devidas predominantemente à doenças crônico-degenerativas (Camarano, 1999).

A grande maioria dos participantes apresentou altas taxas de ausência de suporte social que aumentou com a idade, demonstrando a gravidade social desta população que ao envelhecer caminha para uma total desassistência. As doenças crônico-degenerativas e possíveis seqüelas das mesmas geram a necessidade de utilização dos serviços de saúde, e está sobreposta ao acesso oferecido a demanda desta população. Com altas taxas de doenças crônicas, sem casa, familiares e amigos, os serviços de saúde públicos tornam-se o único meio desta população conseguir auxílio em um momento de agravamento clínico. Isto aponta para um gasto desproporcional entre as parcelas da população, se considerar que as necessidades básicas desta população forem atendidas pelas políticas públicas, o que não acontece atualmente. Considerando a perspectiva de envelhecimento da população, esta situação tende a se agravar num futuro próximo, gerando um enorme ônus para o governo e aumentando o número de pessoas com pouco ou nenhum suporte na vida. A ausência de suporte social traz graves problemas: afeta pessoas que não têm ajuda quando estão doentes, e

mesmo que tenham serviços de saúde disponíveis, tendem a não possuírem suas necessidades satisfeitas (The 10/66, 2004).

5.5 - Prevalência das características sócio-demográficas

A nossa população se identifica por uma maioria de homens, solteiros, que viveram nas ruas, faixa etária entre 65-74 anos, nascidos fora do Rio de Janeiro, com baixo nível educacional, desempenhando trabalho informal durante o período produtivo, não recebendo benefício/aposentadoria atualmente. Nossa característica sócio-demográfica foi similar às encontradas em estudos nacionais e internacionais com população de rua idosa (Cohen *et al.*, 1988; Gouvea & Lovisi, 2006). Homens e mulheres apresentaram algumas diferenças nas características sócio-demográficas. Os homens relataram mais abuso de álcool e vivência nas ruas que as mulheres. Por outro lado, as mulheres apresentaram mais relato de trabalho informal antes de viverem nas ruas e serem admitidas no albergue.

Os estudos americanos (Drake *et al.*, 1991, Toro & Wall, 1991) realizados com população de rua idosa mostraram que o motivo principal para este grupo se tornar população de rua foram problemas financeiros e quebra de laços afetivos familiares. Nosso estudo mostrou que 37.7% dos participantes referem-se ao hospital como sendo a principal razão para serem admitidos no albergue. Esse achado mostra que doenças físicas podem precipitar a condição de se tornar população de rua numa parcela negligenciada da sociedade brasileira. Os resultados mostraram que se um brasileiro idoso extremamente pobre permanece no hospital recebendo tratamento por longo tempo, ele/ela talvez tenha grandes

possibilidades de se tornar população de rua, se apresentar as características sócio-demográficas mostradas em nosso estudo.

Muitos dos que se tornaram população de rua nos EUA e Inglaterra, são migrantes de outros países, que procuram alternativa financeira quando ainda jovens. Nas sociedades ocidentais, o envelhecimento é influenciado pela inserção do indivíduo no processo de produção, consumo e dos ritmos impostos pela industrialização. A experiência do trabalhador mais velho é desvalorizada frente à flexibilidade e rapidez no acúmulo de conhecimento dos mais jovens, onde a necessidade de renovação coloca os indivíduos numa posição inversa com a idade. A aposentadoria, momento em que o trabalhador ativo tem o direito de parar de trabalhar por ter atingido tempo de trabalho suficiente, ou por ter alcançado a idade por lei estabelecida, vem em geral, acompanhada de perda das relações e prestígio social, auto-estima, benefícios econômicos, estando associada com uma marginalização cultural e econômica. Nossos participantes ocuparam o mercado de trabalho informal em sua maioria, não conseguindo estabilidade financeira que garantisse o momento da aposentadoria ou da impossibilidade ao trabalho por doenças crônicas, culminando em uma das razões citadas para se tornarem população de rua tardiamente.

