
Artigo Original**Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas*****Social-demographic, cognitive and functional profiles in the institutionalized elderly from the city of Caldas Novas***Simone Dias de Castro¹, Cejane Oliveira Martins Prudente²**Resumo**

Introdução: Pesquisas relatam o aumento do número de idosos. A institucionalização dos mesmos também é crescente e estudos sobre esta população são importantes. **Objetivos:** Caracterizar o perfil dos idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas (Goiás), quanto aos aspectos sócio-demográficos, cognitivos e funcionais. **Métodos:** O estudo foi realizado nas três Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da cidade de Caldas Novas, entre março e abril de 2011. Após a seleção dos participantes, foram aplicados o Formulário de identificação sócio-demográfico, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o Índice de Barthel. **Resultados:** A situação sócio-demográfica dos 23 idosos estudados é semelhante à encontrada na maioria das literaturas, 69,6% apresentaram alterações cognitivas e a maioria foi classificada em suas atividades de vida diária (AVDs) como independente (43,5%). **Conclusão:** O grande percentual de idosos com alterações cognitivas já era esperado, por serem fatores importantes na institucionalização dos mesmos. Porém sabe-se que a institucionalização pode contribuir com o declínio cognitivo. Com tantas adversidades, a maioria dos idosos pesquisados era independente em suas AVDs. No entanto, o sedentarismo, no qual a falta de opções de atividades e o próprio envelhecimento são contribuintes, bem como o avanço dos déficits cognitivos podem mudar este perfil.

78

Descritores: Epidemiologia, Cognição, Atividades cotidianas, Idoso

Abstract

Introduction: Researches report the increasing number of elderly. The institutionalization of them is also crescent and studies about this population are important. **Objectives:** Characterize the profile of the institutionalized elderly from the city of Caldas Novas (Goiás), regarding social-demographic, cognitive and functional aspects. **Methods:** The study was accomplished in three Long-stay institutions for the Elderly (LSIEs) in the city of Caldas Novas, between

March and April 2011. After the selection of the participants, a social-demographic identification form, the Mini-Exam of Mental State (MEMS) and the Barthel indication were applied. Results: The social-demographic situation of the 23 elderly participated in this study is similar to the most found in literatures, 69,6% of the participants presented cognitive alterations and the most were classified as independent (43,5%) in their daily activities (DAs). **Conclusion:** The vast percentage of elderly with cognitive alterations was already expected, for being important factors in their institutionalization. However, it is known that the institutionalization may contribute to a cognitive decline. Even with all adversities, most of the researched elderly were independent in their DAs. However, the sedentarism, in which the lack of options of activities and proper aging are contributors, as well as the advance of cognitive deficits can change this profile.

Keywords: *Epidemiology, Cognition, Daily activities, Elderly*

1. Fisioterapeuta e Especialista em Fisioterapia Neurológica pelo CEAFI Pós-graduação
2. Fisioterapeuta Doutora em Ciências da Saúde pela UFG, Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás e da Universidade Estadual de Goiás.

79

Introdução

Pesquisas demográficas apontam um aumento considerável do número de idosos¹. Autores chamam atenção para a necessidade de alterações no tratamento à saúde dos mesmos, seja na assistência hospitalar, seja em esferas asilares. Novos modelos de atenção devem ser desenvolvidos nas diferentes modalidades assistenciais, contemplando a identificação, avaliação e o tratamento de idosos com morbidades e graus de funcionalidades diversos. Depois da triagem os indivíduos devem ser encaminhados a entidades que sanem suas necessidades².

A avaliação geriátrica deve ser abrangente, abordando além da história clínica e do exame físico, o estado funcional e mental, além dos fatores socioeconômicos, aliados à colaboração do paciente e da família³. A dependência física ou mental é um fator de risco importante para mortalidade, até mais relevante que as doenças que trouxeram debilidades ao indivíduo⁴.

A capacidade funcional tem sido considerada a chave da atenção ao idoso e o indicador mais relevante do bem estar dessa população^{5, 6}. Embora muitos considerem que o envelhecimento tem como uma de suas características a alteração mental, esta ocorre, porém, com alterações reais mínimas, incapazes de interferirem nas funções do indivíduo⁷.

