

## Características sociodemográficas e morbidades entre idosos institucionalizados sem declínio cognitivo

Sociodemographic characteristics and morbidities among institutionalized elderly without cognitive decline

Características sociodemográficas y morbilidad entre los ancianos sin deterioro cognitivo

Samara Karine Sena Fernandes Vieira;<sup>1</sup> Eucário Leite Monteiro Alves;<sup>2</sup> Márcia Astrês Fernandes;<sup>3</sup> Maria do Carmo de Carvalho e Martins;<sup>4</sup> Eliana Campêlo Lago<sup>5</sup>

### Como citar este artigo:

Vieira SKSF, Alves ELM, Fernandes MA, Martins MCC, Lago EC. Características sociodemográficas e morbidades entre idosos institucionalizados sem declínio cognitivo. Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4):1132-1138. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1132-1138>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos sem declínio cognitivo de instituições de longa permanência. **Métodos:** Foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e um formulário para investigar aspectos sociodemográficos e clínicos nos idosos sem declínio cognitivo. Os dados foram analisados por meio do SPSS 18.0 e do teste qui-quadrado. **Resultados:** Houve predomínio de idosos sem declínio cognitivo do sexo masculino (55,7%), solteiros (63,29%), com faixa etária  $\geq 75$  anos (54,43%), com hipertensão arterial sistêmica (64,56%) e com uso de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (64,56%). **Conclusão:** É necessário que os idosos institucionalizados sem déficit cognitivo sejam avaliados continuamente para diagnóstico precoce do envelhecimento cognitivo patológico para prevenção de estados demenciais.

**Descritores:** Cognição, Demência, Envelhecimento.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the sociodemographic and clinical characteristics of elderly people without cognitive decline in long-stay institutions.

**Methods:** Mini-examination was applied Mental State and a form to investigate sociodemographic and clinical aspects in elderly people without cognitive decline. Data were analyzed using SPSS 18.0 and Chi-square test. **Results:** There was a predominance of elderly people without cognitive decline in men (55.7%), single (63.29%), aged  $\geq 75$  years (54.43%) with systemic hypertension (64.56%) and use of

<sup>1</sup> Fisioterapeuta. Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário Uninovafapi. Professora da Faculdade Estácio de Teresina/PI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: <samarakarinecs@yahoo.com.br>.

<sup>2</sup> Doutor em Medicina (Cirurgia Torácica e Cardiovascular) pela Universidade de São Paulo (USP). Professor do mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: <ealves@uninovafapi.edu.br>.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências pela USP. Professora-associada da Universidade Federal do Piauí (UFPI) Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: <m.astres@ufpi.edu.br>.

<sup>4</sup> Doutora em Ciências Biológicas (Farmacologia, Fisiologia e Química Medicinal) pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora-associada do Departamento de Biofísica e Fisiologia da UFPI. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: <mcmartins@uninovafapi.edu.br>.

<sup>5</sup> Doutora em Biotecnologia pela UFPI. Professora do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: <eliana@uninovafapi.edu.br>.

drugs that act on the cardiovascular system (64.56%). **Conclusion:** It is necessary that the institutionalized elderly without cognitive impairment are continuously evaluated for early diagnosis of pathological cognitive aging to prevent dementia states.

**Descriptors:** Cognition, Insanity, Aging.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas mayores sin deterioro cognitivo en instituciones de larga estadia.

**Métodos:** Mini-examen se aplicó Estado Mental y una forma de investigar aspectos sociodemográficos y clínicos en personas mayores sin deterioro cognitivo. Los datos fueron analizados con el programa SPSS 18.0 y la prueba de Chi-cuadrado. **Resultados:** Hubo un predominio de personas mayores sin deterioro cognitivo en los hombres (55,7%), solo (63,29%), con edades  $\geq 75$  años (54,43%) con hipertensión sistémica (64,56%) y el uso de fármacos que actúan sobre el sistema cardiovascular (64,56%).

**Conclusión:** Es necesario que el anciano institucionalizado y sin deterioro cognitivo son evaluados de forma continua para el diagnóstico precoz de envejecimiento cognitivo patológico para evitar estados de demencia.