É importante enfatizar que a minoria recebia aposentadoria ou benefício. Apesar de serem a minoria, essas pensões são contribuições cruciais na ajuda mensal de uma percentagem substancial das famílias brasileiras com baixa renda. Para muitas dessas famílias, um parente idoso, o qual recebe aposentadoria ou benefício, vivendo na mesma casa que os familiares, é visto como a chave da

estabilidade financeira (Lima-Costa *et al.*, 2003; Garcez-Leme & Furlaneto, 2005)). Idosos pensionistas provem 37% da verba das famílias brasileiras e essa verba é insuficiente para viverem adequadamente (Garcez-Leme & Furlaneto, 2005). A distribuição desses benefícios por verba familiar é mais alta em famílias de baixa renda (50%) que em famílias com idosos com renda mais elevada (Barros *et al.*, 1999). Como a soma da verba familiar depende da verba do idoso, quando o valor do benefício social muda, muda também uma porção importante da verba da família. (Camarano, 2002). Constatou-se que a falta de moradia, a ausência de rendimentos, o desemprego, o fato de morarem sozinhos e o analfabetismo são alguns dos problemas que mais atingem a população estudada. A alta prevalência de analfabetismo, a ausência de atividades remuneradas e a alta prevalência de déficits cognitivos são encontrados também nos idosos brasileiros de baixa renda (Herrera *et al.*, 1998; Laks *et al.*, 2003). Entretanto, esta população de idosos tem um maior número de pessoas que recebem aposentadorias e que moram com seus familiares (Barros *et al.*, 1999; Feliciano *et al.*, 2004).

Políticas sociais adotadas recentemente no Brasil geraram um gasto desproporcional entre gerações e não será sustentada por muito tempo neste país. Os países em desenvolvimento estão envelhecendo e a demanda por investimento em população adulta e idosa, principalmente na saúde e na distribuição dos benefícios propostos por programas referentes a esta faixa etária, continua crescendo. As necessidades dos idosos em total exclusão social não são os objetivos dessas políticas atualmente (Kalache, 1996).

A afirmação acima referida se exemplifica com os idosos que permanecem durante longos períodos de internação ao lado do abandono dos familiares e assemelham-se, nestas circunstâncias, aos pacientes que ocupam leitos-moradia, sem contato familiar, nos hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro. No entanto, a política de Saúde Mental deste município instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, para esses pacientes acometidos de transtornos mentais internados por um período ininterrupto de no mínimo dois anos. Este auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde. O benefício consiste em pagamento mensal de auxílio pecuniário, no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) (Lei 10.708, 2003). Visa recuperar laços afetivos, perdidos com o processo de adoecimento e institucionalização, devolvendo o paciente ao convívio dos familiares, ou, no caso daqueles que não possuem parente acessível, o resgate é feito através da construção de uma família em uma residência terapêutica com outros pacientes na mesma situação.

O programa garante ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional. Contudo, todo processo de implantação e gerenciamento de mudanças no contexto sócio-econômico é lento, esbarrando em movimentos contrários, como o da superlotação dos serviços de saúde de base territorial, dos donos de hospitais psiquiátricos que lutam a favor das internações hospitalares, o movimento das famílias que se habituaram viver sem seus

familiares com transtorno mental e na própria administração da verba pública. No entanto, apesar desse programa já ter beneficiado muitos pacientes psiquiátricos sem contato familiar, que moravam no hospital, o parágrafo 2º desta lei, diz que: "não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social", o que exclui os indivíduos do estudo (Lei 10.708, 2003).

Por outro lado, diferente do programa supra citado, o hospital cujos participantes do nosso estudo eram provenientes, não resolveram o problema do idoso o qual foi abandonado pelos parentes ou já se encontrava em situação de rua nas circunstâncias da internação. Estes passaram a ocupar um leito hospitalar após a sua alta, sem que houvesse necessidades clínicas plausíveis, sendo sua permanência nos hospitais menos pautada em necessidades de acompanhamento clínico da equipe de saúde que em fatores sociais. Uma vez que os participantes receberam alta hospitalar, estes não necessitavam mais da internação, permanecendo no hospital apenas por questões sociais, como por exemplo, não terem lar para viver. Portanto, na tentativa de direcionarem estes idosos para fora do hospital, visando à desocupação do leito, o hospital apenas transferiu o problema para outra esfera pública: o albergue.