O declínio cognitivo está relacionado à deficiência funcional e maiores riscos de desenvolvimento de demências, além de ser importante preditor do desempenho físico e social^{3, 8, 9}. Quando os déficits cognitivos coexistem com as alterações funcionais, o diagnóstico precoce possibilita uma vantagem no desenvolvimento de estratégias para auxiliar nas atividades cotidianas e na manutenção da independência¹⁰.

As mudanças socioeconômicas vêm repercutindo sobre as organizações familiares, de modo que os idosos acabam vivendo seus últimos anos sozinhos, com parentes ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)¹¹. É importante frisar que há também relações entre os fatores sociais como abandono, rejeição familiar, inexistência de familiares, baixa renda, falta de recursos humanos para a assistência, entre outros, e os motivos de inserção dos idosos nas diferentes modalidades assistenciais⁶.

Autores observam uma discrepância já conhecida entre as limitações funcionais e incapacidades apresentadas por idosos institucionalizados e as ocorridas naqueles residentes nas comunidades¹².

Estudos enfocam a importância de haver uma equipe multidisciplinar no cuidado do idoso, pois assim tem-se uma avaliação mais ampla e precisa que culminará em tratamentos mais eficientes, além de promover a saúde^{3,5,6}.

O fisioterapeuta, dentre outros profissionais da área da saúde, contribui relevantemente com a melhora das medidas de nível de deficiência, bem como do estado funcional dos idosos institucionalizados¹³. A terapia pode auxiliar o idoso a manter-se ativo nas atividades diárias, preservando a qualidade de vida e aumentando o sentimento de bem-estar, através do desenvolvimento da

competência e do controle de si mesmo e do seu ambiente³. A orientação ao cuidador, bem como mudanças dirigidas no ambiente, de modo a trabalhar a memória e a orientação, também faz parte do tratamento¹⁴.

A manutenção da mobilidade traz resultados positivos contra complicações físicas, mentais e sociais¹⁵. A reabilitação de algumas funções pode ser vista como insignificante para a família, porém, pode devolver a capacidade de realização de autocuidados, importantíssimo para a melhora da vida social do idoso¹⁵.

A caracterização dos idosos quanto ao perfil sócio-demográfico, bem como às suas dificuldades mentais e funcionais em relação às atividades básicas diárias, contribui para o levantamento de medidas importantes, que podem ser determinantes para a preservação ou melhora da qualidade de vida desses indivíduos. As instituições também têm ganhos consideráveis, pois poderão traçar metas objetivas quanto à preparação dos cuidadores, do ambiente e também do seu quadro de funcionários, com base em dados reais, frutos de pesquisa.

Sendo assim, o objetivo desse estudo consistiu em caracterizar o perfil dos idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas, quanto aos aspectos sócio-demográficos, cognitivos e funcionais.

Casuística e Métodos

Esta pesquisa foi delineada em um modelo de estudo transversal, quantitativo, formado por um grupo de idosos institucionalizados.

A amostra foi composta por idosos de ambos os sexos, moradores de todas as ILPIs pertencentes à cidade de Caldas Novas, as quais são: Abrigo “São Francisco de Assis”, Abrigo dos Idosos “Itaici I” e Abrigo dos Idosos “Antônio Frederico Ozanan” e que obedeceram aos critérios de inclusão do estudo.

Foram considerados como critérios de inclusão idade igual ou superior a 60 anos, estar residente em uma das ILPIs da cidade de Caldas Novas, ter

comunicação verbal, compreender os instrumentos utilizados no estudo, concordar em participar da pesquisa, bem como aderir ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinar o Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito da Pesquisa. Foram excluídos do estudo os indivíduos com alterações visuais e/ou auditivas severas.

O presente estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CAAE 0164.0.168.000-10, aprovado em 22/03/2011).

Os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, através da análise de suas fichas de admissão nas ILPIs, mediante prévia autorização dos coordenadores das mesmas. Foram apresentados aos indivíduos selecionados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contém informações sobre a pesquisa, e o Consentimento da Participação da Pessoa como Sujeito da Pesquisa, que foi assinado pelos sujeitos da pesquisa e por duas testemunhas. Assim foram obedecidas as questões éticas, de acordo com a Resolução n. 196/96 do Ministério da Saúde.