**Descriptor:** Cognición, Demencia, Envejecimiento.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um dos fenômenos de grande impacto do século XXI, que resulta de um processo gradual de transição demográfica, representando um desafio para o setor de saúde, e outras esferas sociais. O crescimento mundial, do número de pessoas com 60 anos ou mais, é notório em números absolutos e relativos.<sup>1</sup>

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do Censo de 2010, a população de indivíduos com 60 anos ou mais corresponde a 10,9% dos atuais 190.732.694 habitantes. Segundo estimativas estatísticas, até o ano de 2025, representará a sexta maior população idosa do mundo em números absolutos, com mais de 32 milhões de idosos, os quais corresponderão a 15% da população.<sup>2</sup>

O envelhecimento populacional foi acompanhado por transformação do perfil de morbimortalidade, descrito por um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis.<sup>3</sup> Os idosos que apresentam comorbidades com comprometimentos motores e sensoriais sofrem com alterações no desempenho cognitivo e declínio da memória, que ainda se agravam se associados a fatores genéticos e ambientais.<sup>4</sup>

A mudança de ambiente provocada pela institucionalização é uma das situações que provoca a depressão no idoso, que é fator de risco para o déficit cognitivo e demência. Esse isolamento social gera solidão, perda da identidade e de liberdade e desvalorização da própria vida.<sup>5</sup>

As alterações cognitivas podem ser investigadas por meio de diversos protocolos validados, entre eles o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que apresenta fácil e rápida aplicação. Esse exame é de grande confiabilidade, e compõe-se de sete categorias: orientação para tempo, orientação para local, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e praxia visuo-construtiva, cada uma delas com a finalidade de avaliar funções cognitivas específicas.<sup>6-7</sup>

Uma das dimensões mais relevantes da cognição do idoso diz respeito à compreensão dos efeitos da inserção dele no contexto institucional. Dessa maneira, este artigo tem como objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos sem declínio cognitivo de instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) de Teresina, Piauí, Brasil.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A população foi composta por idosos institucionalizados que residiam em quatro ILPIs de Teresina-PI, que, em novembro de 2015, totalizavam 185. A amostra resultou em 79 idosos institucionalizados que atenderam aos critérios de inclusão.

Foram incluídos os idosos que residiam nas ILPIs de Teresina e que não apresentaram déficit cognitivo no MEEM com pontuações igual ou superior a 13 pontos, em idosos analfabetos; igual ou superior a 18 pontos, em idosos com até oito anos de estudo; e igual ou superior a 26 pontos, em idosos com mais de oito anos de estudo. E foram excluídos os idosos que residiam nas ILPIs de Teresina há menos de um mês, assim como os idosos hospitalizados.

Considerando que o nível de escolaridade é um fator que influencia o desempenho no MEEM, são classificados como portadores de alto desempenho cognitivo os indivíduos com score igual ou superior a 13, 18 ou 26 pontos, de acordo com seu nível de escolaridade (analfabetos, com até oito anos de estudo, ou acima de oito anos de estudo, respectivamente).<sup>8</sup>

Inicialmente, foi aplicado o MEEM para avaliação das funções cognitivas dos idosos institucionalizados; em seguida, os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante esclarecimento e aceitação da proposta.

E, por fim, foi aplicado um formulário nos idosos sem déficit cognitivo. Esse instrumento teve como objetivo obter as seguintes informações: idade, sexo, escolaridade, renda mensal, estado civil, tempo de institucionalização, enfermidades presentes, medicamentos em uso e a locomoção dos idosos.

Os dados foram analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0. As relações entre as variáveis apresentadas nos objetivos dessa pesquisa foram analisadas por meio do teste qui-quadrado, com significância estatística quando  $p$ -valor menor do que 0,05.

Neste trabalho, foram respeitados os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos por meio da Resolução nº 196/1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi e aprovado sob CAAE nº 47527915.5.0000.5210.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desse estudo, composta por 79 idosos institucionalizados, obteve pontuação no MEEM que determinou ausência de declínio cognitivo de acordo com o nível de escolaridade. Na tabela 1, visualiza-se o desempenho dos idosos no MEEM, levando em consideração a escolaridade, em anos completos.

**Tabela 1** - Média do MEEM\* e distribuição dos idosos sem declínio cognitivo segundo a escolaridade: Teresina-PI (2015)

Variável		Desempenho no MEEM		
		Média	Nº	%
Escolaridade (anos de estudo)	Analfabetos	17	31	39,24
	Com até 8 anos	22	48	60,76
	Mais de 8 anos	-	-	-

Elaboração dos autores.

Nota: \* Mini-Exame do Estado Mental.

Os aspectos sociodemográficos da amostra estudada encontram-se descritos na tabela 2. Os idosos sem declínio da cognição foram, em sua maioria, do sexo masculino (55,7%), com faixa etária de 70 anos ou mais (82,28%), com até oito anos de estudo (60,76%), solteiros (63,29%) e com renda mensal individual de até um salário mínimo (92,41%).