6 - Conclusão

A principal conclusão do estudo foi a de que a prevalência dos déficits cognitivos (17,8%), dos sintomas depressivos (27,7%) e a do uso/abuso de álcool (57,4%) foram similares aos achados da grande maioria dos estudos nacionais e internacionais desenvolvidos em população de rua idosa. O mesmo se pode afirmar com relação á distribuição dos fatores sócio-demográficos e das variáveis clínicas estudadas.

Portanto, em acordo com os achados acima recomenda-se a implantação de um programa psicossocial por parte dos gestores públicos para o grupo populacional estudado. Como há escassos estudos sobre este tema no Brasil, futuros trabalhos serão necessários para um maior conhecimento desta população marginalizada.

Muitos dos participantes do nosso estudo se tornaram população de rua na terceira idade apresentando problemas crônicos de saúde, problemas familiares, desemprego, déficits de moradia e longo período de tempo vivendo na pobreza e no albergue. A população do estudo em sua maioria era homem, solteiro, tendo trabalhado no mercado informal, sem receber benefício atualmente apresentando altas taxas de déficits cognitivos, depressão e abuso de álcool. A população proveniente do hospital estava mais gravemente acometida de doenças crônicas, déficits cognitivos e desprovida de suporte social. As mulheres são um subgrupo especial. Elas tenderam a apresentar mais doenças físicas e transtorno mental, trabalharam no mercado informal mais frequentemente e receberam menos benefício. A população de rua idosa albergada do estudo comparada com a

população idosa em geral estava sempre em piores condições sociais e de saúde, no entanto, se aproximavam da população de baixa renda. Isso significa que estas pessoas podem estar muito próximas de experimentarem viver nas ruas.

É necessária a melhor compreensão dos fatores que levam alguém a se tornar população de rua especialmente com as diferenças regionais e entre características sócio-demográficas e de saúde. Políticas sociais são mais difíceis de serem implementadas entre os idosos em situação de rua, uma vez que estes se encontram em piores condições de saúde e social que a população idosa em geral.

Como um grupo, uma vez população de rua, as pessoas idosas tem mais dificuldade de saírem desta situação. Sem benefício, sem auxílio de amigos ou parentes, com ausência de suporte do governo, com doenças crônico-degenerativas e transtorno mental, estando o albergue distante do centro comercial/cultural/hospitalar, sendo preciso atravessar uma estradinha de chão para alcançar qualquer condução. Todo brasileiro com idade acima de 67 anos têm o direito de receber um benefício (Estatuto do Idoso, 2004). Por que a grande maioria dos idosos que vivem em albergues públicos não recebe este benefício?

Nossos resultados mostraram que as pessoas com pouca educação, com transtorno mental e as margens da sociedade estarão sempre em desvantagem em relação ao recebimento deste benefício, os quais não conseguem se inscrever no programa. Há o relato dos participantes sobre a perda/furto dos documentos quando viviam nas ruas ou durante as noites que passavam alcoolizados em bares. Segundo o relatório do UN-HABITAT (2001) as instituições públicas não se

responsabilizam pelas necessidades da maioria das pessoas vulneráveis e não conseguem atingir uma distribuição igualitária de moradia e superar a pobreza. Não há programas para pessoas idosas em situação de rua no Brasil. Os albergues públicos deveriam estar preparados para oferecerem melhores cuidados de saúde aos indivíduos admitidos. Tais programas podem ajudar a aperfeiçoar alguns fatores de risco como transtornos mentais, abuso de substância química e suporte social inadequado. Uma solução poderia ser treinar profissionais para trabalharem mais eficientemente com essa população, estimulando mais esforços para assegurar o direito e expandindo alternativas de moradia para os idosos. Isto poderia encontrar dificuldade de ser implementado no Brasil devido à dificuldade de adquirir casa neste país, principalmente entre população de baixa renda.