Com a concordância da participação na pesquisa, foram aplicados os seguintes instrumentos avaliativos: Formulário de identificação sócio-demográfico, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)¹⁶ e Índice de Barthel¹⁷. Todos estes instrumentos foram aplicados no mesmo dia, sequencialmente, mediante entrevista, em um tempo médio de 30 minutos. O local de aplicação da pesquisa foi na instituição em que o idoso residia, no Abrigo “São Francisco de Assis”, Abrigo dos Idosos “Itaici I” ou Abrigo dos Idosos “Antônio Frederico Ozanan”, especificamente em um lugar reservado, o quarto do idoso ou uma sala reservada, para preservar a privacidade do indivíduo. A pesquisa foi realizada entre março e abril de 2011.

O Formulário de identificação sócio-demográfico é composto por questões de identificação sócio-demográfica do idoso: nome da instituição em que reside, iniciais do nome do participante, idade (em anos), sexo, naturalidade, estado civil, grau de escolaridade (em anos de estudo

completos), renda, ocupação anterior à aposentadoria, presença de filhos, tempo de albergado, atividades de lazer, além de características clínicas em relação ao etilismo, tabagismo e sedentarismo, bem como o medicamento que está usando, se houver. O preenchimento deste instrumento foi feito por meio de entrevista diretamente com os idosos, bem como pela observação de dados nas fichas de admissão dos mesmos.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) avalia as seguintes funções cognitivas: orientação temporal e espacial; memória de fixação; atenção, cálculo; memória de evocação; linguagem; compreensão do comando verbal e escrito; e capacidade visual construtiva – esta última através da cópia do desenho dos dois pentágonos interpostos¹⁸. Os escores seguiram médias e medianas por escolaridade, a constar: analfabetos - 19,5 (2,8) e 20; de 1 a 4 anos: 24,8 (3) e 25; de 5 a 8 anos: 26,2 (2,3) e 26,5; de 9 a 11 anos: 27,7 (1,8) e 28; e sujeitos com escolaridade maior ou igual a 12 anos: 28,3 (2) e 29¹⁹.

83

O Índice de Barthel¹⁷ além de ser um instrumento de avaliação funcional, tem sido usado para prever o tempo de internação, estimar prognósticos e consequências da alta²⁰. Avalia dez áreas de atividades de vida diária (AVDs) que incluem alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e uso de escadas²⁰. Na versão original, cada item é pontuado de acordo com a capacidade do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente²⁰. Há uma pontuação específica para cada nível ou classificação, com pesos variáveis estabelecidos para cada item, baseados no julgamento clínico e em outros critérios implícitos²¹.

O valor máximo é de 100 pontos²⁰. A classificação se desenvolve da seguinte maneira: 0-15 = dependência total; 20-35 = dependência grave; 40-55 = dependência moderada; 60-95 = dependência leve; 100 = independente²¹. As informações para este instrumento foram obtidas pelo questionamento aos idosos.

As análises estatísticas foram processadas utilizando-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. A normalidade da distribuição dos dados foi analisada utilizando o teste *Kolmogorov-Smirnov*. Foram realizadas análises descritivas utilizando medidas de frequência e porcentagem, tendência central (média) e de variabilidade (amplitude e desvio-padrão) dos aspectos sócio-demográficos e dos desempenhos cognitivo e funcional. As diferenças de médias das variáveis idade, tempo de albergado, desempenho cognitivo e funcional entre as três ILPIs foram realizadas utilizando a Análise de Variância (ANOVA), com aplicação de teste *t* com correção de *Bonferroni* como *post hoc*. O nível de significância (α) de 0,05 foi considerado.