**Tabela 2** - Aspectos sociodemográficos dos idosos institucionalizados sem declínio cognitivo: Teresina-PI (2015)

Variáveis		Nº	%
Sexo	Masculino	44	55,70
	Feminino	35	44,30
	Total	79	100,00
Faixa etária (anos)	60 a 69	14	17,72
	70 ou +	65	82,28
	Total	79	100,00
Escolaridade	Analfabetos	31	39,24
	Com até 8 anos de estudo	48	60,76
	Acima de 8 anos de estudo	-	-
	Total	79	100,00
Estado civil	Divorciado(a)	13	16,46
	Solteiro(a)	50	63,29
	Casado(a)	6	7,59
	Viúvo(a)	10	12,66
	Total	79	100,00
Renda mensal individual (SM*)	Sem renda	4	5,06
	≤ 1	73	92,41
	Acima de 1	2	2,53
Total	79	100,00	

Elaboração dos autores.

Nota: \* Salário mínimo = R\$ 880,00 (fevereiro/2016, Brasil).

Quanto ao tempo de institucionalização dos idosos sem declínio cognitivo das ILPIs, constatou-se que quase dois terços dos idosos apresentavam menos de cinco anos de institucionalização, ou seja, 43,04% dos idosos apresentam de um a quatro anos de institucionalização. Os demais residiam nas instituições entre cinco e dez anos (22,78%), menos de um ano (18,99%), mais de 15 anos (13,92%), e apenas 1,26% entre 11 e 15 anos.

As enfermidades presentes nos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo que mais predominaram foram: hipertensão arterial sistêmica, doenças psiquiátricas (depressão, ansiedade, psicoses e insônia), diabetes mellitus e dislipidemias. Entre as outras enfermidades existentes estavam: hérnia inguinal e hiatal, doença de Parkinson, patologias de próstata, labirintite, hemorroidas, alopecia, alterações circulatórias, problemas respiratórios e gastrointestinais, doença de Alzheimer, anemia, amputações, seqüela de paralisia infantil, problemas oculares e auditivos e verminoses (tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição das enfermidades presentes nos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo, segundo o sexo: Teresina-PI (2015)

Variável	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%
HAS <sup>†</sup>	27	61,36	24	68,57
Dislipidemias	4	9,09	11	31,43
Diabetes mellitus	8	18,18	10	28,57
Doença cardíaca	4	9,09	5	14,29
Traumas, reumatismos e osteoporose	7	15,91	3	8,57
AVE <sup>‡</sup>	3	6,82	2	5,71
Depressão, ansiedade, psicoses, Insônia	25	56,82	22	62,86
Nenhuma	3	6,82	2	5,71
Outras	20	45,45	15	42,86

Elaboração dos autores.

Obs.: Cada idoso pode apresentar mais de um tipo de enfermidade; † hipertensão arterial sistêmica; ‡ acidente vascular encefálico.

Não houve relação estatística significativa entre a presença de enfermidades e o sexo dos idosos (qui-quadrado = 9,86 e  $P = 0,362$ ), ou seja, estatisticamente, as enfermidades acometem os idosos de forma equivalente, independentemente do sexo.

Enfermidades como hipertensão arterial sistêmica, doenças cardíacas, depressão, ansiedade, psicoses e insônia acometiam mais a faixa etária de 70 anos ou mais de idade. Apesar disso, como se pode observar na tabela 4, não houve associação estatística significativa entre as variáveis enfermidades presentes e a faixa etária dos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo (qui-quadrado = 8,20 e  $P = 0,514$ ).

**Tabela 4** - Distribuição das enfermidades presentes nos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo, segundo a faixa etária (anos): Teresina-PI (2015)

Variável	Faixa etária (anos)					
	60 a 69		70 ou +		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HAS <sup>†</sup>	7	50,00	44	67,69	51	64,56
Dislipidemias	2	14,29	13	20,00	15	18,99
Diabetes mellitus	3	21,43	15	23,08	18	22,78
Doença cardíaca	1	7,14	8	12,31	9	11,39
Traumas, reumatismos e osteoporose	3	21,43	7	10,77	10	12,66
AVE <sup>‡</sup>	1	7,14	4	6,15	5	6,33
Depressão, ansiedade, psicoses, insônia	11	78,57	36	55,38	47	59,49
Nenhuma	-	-	5	7,69	5	6,33
Outras	8	57,14	27	41,54	35	44,30

Elaboração dos autores.

Obs.: Cada idoso pode apresentar mais de um tipo de enfermidade; † hipertensão arterial sistêmica; ‡ acidente vascular encefálico.