É necessária atitude dos governantes na elaboração de políticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde biopsicossocial desta parcela marginalizada da população. Os recursos devem ser distribuídos por prioridades e investidos para a recuperação desta situação emergente e da situação anterior a esta, para que não chegue a condições sub-humanas de vida.

É registrado na lei 3.561, artigo 3º, como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Entretanto, para esta população muito ainda deve ser feito para que se faça cumprir tais exigências.

São necessários pesquisas a cerca da condição de saúde desta população, especialmente incidência, prevalência e estudo sobre fatores de risco de demência, considerando a alta taxa de déficits cognitivos graves encontradas neste estudo.

7 - Referências bibliográficas

1. ALEXOPOULOS, G. S. *et al.* Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry*, 1996. *Apud* MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGERLHARDT, E. Depressão em Idosos. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*, Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005. p. 409-420.
2. ALMEIDA, O.; & ALMEIDA, S. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriat Psychiatry*, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.
3. _____. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 56, n. 3B, set. 1998.
4. _____. WRIGHT, J. D.; FISHER, G.A & WILLIS, G. The urban homeless: Composition and Size. *Science*, v. 235, p. 1336-1341, 1987.
5. _____. Demência. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005. p. 217-234.
6. AMADO, K.; LOVISI, G. Instrumentos utilizados para rastreamento de demência e a influência do grau de escolaridade nos resultados em países em desenvolvimento. In: IX ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 2006, Ribeirão Preto. *Anais do IX encontro de pesquisadores em saúde mental e especialistas em enfermagem psiquiátrica: os novos velhos desafios da saúde mental: programas e resumos*, Ribeirão Preto: FIERP-EERP/USP, 2006. p. 187
7. ARCE, A. & VERGARE, M. Identifying and characterising the mentally ill among the homeless. In: RICHARD, L. The homeless mentally ill-A task force report of the American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association*, 1984.
8. BARAK & COHEN Characterizing the elderly homeless: a 10-year study in Israel. *Arch Gerontol Geriatric*, v. 37, n. 2, p. 147-55, 2003.
9. BARRETO, S.; COSTA, N. Epidemiologia do envelhecimento. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005. p. 79-95.
10. BARROS R.; MENDONÇA R; SANTOS D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. *IPEA*, v. 686, 1999.

11. BEEKMAN A.; COPELAND JR.; PRINCE L. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry*, v. 174, p. 307-311, abr. 1999
12. BERTOLUCCI PH & NITRINI R. Proposta de uma versão brasileira para a escala ADCS_CGIC. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 3B, p. 12-21, set. 2003.
13. _____. OKAMOTO I; BRUCKI S. *et al.* Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq. Neuro-Psiq*, v. 59, n. 3A, p. 5-15, set. 2001.
14. _____. BRUCKI, S.; CAMPACCI, S. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arquivos Neuropsiquiátricos*, v. 52, n. 1, p. 1-7, ago. 1994.
15. BLAZER D.; BURCHE T.; SERVICE C. *et al.* The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, v. 46, n. 6, p. M210, nov. 1991.
16. BLAZER D. G. Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, v. 320, p. 164-166, 1989.
17. BLESSED, G.; TOMLINSON, B. E.; ROTH, M. The association between quantitative measures of dementia and senile change in the cerebral gray matter of elderly subjects. *Br J. Psychiat.* v. 114, p. 797, 1968.
18. BRUCKI SM; NITRINI R; CAMELLI P; BERTOLUCCI PH; OKAMOTO IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 3B, p. 10-21, set. 2003.
19. BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 1996. 1769 p.
20. BUHRICH, N. Prevalence of Cognitive Impairment Among Homeless People in Inner Sydney . *Psychiatry Serv.* v. 51, p. 520-521, 2000.
21. BUSTAMANTE, S.; BOTTINO, C.; LOPES, M.; AZEVEDO, D.; HOTOTIAN, S.; LITVOC, J.; FILHO, W. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 3A, set. 2003.
22. CAMARANO, A. Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas. Rio de Janeiro: IPEA, 2002 *apud* MOTTA, L.B. *Formando médicos para o desafio do envelhecimento com qualidade no Brasil*. Rio de Janeiro, 2004. 118 p.