Resultados

O Abrigo São Francisco de Assis é mantido pela Comunidade Maçônica de Caldas Novas, por doações da comunidade e da prefeitura, além de receber parte da aposentadoria dos residentes. O Abrigo dos Idosos Antônio Frederico Ozanan é mantido pela Comunidade São Vicente de Paula da Igreja Católica, por doações da comunidade, além de receber parte da aposentadoria dos idosos. O Abrigo dos Idosos Itaiçi I é municipal e funciona como casa – lar. Neste, cada morador tem sua casa própria, com seus pertences, podendo inclusive, fazer sua própria comida.

Apenas no Abrigo dos Idosos Itaiçi I há um profissional da saúde trabalhando regularmente, uma enfermeira. Nos outros abrigos há apenas os cuidadores que se revezam em turnos e a visita de médicos em datas estabelecidas pelos abrigos.

Nas três ILPIs da cidade de Caldas Novas, residia um total de 47 albergados, dos quais 27 (57,4%) eram homens e 20 (42,5%) eram mulheres. Destes, 24 (51%) não puderam participar da pesquisa, sendo a maioria homens (70,8%). A idade dos indivíduos excluídos variou entre 44 e 101 anos, sendo que uma idosa não possuía documentos no albergue, tendo sua idade

não descrita, já que a mesma sofria de distúrbios mentais graves, não respondendo às perguntas (Tabela 1).

O critério de exclusão referente à idade inferior a 60 anos, foi o de maior frequência (33,3%), representando 8 indivíduos. O grupo de idosos que não participou da pesquisa por incapacidade de compreensão dos instrumentos aplicados no estudo, bem como o dos que obedeciam a este critério de exclusão e ainda não verbalizavam, tiveram os outros dois maiores percentuais dentro dos critérios de exclusão, 29,2% e 25,0% respectivamente, representando grupos de 7 e 6 indivíduos (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e critérios de exclusão dos indivíduos excluídos do estudo. Caldas Novas, Goiás, Brasil, 2011.

Variáveis	n	Frequência (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Sexo						
Feminino	7	29,2	-	-	-	-
Masculino	17	70,8	-	-	-	-
Idade (anos)[†]	23	96,0	44	101	64,87	14,45
Crítérios de exclusão						
Incapacidade de compreensão dos instrumentos aplicados no estudo	7	29,2	-	-	-	-
Idade inferior a 60 anos	8	33,3	-	-	-	-
Idade inferior a 60 anos, não verbalização e incapacidade de compreensão dos instrumentos aplicados no estudo	3	12,5	-	-	-	-
Não verbalização e incapacidade de compreensão dos instrumentos aplicados no estudo	6	25,0	-	-	-	-

86

DP – Desvio Padrão; [†]média (\pm DP) e amplitude (mínimo-máximo)

Os participantes da pesquisa, 23 idosos, tinham idade entre 60 e 97 anos, sendo a maioria, 13 (56,5%), do sexo feminino. Quanto à origem, 43,4% são naturais da região sudeste, havendo ainda 2 estrangeiros. São solteiros 47,8% dos participantes e 60,9% têm filhos. A maioria dos participantes, 12 (52,1%), declarou ser analfabeto e 43,5% cursaram apenas de 1 a 4 anos de estudo. Todos tinham renda entre 1 e 2 salários mínimos e tiveram diversificadas ocupações anteriores à aposentadoria, como pode ser observado na Tabela 2, sendo que o maior percentual (30,4%) trabalhou em serviços domésticos e 2 idosos ainda possuíam atividade profissional, mas sem

vínculo empregatício. O tempo de albergado variou entre 3 meses e 15 anos. As principais atividades de lazer mencionadas foram: ver televisão ou escutar rádio (26,1%), visitar a família e amigos (17,4%) e colaborar nos serviços do asilo (17,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sócio-demográficas dos participantes da pesquisa. Caldas Novas, Goiás, Brasil, 2011.