Não existiu associação estatística significativa entre as medicações usadas e o sexo dos idosos institucionalizados com alto desempenho do estado cognitivo (qui-quadrado = 15,04 e  $P = 0,131$ ). Os medicamentos mais usados foram os que atuam no sistema cardiovascular, no sistema nervoso central e no sistema digestivo e metabolismo. Outros medicamentos incluíram: vitaminas e suplemento nutricional, antiparasitário, anticalvície, antineoplásico, anti-hemorroidal, solução oftálmica lubrificante e medicamentos fitoterápicos (tabela 5).

**Tabela 5** - Classes de medicamentos, por agrupamento anatômico, prescritos aos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo, segundo o sexo: Teresina-PI (2015)

Classes de medicamentos	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sistema cardiovascular	26	59,09	25	71,43	51	64,56
Sistema nervoso central	28	63,64	22	62,86	50	63,29
Sistema digestivo e metabolismo	18	40,91	21	60,00	39	49,37
Uso sistêmico	15	34,09	13	37,14	28	35,44
Sistema hematopoiético	2	4,55	2	5,71	4	5,06
Sistema respiratório	1	2,27	1	2,86	2	2,53
Outros	12	27,27	9	25,71	21	26,58
Nenhuma	4	9,09	2	5,71	6	7,59

Elaboração dos autores.

Obs.: Cada idoso pode fazer uso de mais de uma classe de medicamento.

Os medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, prescritos aos idosos desse estudo, foram anti-hipertensivos, cardiotônicos, antianginosos, antiarrítmicos e diuréticos. Já os medicamentos que atuam no sistema nervoso central prescritos foram hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, antimaniacos, vasodilatadores, anticonvulsivantes, antipsicóticos e antiparkinsonianos.

As medicações usadas pelos idosos dessa pesquisa que atuam no sistema digestivo e metabolismo foram: insulinas e outros agentes antidiabéticos, antissecretores, antiácidos, antieméticos, hipolipemiantes, antivertiginosos, gastrocinéticos e antiosteoporose. Já as medicações que atuam no sistema hematopoiético foram os antianêmicos; os que atuam no sistema respiratório foram os broncodilatadores e os mucolíticos/fluidificantes; e as drogas de usos sistêmicos foram: anti-inflamatórios esteroides e não esteroides, analgésicos, antibióticos e antialérgicos.

Quanto à situação de locomoção dos idosos, observou-se que a maioria dos idosos sem declínio da cognição deambulava sem auxílio ou com auxílio de andadores, muletas ou bengalas (69,62%). Os demais cadeirantes (29,11%) e os acamados (1,27%) apresentavam sequelas de acidente vascular encefálico e paralisia infantil, amputações e problemas traumato-ortopédicos e reumáticos.

A maior parte dos idosos sem declínio do desempenho do estado cognitivo residentes nas ILPIs de Teresina-PI era do sexo masculino, apesar de o número de mulheres em ILPIs ser maior que o número de homens. Esse dado justifica-se pela maior expectativa de vida do sexo feminino no Brasil, e por representarem grande parte da população idosa. Além disso, as mulheres idosas possuem maiores probabilidades de viuvez e situações socioeconômicas ruins.<sup>9</sup>

As idosas vivem mais, desenvolvem maiores chances de adquirir doenças e incapacidades, inclusive apresentam maiores possibilidades de acometimentos das funções cognitivas do que o homem.<sup>3</sup> O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo tem sido associado à baixa escolaridade, à idade avançada, ao sexo feminino, à incapacidade física, a comorbidades, ao pouco contato social, ao tabagismo e ao sedentarismo. A depressão também é fator de risco, podendo preceder o desenvolvimento da demência ou coexistir com a doença.<sup>10</sup>

Em um estudo com idosos de uma instituição de Minas Gerais houve predomínio de idosos do sexo feminino (77,4%). E, com relação ao grau de escolaridade, 48,4% eram analfabetos e 41,9% eram semianalfabetos.<sup>7</sup> A baixa escolaridade dos idosos institucionalizados trata-se de uma circunstância prevista, pois há algumas décadas as chances de estudar eram reduzidas e existiam obstáculos para se ter educação, principalmente as mulheres.<sup>11</sup>

Os idosos pesquisados nesse estudo tiveram, na maioria, menos de oito anos de estudo, principalmente por falta de recursos financeiros para custear sua escolaridade, já que quase todos são de origens de famílias pobres e começaram a trabalhar para ajudar nas despesas da família muito cedo, deixando os estudos como segundo plano ou até menos fora dos planos e perspectivas futuras.