23. _____. BELTRÃO K.; PASCON, A. et al. Como vai o idoso brasileiro? Rio de Janeiro: IPEA, 1999
24. CARAMELLI, P.; CHARCHAT-FICHMAN, H.; PORTO, C. et al. Brazilian version of the Mattis dementia rating scale diagnosis of mild dementia in Alzheimer's disease. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 2B, jun. 2003.
25. _____. CHARCHAT-FICHMAN, H.; SAMESHIMA, K. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 12, p. 79-82, jan. 2005.
26. CERQUEIRA, A.; TORRES, A.; CREPALDI, A. et al. Identification of dementia cases in the community: a brazilian experience. *Journal América Geriatric Society*, v. 53, p. 1738-1942, 2005.
27. CHAIMOWICZ, F. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005. p. 67-77.
28. _____. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista Saúde Pública*, n. 2, p. 184-200, abr. 1997.
29. COHEN, C.; TERESI, J.; HOLMES, D. The physical well being of old homeless men. *J Gerontol*, v. 43, p. 121-128, 1988.
30. _____. Down and out in New York and London: a cross-nation comparison of homelessness. *Hospital and community Psychiatry*, v. 45, n. 8, p. 769-776, 1994.
31. COSENZA, R. Memória e suas alterações no envelhecimento – normal e patológico. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005. p. 157-173.
32. CRANE, M. The situation of older homeless people. *Rev Clin Gerontol*, v. 6, p. 389-398, 1996.
33. DRAKE, R. E.; OSHER, F. C. & WALLACH, M. A. Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, v. 11, p. 1149-1158, 1991.
34. EVANS, D.; FUNKENSTEIN, H.; ALBERT, M. et al. Prevalence fo Alzheimer's disease in a community population of older persons higher than previously reported. *J. Am. Med. Assoc.* v. 262, p. 2551-2556, 1989.

35. FADDEN, G.; BEBBINGTON, P.; KUIPERS, L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, v. 150, p. 285-292, 1987.
36. FARAVELLI C; SERVI P; ARENDS JÁ. *et al.* Number of symptoms, quantification, and qualification of depression. *Compr Psychiatry*, v. 37, n. 5, p. 307-15, set-out. 1996.
- 37.
38. FELICIANO A.; MORAES, A.; FREITAS, I. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cadernos de Saúde pública*, v. 20, n. 6, p. 16-47, 2004.
39. FISCHER, P. J. & BREakey, W. R. The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, v. 46, p. 1115-1128, 1991.
40. FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; McHUGH, P. Mini-Mental State – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Psychiatry Res*, v. 12, p. 189-198, 1975
41. [GARCEZ-LEME, L. & FURLANETO, M.](#) Delirium in elderly individuals with hip fracture: causes, incidence, prevalence, and risk factors. *Clinics*, v.61, n.1, p.35-40, fev, 2005.
42. GEERLINGS, M.; SCHMAND, B.; JONKER, C. *et al.* Education and incident Alzheimer's disease: a biased association due to selective attrition and use of a two-step diagnostic procedure. *International Journal of Epidemiology*, v. 28, p. 492-497, dez. 1998.
43. GORZONI, M.; PIRES, S. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 1, p. 18-23, 2006.
44. GOUVEA R.; LOVISI G. *Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2006. 23 p.
45. GREENBLATT, M.; ROBERTSON, M. *Homeless: a national perspective*. New York: Plenum Press, 1993. 357p.
46. GULARD, B.; KURIANSKY, J.; SHARPE, L. *et al.* The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE) Rationale, development and reliability. *Int. J. Aging & Human Develop.* v.1, p. 9-42, 1977