Variáveis	n	Frequência (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Sexo						
Feminino	13	56,5	-	-	-	-
Masculino	10	43,5	-	-	-	-
Idade (anos)[†]	23	100,0	60	97	73,13	9,07
Origem						
Região Nordeste	5	21,7	-	-	-	-
Região Sudeste	10	43,4	-	-	-	-
Região Sul	1	4,3	-	-	-	-
Região Centro Oeste	5	21,7	-	-	-	-
Outros países	2	8,6	-	-	-	-
Estado Civil						
Solteiro	11	47,8	-	-	-	-
Casado	1	4,3	-	-	-	-
Divorciado	1	4,3	-	-	-	-
Viúvo	9	39,1	-	-	-	-
Outros	1	4,3	-	-	-	-
Alfabetizados	11	47,8	-	-	-	-
Analfabetos	12	52,1	-	-	-	-

Variáveis	n	Frequência (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Escolaridade Máxima						
Nenhuma	9	39,1	-	-	-	-
Primário (1 a 4 anos de estudo)	10	43,5	-	-	-	-
2º grau completo	10	4,3	-	-	-	-
Curso superior	1	13	-	-	-	-
Renda de 1 a 2 salários mínimos	23	100	-	-	-	-
Ocupação anterior à aposentadoria						
Analista de recursos humanos	1	4,3	-	-	-	-
Auxiliar de cozinha	1	4,3	-	-	-	-
Dona de casa	1	4,3	-	-	-	-
Serviços domésticos	2	8,7	-	-	-	-
Professor	7	30,4	-	-	-	-
Recepcionista	2	8,7	-	-	-	-
Serviços gerais braçais	1	4,3	-	-	-	-
Auxiliar de mecânico	3	13	-	-	-	-
Advogado	1	4,3	-	-	-	-
Serviços gerais em fazenda	1	4,3	-	-	-	-
Possui filhos	4	17,4	-	-	-	-
Tempo de Albergado (anos)[†]	14	60,9	0,250	15	4,13	3,89
Possui atividade profissional sem vínculo empregatício	2	8,7	-	-	-	-
Tipo de trabalho – faz tapetes para venda e consertos de roupas	2	8,7	-	-	-	-

Variáveis	n	Frequência (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Atividades de lazer						
Visitar família e amigos	4	17,4	-	-	-	-
Leitura	3	13	-	-	-	-
Dança	1	4,3	-	-	-	-
Costura	1	4,3	-	-	-	-
Ir à Igreja	2	8,7	-	-	-	-
Ver televisão ou escutar rádio	6	26,1	-	-	-	-
Conversar com amigos do asilo	1	4,3	-	-	-	-
Colaborar nos serviços do asilo	4	17,4	-	-	-	-

O uso regular de medicamentos é feito por 21 participantes, sendo os mais utilizados os antihipertensivos (39,1%), hipoglicemiantes (30,4%) e analgésicos (21,7%). Todos os entrevistados são sedentários, 7 são tabagistas e 2 etilistas (Tabela 3).

Tabela 3. Características clínicas dos participantes. Caldas Novas, Goiás, Brasil, 2011.

Variáveis	n	Frequência (%)
Uso regular de medicamentos	21	91,3
Tipos de medicamentos		
Antiasmáticos	1	4,3
Antihipertensivos	9	39,1
Medicamentos para diabetes	7	30,4
Medicamentos para labirintite	3	13
Analgésicos	5	21,7
Medicamentos para osteoporose	1	4,3
Antiinflamatórios	2	8,7
Antiácido estomacal	2	8,7
Tranquilizantes	4	17,4
Anticonvulsivos	2	8,7
Colírios	1	4,3
Medicamentos para alterações na próstata	1	4,3
Antiagregantes plaquetários	2	8,7
Medicamentos para distúrbios do sono	1	4,3
Antidepressivos	1	4,3
Medicamentos para alterações cardíacas	1	4,3
Sedentários	23	100
Tabagistas	7	30,4
Etilistas	2	8,7

A pontuação média alcançada pelos participantes da pesquisa no MEEM foi de 18,79 pontos, sendo a pontuação mínima de 9 pontos e a máxima de 30 pontos. A maior parte dos participantes (52,1%) ficou enquadrada no

escore do MEEM utilizado para analfabetos, por se declarar assim (Tabela 4).

A pontuação média alcançada no Índice de *Barthel* foi de 79,78 pontos, com pontuações que variaram entre a mínima (0) e a máxima pontuação (100) que poderia ser obtida no teste. A maioria dos participantes foi classificada em suas funções de vida diária como independente (43,5%) e dependente leve (39,1%) (Tabela 4).