O diminuído grau de escolaridade em idosos institucionalizados é retrato de uma herança de décadas passadas, em que o trabalho braçal para os homens e o doméstico para as mulheres era mais prioridade do que a formação intelectual.<sup>9</sup>

No atual estudo, grande parte dos idosos recebe apenas um salário mínimo de renda mensal individual, fazendo com que tenham dificuldades em custear suas próprias despesas. Esses dados são semelhantes aos apresentados em uma pesquisa realizada com 31 idosos de uma ILPI em um município de Minas Gerais, em que se constatou que a renda mensal da maioria dos idosos era apenas de um salário mínimo.<sup>7</sup>

Para que o idoso possa se cuidar, já que a renda recebida por esses indivíduos é insuficiente para cobrir todas as suas despesas mensais, é importante a existência de programas preventivos e terapêuticos das enfermidades.<sup>12</sup>

A renda mensal individual da maioria dos idosos dessa pesquisa foi de até um salário mínimo, o que causa grande inquietação nos idosos por perceberem que é pouco para seu sustento. Além do mais, grande parte deles não recebe diretamente suas aposentadorias/pensões, que são administradas pela própria instituição responsável pelo seu abrigo.

As principais fontes de renda desse grupo da população são as pensões e a aposentadoria, que chegam apenas a até 2,5 salários mínimos, em grande parte deles, configurando uma situação socioeconômica desigual e imprópria.<sup>7</sup>

A presente pesquisa concorda com um estudo que mostra que a maioria dos idosos de uma instituição de Belo Horizonte/MG era solteira (46,8%),<sup>3</sup> assim como corrobora com outra pesquisa em uma ILPI, em que 62 idosos participaram e obtiveram idade média de 81,85 ± 8,82 anos, já que, no atual estudo, os idosos apresentaram idade igual a 70 anos ou mais.<sup>9</sup>

As projeções populacionais mencionam um crescimento exacerbado da população muito idosa (80 anos ou mais) nas próximas décadas. Calcula-se que, em 2040, os muito idosos representarão um quarto da população idosa, e cerca de 7,0% da população total, representando um contingente de 13,7 milhões de idosos.<sup>13</sup>

Essa pesquisa apresenta dados semelhantes ao estudo realizado em quatro ILPIs de Goiânia-GO no ano de 2008, pois o tempo de institucionalização da maioria dos idosos foi de um a cinco anos (51%).<sup>14</sup> O processo de institucionalização pode gerar alterações progressivas na independência funcional do idoso, já que se trata de um evento complexo de mudanças para o idoso, o qual passa a residir fora do seu ambiente familiar para até o resto dos seus dias de vida.<sup>15</sup>

No atual estudo, quase dois terços dos idosos residem nos abrigos a menos de cinco anos e grande parte deles se mostra inadaptada ao ambiente institucional. Já os idosos com mais de dez anos de institucionalização mostram-se mais ambientados e acostumados com a rotina dos abrigos, sinalizando evidências de confiança e segurança.

O perfil epidemiológico da amostra desse estudo já foi exposto em outras pesquisas que indicaram as doenças cardiovasculares, neurológicas, psiquiátricas e ortopédicas como as mais comuns nesta faixa etária.<sup>16</sup>

A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública, pois aumenta riscos cardiovasculares, e sua prevalência entre os idosos varia de 52% a 63%. Os idosos

são bem diferentes dos jovens, já que possuem, em média, de três a cinco doenças crônicas associadas, e somente 6% não apresentam enfermidades.<sup>17</sup>

Em cinco ILPIs estudadas no ano de 2007 no Distrito Federal, foram encontradas as seguintes enfermidades: hipertensão arterial sistêmica (76,6%), doenças do sistema nervoso (54,6%), problemas articulares (16,3%), diabetes mellitus (16,2%), problemas respiratórios (13,0%), insuficiência cardíaca (12,3%) e problemas gastrointestinais (11,7%).<sup>16</sup>

Atualmente, existe um aumento de pessoas com doenças crônicas e associação de múltiplas enfermidades. A hipertensão arterial, as doenças cardíacas e a diabetes predominam entre os indivíduos com 60 anos ou mais, e 64,4% dos idosos brasileiros possuem mais de uma patologia.<sup>18</sup>

Na presente pesquisa, os idosos são acometidos por diversas enfermidades associadas, que são acompanhadas por profissionais da área de saúde: técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e médicos. Percebe-se, nas quatro instituições estudadas, o cuidado com a administração das medicações prescritas, a assistência médica, assim como fisioterapêutica para reabilitação de sequelas.