47. HALL, K.; GAO, S.; EMSLEY, C. *et al.* Community screening interview for dementia (CSI `D`); performance in five disparate study sites. *International Journal Geriatric Psychiatry*, v. 15, p. 521-531, jan. 2000.
48. HALL, K.; HENDRIE, H.; BRITAIN, H. *et al.* The development of a dementia screening interview in two distinct languages. *International Journal of Methods in Psychiatric research*, v. 5, p. 7-26, ago. 1993.
49. HAMID, W. A.; WYKES, T & STANSFELD, S. The homeless mentally ill. Myths and Realities. *The International Journal of Social Psychiatry*, v. 38, n. 4, p.237-254, 1993.
50. HECKERT, U.; ANDRADE, L. ; ALVES, M. J. *et al.* Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a Southeast city in Brazil. *Eur Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, v. 249, p. 150-155, 1999.
51. HERRERA, E.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A. *et al.* Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling brazilian population. *Alzheimer Disease and Association Disorders*, v. 16, n. 2, p. 103-108, mar. 2002.
52. _____. CAMELI, P.; & NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – estado de São Paulo – Brasil. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.
53. [HICKIE, I.](#); [NAISMITH, S.](#); [WARD, P.](#) *et al.* Reduced hippocampal volumes and memory loss in patients with early- and late-onset depression. [Br J Psychiatry](#). v.186, p.197-202, mar, 2005.
54. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Censo 2000. Disponível em: www.ibge.gov.br . Acesso em: 14/06/2005
55. KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 3, n. 3, jul/set, 1987.
56. KAPLAN, H., SADOCK, B. GREBB, J. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 1169 p.
57. KAY, D.; HOLDING, T.; JONES, B.; LITTLER, S. Dependency in old age: a comparison of mental and physical factors. *International Journal Geriatric Psychiatry*, v. 6, p. 833-844, jul. 1991.
58. KESLER R.C.; MCGONAGLE R.A.; ZHAO S. *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the USA: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, v. 51, p. 8 -19, 1994.

59. KOEGEL, P.; BURNAN, A & FARR; R. K. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of L.A. *Archives General Psychiatry*, v. 45, p. 1083-1092, 1988.
60. KOVESS, V. & LAZARUS, C. M. The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, v. 34, p. 580 – 587, 1999.
61. KRAL, V. A. Senescent forgetfulness: benign and malignant. *Med. Assoc. J.*, v. 10, n. 86, p. 257-260, fev. 1962
62. KUKUL, W.; BOWEN, J.; Dementia epidemiology. *Medical Clinics of North América*, v. 86, n. 3, mai. 2002.
63. LAKS J; FIGUEIRA I; CONTINO AL; ENGELHRARD E. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua. *Arq. Neuro-Psiq*, v. 61, n. 3, p. 2-10, 2003.
64. LAKS, J. ; ROCHA, M.; CAPITAO C. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. *Arq. Neuro-Psiquiatr*, v.63, n.2a, p.207-212, jun. 2005.
65. LANGLE G.; EGERTER B. ALBRECHT F. *et al.* Prevalence of mental illness among homeless men in the community. *SPPE*, v. 40,n. 5, p. 382 – 390, 2005.
66. LAUTENSHLAGER, N. Is it possible to prevent dementia? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, p. 22-27, 2002.
67. LEACH, J. & WING, J. K. The effectiveness of services for helping destitute men. *British Journal Psychiatry*, v. 133, p. 481-492, 1978.
68. LEI 8.842/1994 do Congresso Nacional. Disponível em: www.planalto.gov.br . Acesso em 24/02/2006
69. LEI 10.708/ 2003 do Congresso Nacional. Disponível em: www.crefito5.com.br Acesso em 24/02/2006.
70. LEI 3.561/ 1997 do Congresso Nacional. Disponível em: www.camara.gov.br Acesso em 24/02/2006.
71. LEI 10.741/ 2003 do Congresso Nacional. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em 15/02/2006.