Nos últimos anos, as enfermidades do idoso têm ganhado importância, principalmente as doenças psiquiátricas, em especial a depressão, que acomete grande parte dos idosos. Calcula-se que 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo, e que a depressão seja comum em idosos hospitalizados (5% a 13%) e institucionalizados (12% a 16%).<sup>19</sup>

A institucionalização pode gerar, para o idoso, perda do contato com seus familiares e causar isolamento social, que leva à solidão, à depressão, ao desânimo, à descrença e a transtornos psíquicos.<sup>16</sup>

Apesar da atual pesquisa não ter detectado relação estatística significativa entre as enfermidades presentes e o sexo dos idosos, em um estudo realizado em cinco instituições para idosos no Distrito Federal, em relação ao sexo, houve um predomínio de sintomas de depressão entre mulheres ( $p = 0,018$ ), fato que concorda com dados da literatura, que indicam que as mulheres são mais sujeitas a desenvolver depressão durante a velhice.<sup>19</sup>

As mulheres são mais acometidas por depressão por viverem mais do que os homens, o que leva a enfermidades crônicas,<sup>19</sup> e por fatores ambientais e socioculturais, que geram situações que desfavorecem a saúde mental das mulheres, tais como violência contra a mulher e dependência financeira.<sup>20</sup>

A institucionalização é uma condição frustrante e que causa depressão.<sup>3</sup> Uma pesquisa realizada em Portugal com 75 idosos, institucionalizados e não institucionalizados, no ano de 2011, apresentou predomínio de sintomas de depressão no sexo feminino e naqueles que residiam em instituições, pelo fato de se encontrarem distantes de seus lares e submetidos a novas rotinas.<sup>20</sup>

Grande parte dos idosos estudados nessa pesquisa apresentou depressão associada com outras enfermidades. Percebe-se que o adoecimento, independentemente da enfermidade, atrelado à institucionalização, gera sentimentos de tristeza e medo, que se acentuam quando o idoso ainda apresenta diminuição da sua capacidade funcional e limitação da sua independência para realizar as atividades do dia a dia.

As enfermidades crônicas, tais como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e doenças cardíacas, são entendidas como próprias da terceira idade e mais frequentes nos idosos de 80 anos ou mais, favorecendo obstáculos nas atividades de vida diária, atrapalhando a independência e a autonomia do idoso.<sup>21</sup>

O acidente vascular encefálico aumenta sua incidência rapidamente, com o avanço da idade, na faixa etária de 80 a 90 anos. O aumento da expectativa de vida da população idosa ocasiona um acréscimo da ocorrência de doenças crônicas e de perda da independência funcional e da autonomia.<sup>12</sup>

A insuficiência cardíaca é outro exemplo de enfermidade crônica que atinge principalmente as pessoas com idade mais avançada, aumentando progressivamente, de acordo com a faixa etária.<sup>22</sup> A faixa etária é considerada um aspecto importante entre os idosos, por aumentar o risco de adoecimento e por maior grau de dependência, que se intensifica à medida que o indivíduo aumenta a idade.<sup>12</sup>

Um estudo realizado em uma instituição no município de Jequié-BA no ano de 2007 constatou quadros de demência em idosos de 65 anos (0,5%) e progressão desses quadros, afetando aproximadamente 40% dos idosos a partir dos 85 anos.<sup>12</sup>

As categorias de medicamentos mais consumidos no presente estudo foram semelhantes às encontradas na literatura. Os medicamentos para o sistema cardiovascular representaram o grupo mais comumente usado, o que é justificado pela predominância de doenças cardiovasculares entre os idosos.<sup>23</sup>

Os resultados do estudo realizado em idosos de uma instituição do Rio Grande do Sul no ano de 2011 concordam com os da presente pesquisa, já que também se constatou que os medicamentos mais utilizados pelos idosos institucionalizados foram os que atuam no sistema cardiovascular (35,0%), seguidos pelos medicamentos com ação no sistema nervoso central (17,5%).<sup>13</sup>

O aumento do uso contínuo de medicamentos na população idosa pode ser explicado pelo acréscimo da prevalência de doenças crônicas nessa faixa etária, assim como pelo fato de a terapia medicamentosa ser a principal intervenção.<sup>23</sup> A associação de medicamentos é bastante utilizada para várias enfermidades em idosos e essas combinações geram efeitos nocivos ao organismo, provocando hospitalização e morte.<sup>13</sup>

Porém, a polifarmácia é importante e necessária em muitos casos, já que vários idosos apresentam doenças e sintomas múltiplos, que exigem a utilização de diversos medicamentos, e é preciso prescrições médicas criteriosas e seguras para garantir a qualidade de vida dos idosos.<sup>23</sup>

Uma pesquisa com idosos dos Centros de Referência e Cidadania de João Pessoa-PB no ano de 2007 constatou que o uso de medicamentos foi elevado, com idosos fazendo uso de três ou mais medicamentos simultaneamente. Esse estudo enfatiza ainda que os idosos utilizam muito mais medicações do que indivíduos de outra faixa etária; por isso, estão mais sujeitos a seus efeitos adversos, inclusive às interações medicamento-alimento.<sup>24</sup>

É importante investigar a terapia medicamentosa diante das alterações fisiológicas que são próprias do processo de envelhecimento, como a redução da atividade dos barorreceptores, as alterações da composição corpórea, do metabolismo basal, do fluxo sanguíneo hepático e do

ritmo de filtração glomerular, com alteração da absorção, da distribuição e da metabolização dos medicamentos.<sup>17</sup>

Os benzodiazepínicos apresentam meia vida longa em idosos e ocasionam sedação prolongada, com risco de quedas e fraturas. Os antidepressivos geram efeitos anticolinérgicos (dificuldade respiratória, visão turva, aumento do ritmo cardíaco, diminuição de pressão arterial), hipotensão ortostática e estimulação do sistema nervoso central.<sup>23</sup> Os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, podem também ocasionar prejuízo na memória, confusão e isolamento social.<sup>13</sup>

Na atual pesquisa, é notória a grande quantidade de medicações utilizadas pelos idosos, em decorrência da associação de enfermidades presentes. É importante destacar o quanto eles usam vários tipos de medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central associados a outras classes de medicamentos.

No estudo realizado com idosos de uma ILPI em Belo Horizonte-MG, citado anteriormente, 61,7% utilizavam dispositivo de auxílio à marcha, sendo que 42,5% usavam o andador, 12,8% a cadeira de rodas e 6,4%, a bengala.<sup>3</sup> E um estudo com 62 idosos de uma instituição de Salvador-BA, realizado no ano de 2014, averiguou que 22 eram cadeirantes com atividades de maior dependência funcional, transferências e deambulação (90,1%).<sup>9</sup>

Estes achados dependem das prescrições das órteses pelos profissionais de ILPIs que, de acordo com a necessidade funcional do idoso, indicam determinado dispositivo (cadeiras, muletas, bengalas e andadores) para promover a independência funcional dos idosos que antes não eram capazes de realizar.<sup>3</sup> Porém, a presença de um considerável número de idosos cadeirantes pode contribuir para um elevado nível de dependência funcional dessa população.<sup>9</sup>

Os idosos independentes para locomoção apresentam menor predominância de distúrbios neuropsiquiátricos, quando comparados a idosos dependentes de cadeira de rodas. A adoção de medidas não farmacológicas capazes de proporcionar a manutenção do aparelho locomotor pode diminuir os efeitos negativos da restrição do ato de caminhar de maneira independente e dos declínios progressivos característicos das doenças demenciais.<sup>25</sup>

A institucionalização de idosos tende a crescer com o envelhecimento populacional, principalmente por causa dos cuidados intensos necessários a essa parcela da população que apresenta enfermidades crônicas que surgem atreladas a um processo degenerativo do estado cognitivo. Os resultados obtidos no presente estudo demonstram extrema necessidade de planejamento de ações dentro das políticas públicas de saúde direcionadas à prevenção e ao tratamento, em especial das demências que são progressivas na velhice.

Este estudo detectou também que os idosos sem declínio do estado cognitivo, apresentam diversas enfermidades associadas e utilizam vários tipos de medicamentos, inclusive fazem bastante uso dos que atuam sobre o sistema nervoso central. Portanto, esses dados reforçam ainda mais a importância de intervenções precoces e imediatas sobre a saúde mental dos idosos das ILPIs de Teresina-PI, impedindo agravos que podem comprometer cada vez mais a qualidade de vida na terceira idade.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, observou-se que, no grupo estudado, houve predomínio de idosos do sexo masculino, com 75 anos ou mais, com menos de oito anos de estudo, solteiros(as), com renda mensal individual de até um salário mínimo e com tempo de institucionalização de um a quatro anos.

Os idosos também apresentaram hipertensão arterial sistêmica e doenças psiquiátricas como as enfermidades mais comuns, e faziam mais uso de medicamentos com atuação no sistema cardiovascular e no sistema nervoso central. Verificou-se também que grande parte dos idosos institucionalizados se locomove sem ou com auxílio, sendo pequena a parcela de idosos acamados.