72. LIMA-COSTA, M.; BARRETO, S.; GIATTI, L. *et al.* Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 745-757, jun. 2003.
73. LINN, L. S. ; GELBERG, L. & LEAKE, B. Substance abuse and mental health status of homeless and domiciled low-income users of a medical clinic. *Hospital and Community Psychiatry*, v. 41, n. 3, p. 306-310, 1990.
74. LIU, S.; PRINCE, M.; CHIU, M. *et al.* Validity and reability of a Taiwan chinese version of the community screening instrument for dementia. *América Journal. Geriatric Psychiatry*, v. 13, n. 7, p. 581-588, jul. 2005.
75. LOPES M. A.; BOTTINO C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. *Arquivos Neuro-Psiquiátricos*, v. 60, n. 1, p. 2-14, 2002.
76. LOVISI, G.M. ; MANN, A .H. ; COUTINHO,E. *et al.* Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area, Brazil *Soc Psychiatry Epidemiol* , v. 38, p. 493-498, abr. 2003.
77. MADIANOS M.; GOURNAS G.; STEFANIS C. Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatr Scand.*, v. 86, n.4, p. 320-6, out. 1992.
78. MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGERLHARDT, E. Depressão em Idosos. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*, Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005, p. 409-420.
79. MARINO, M. & SANTOS, A. Demências reversíveis no paciente idoso. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica*, Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005, p. 347-374.
80. MARTÍNEZ, F.M. Aspectos Biológicos del Envejecimiento. In: PEREZ, E.A.; GALINSKI, D.; MARTINEZ, F.M. *et al.* *La Atención de Los Ancianos: um desafio para Los años Noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
81. MEDRONHO, R. *et al.* *Epidemiologia – História e Fundamentos*. Rio de Janeiro : Atheneu, 2006. 517p.
82. MOTTA, L.B. *Formando médicos para o desafio do envelhecimento com qualidade no Brasil*. Rio de Janeiro, 2004. 118 p.

83. MUÑOZ, M. ; VÁSQUEZ, C. ; KOEGEL, P. *et al.* Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, v. 33, p. 514-520, 1998.
84. NORDENTOFT, M.; WANDALL-HOLM, N. 10 years follow up study mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *British Medical Journal*, v. 327, n. 81, jul, 2003.
85. [NORTH, C.; ERICH, M.; POLIO, D. et al. Are the rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? American Journal of Public Health, v. 94, n.1, p. 103-108, 2004](#)
86. ORRELL, M.; BUTLER, R.; BEBBINGTON, P. SOCIAL Factors and the outcome of dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*, v. 15, p. 515-520, jan. 2000
87. OSBORN D.; FLETCHER A.; STIRLING S. *et al.* Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*. v.18, n. 7, p. 623-30, jul. 2003.
88. PAPAPOPOULOS F.; PETRIDOU E.; DESSYPRIS N. et al. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. *Int J Geriatr Psychiatry*. v. 20, n. 4, p. 350-7, abr. 2005.
89. PARADELA, E.; LOURENÇO, R.; VERAS, R. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, v.39, n.6, dez. 2005.
90. PARIGI, A.; PANZA, F.; CAPURSO, C.; SOLFRIZZI, V. Nutricional factors, cognitive decline, and dementia. *Brain Research Bulletin*, v. 69, p. 1-19, nov. 2005.
91. PRINCE, M. ; ACOSTA, D. ; CHIU, H . *et al.* Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *The Lancet*, v. 361, p. 909-917, mar. 2003
92. _____ . FERRI, C.; BRODATY, H. *et al.* Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet*, v. 366, p. 2112-2117, dez. 2005.
93. RAMOS, L. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, jun. 2003.