Diante dos resultados encontrados, conclui-se que os idosos sem declínio cognitivo necessitam de cuidados expressivos, assim como os idosos com declínio de cognição. A ausência de déficit cognitivo não descarta que as alterações cognitivas e os estados demenciais possam acometer idosos institucionalizados, já que a própria institucionalização é fator de risco para o déficit cognitivo e demência.

Espera-se, com esse estudo, uma maior contribuição e avanços científicos sobre a saúde mental dos idosos, especialmente aqueles abrigados, por meio de políticas públicas de saúde voltadas principalmente a programas multidisciplinares de prevenção de agravos do estado cognitivo dos idosos, já que o envelhecimento com qualidade de vida requer também avaliar e antecipar fatores de risco para a redução da cognição, bem como diagnosticar o quanto antes os desvios que levam ao envelhecimento cognitivo patológico.

## REFERÊNCIAS

1. Tannure MC, Alves M, Sena RR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Rev Bras Enferm* 2010;6(5):817-22.
2. Correia TMP, Leal MCC, Marques APO, Salgado RAG, Melo HMA. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Rev Bras Gerontol* 2012;15(3):529-536.
3. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(4):785-796.
4. Souza VL, Borges MF, Vitória CMS, Chiappetta ALML. Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. *Rev CEFAC* 2008;12(2):186-192.
5. Zimmermann IMM, Leal MCC, Zimmermann RD, Marques APO, Gomes ECCG. Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE Online* 2015;9(12):1320-8.
6. Bertoldi JT, Batista AC, Ruzanowsky S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. *Cinergis* 2015;16(2):152-156.
7. Silva ME, Cristianismo RS, Dutra LR, Dutra IR. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev Enferm Cent O Min* 2013;3(1):569-576.
8. Lira M, Santos LCCS. Correlação entre função cognitiva e capacidade funcional nos indivíduos com doença de Alzheimer. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* 2012;12(2):36-45.
9. Almeida RLS, Reis HCR, Santos KOB, Ferraz DD. Instituição de Longa Permanência para Idosos: avaliação das condições de acessibilidade e da funcionalidade dos idosos. *Rev Saúde Com* 2015;11(2):162-173.
10. Rabelo DF. Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Rev Kairós Gerontologia* 2009;12(2):65-79.

11. Valcarenghi RV, Santos SSC, Barlem ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul Enferm* 2011;24(6):828-33.
12. Reis LA, Torres GV, Araújo CC, Reis LA, Novaes LKN. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-Ba. *Psicologia em Estudo* 2009;14(2):295-301.
13. Gautério DP, Santos SSC, Pelzer MT, Barros EJ, Baumgarten L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(6):1394-9.
14. Barbosa AM, Oliveira CL. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. *RBCEH* 2012;9(1):57-70.
15. Pereira FM, Besse M. Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Acta Fisiatr* 2011;18(2):66-70.
16. Oliveira MPE, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013;18(4):1069-1078.
17. Longo MAT, Martelli A, Zimmermann A. Hipertensão arterial sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de psicogeriatría do Instituto Bairral de Psiquiatria, no município de Itapira, SP. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(2):271-284.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 [acesso em: 11 nov. 2015]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf)
19. Silva ER, Sousa ARP, Ferreira LB, Peixoto HM. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(6):1387-93.
20. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev Enferm Referência* 2015;4(4):41-49.
21. Lima CLJ, Costa MML, Ferreira JDL, Silva MA, Ribeiro JKS, Soares MJGO. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev Enferm UFPE Online* 2013;7(10):6027-34.
22. Pilger C, Lentsk MH, Vargas G, Baratieri T. Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. *Rev Enferm UFSM* 2011;1(3):394-402.
23. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):94-103.
24. Cavalcanti CL, Gonçalves MCR, Ascitti LSR, Cavalcanti AL. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev Salud Pública* 2009;11(6):865-877.
25. Christofoletti G, Carregaro RL, Oliani MM, Stella F, Bucken-Gobbi LT, Gobbi S. Locomoção, distúrbios neuropsiquiátricos e alterações do sono de pacientes com demência e seus cuidadores. *Fisioter Mov* 2013;26(1):47-53.

Recebido em: 20/07/2016

Revisões requeridas: 06/09/2016

Aprovado em: 04/01/2017

Publicado em: 25/10/2017

**Autora responsável pela correspondência:**

Samara Karine Sena Fernandes Vieira

Av. dos Expedicionários, 790

São João, Teresina-PI

CEP: 64046-700

E-mail: <samarakarinecs@yahoo.com.br>.