94. REBACK, C.; KAMIEN, J.; AMASS, L. Characteristics and HIV risk behaviors of homeless, substance-using men who have sex with men. *Addict Behav.* v. 32, n. 3, p. 647-654, jul. 2006.
95. _____. KAMIEN, J.; AMASS, L. Latent Semantic Analysis: an improved method to measure cognitive performance in subjects of Non-English-Speaking-Background. *Journal Clinical Exp Neuropsychol*, v. 28, n. 8, p. 1381-1387, nov. 2006
96. ROSSI, P. H. *Counting the homeless and the extremely poor. Down and out in America. The origins of homelessness.* Chicago: Univ. Chic. Press, 1989. 247p.
97. ROTH, M.; TYM, E.; MOUNTJOY, C. et al. CAMDEX: A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with especial reference to the early detection of dementia. *Br J. Psychiatry*, v. 149, p. 698-709, 1986.
98. SCAZUFCA M; CERQUEIRA A; MENEZES P. et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 15-25, dez. 2002.
99. SERAZIN, M.; STERN, Y.; BERR, C.; RIBA, A.; BRANDT, J.; DUBOSIS, B. ALBERT, M. Neuropsychological predictors of dependency in patients with Alzheimer disease. *Neurology*, v. 64, p. 1027-1031, jan. 2005.
100. SHANKS, N. J. Medical provision for the homeless in Manchester. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, v. 33, p. 40-43, 1983.
101. SPSS Inc. *Statistical Package for the Social Sciences – x user’s guide.* New York, 1986
102. STERGIOPOULOS V., HERMANN N. Old and Homeless: a review and survey of older adults who use shelters in an urban. *Can journal Psychiatry*, v. 48, n. 6, p. 374-80, jul. 2003.
103. SUSSER, E. ; MOORE, R. & LINK, B. Risk factors for homeless. *American Journal of Epidemiology*, v. 15, n. 32, p. 546-556, 1993.
104. TAVARES, A. Envelhecimento e Personalidade. In: TAVARES, A. *Compêndio de Neuropsiquiatria Geriátrica.* Rio de Janeiro: Guanabara/koogan, 2005. p. 5-23.
105. TAVEIRA, A.; AZEVEDO, A.; SOUGEY, E. Pseudo-Pseudodemência. *Rev. Psiquiatria Clínica*, v. 28, n. 3, fev. 2001. Disponível em: www.hcnet.usp.br . Acesso em: 23 dez 2005.

106. THE 10/66 DEMENTIA RESEARCH GROUP. Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. *International Psychogeriatric Association*, v. 16, n. 4, p. 441-459, fev. 2004.
107. TORO, P. & WALL, D. Research on homeless persons: diagnostic comparissons and practice implications. *Prof Psychol Res Practice*, v. 22, p. 479-488, 1991.
108. UNITED NATION, 1991. Disponível em: www.onu-brasil.org.br Acesso em: 25/02/2006
109. UNITED NATIONS CENTRE FOR HUMAM SETTLEMENTS (HABITAT) , 2001. Disponível em: www.unhabitat.org . Acesso em: 18/06/2005
110. VANGER, P. An assessment of social skills deficiencies in depression. Compr Psychiatry, v. 28, n. 6, p. 508-512, dez. 1987
111. VÁSQUEZ, C.; MUNOS, M. & SANS, J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madri: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, v. 95, p. 523 – 530, out. 1997.
112. VENTURA, M.; BOTTINO, C. Estudo de confiabilidade da versão em português de entrevista estruturada para diagnóstico de demência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 47, n. 2, jun. 2001.
113. VERAS, R.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int. J Geriat Psychiatry*, v. 9, p. 285-295, 1994.
114. VERNEZ, G.; BURNAM, M.; McGLYNN, E. et al. Review of California's program for the homeless mentally disabled. Santa Monica, CA, *RAND Corporation*, 1988.
115. WADA K; SATOH T; TSUNADA M. Associations of health behaviors on depressive symptoms among employed men in Japan. *Ind Health*, v. 44, n. 3, p. 486-492, jul. 2006.
116. WEBBER A.; RUBENSTEIN L.; ALESSI C. Depression in older patients admitted for postacute nursing home rehabilitation. *J Am Geriatr Soc.*, v. 53, n. 6, p. 1017-22, jun. 2005.
117. WILSON, K.; CHEN, R.; TAYLOR, S. *et al.* Socio-economic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents. *British Journal of Psychiatry*, v. 176, p. 549-553, 1999.