Tabela 4. Características cognitivas e funcionais dos idosos incluídos na pesquisa. Caldas Novas, Goiás, Brasil, 2011.

Variáveis	n	Frequência (%)	Mínimo	Máximo	Média	DP
MEEM (pontuação) [†]	23	-	9	30	18,79	7,07
Escores do MEEM (médias e medianas por escolaridade)						91
19,5 (2,8) e 20	12	52,1	-	-	-	-
24,8 (3) e 25	7	30,4	-	-	-	-
27,7 (1,8) e 28	1	4,3	-	-	-	-
28,3 (2) e 29	3	13,0	-	-	-	-
Índice de Barthel (pontuação)[†]	23	-	0	100	79,78	33,08
Classificação de acordo com o Índice de Barthel						
Dependência total	3	13,0	-	-	-	-
Dependência grave	1	4,3	-	-	-	-
Dependência moderada	0	0,0	-	-	-	-
Dependência leve	9	39,1	-	-	-	-
Independência	10	43,5	-	-	-	-

DP – Desvio Padrão; [†]média (\pm DP) e amplitude (mínimo-máximo)

Da amostra total, 16 participantes (69,6%) apresentaram alterações cognitivas, pelos escores do MEEM, de acordo com a escolaridade. Destes, 10

são analfabetos, 3 cursaram de 1 a 4 anos de estudo e 3 mais de 11 anos de estudo (Tabela 5).

Tabela 5. Percentuais e frequências de presença ou ausência de alteração cognitiva de acordo com a escolaridade. Caldas Novas, Goiás, Brasil, 2011.

Grupo ou subgrupo	Pontuação MEEM	Sem alterações cognitivas	Com alterações cognitivas
Amostra total (23) ^{†‡}	18,79±7,071 (9-30)	30,4% (7)	69,6% (16)
Analfabetos (12) ^{†‡}	16,83±5,271 (10-28)	16,6% (2)	89,3% (10)
1 a 4 anos de estudo (7) ^{†‡}	21,28±7,910 (10-29)	57,14% (4)	42,85% (3)
9 a 11 anos de estudo (1) ^{†‡}	30 (30-30)	100% (1)	0% (0)
Mais de 11 anos de estudo (3) ^{†‡}	17±9,849 (9-28)	0% (0)	100% (3)

[†]média (±DP) e amplitude (mínimo-máximo); [‡]proporção (n)

Na Tabela 6 estão as comparações da idade, tempo de albergado, desempenho cognitivo e funcional dos grupos de idosos investigados. Os idosos do Abrigo São Francisco de Assis têm uma média de idade maior (79,67±9,83 anos) e um tempo de institucionalização maior (5,26±5,81 anos), entre os três grupos. Já as pontuações médias no MEEM e no Índice de Barthel para este mesmo grupo de idosos, respectivamente 12,50±3,62 e 61,67±42,97 pontos, foram as menores. Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade e de pontuação no MEEM entre os três

grupos.

Tabela 6. Comparação da idade, tempo de albergado, desempenho cognitivo e funcional entre os idosos incluídos das três ILPIs investigadas. Caldas Novas, Goiás, Brasil, 2011.

Variáveis	Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)			ANOVA
	<i>Itaici I (a)</i>	<i>Antônio Frederico Ozanan (b)</i>	<i>São Francisco de Assis (c)</i>	<i>p-valor</i>
Idade ^{†*}	67,38±3,42 (63-72)	73,89±9,46 (60-85)	79,67±9,83 (69-97)	0,032
MEEM ^{†*}	25,38±4,03 (19-30)	17,11±6,23 (10-29)	12,50±3,62 (9-18)	<0,001
Índice de Barthel [†]	96,88±7,04 (80-100)	76,67±35,53 (0-100)	61,67±42,97 (0-100)	0,133
Tempo de albergado [†]	4,12±1,96 (2-8)	3,37±3,95 (0,25-11)	5,26±5,81 (0,25-15)	0,674

93

*p<0,05; †média (±DP) e amplitude (mínimo-máximo)

Discussão

Autores afirmam que é imprescindível que as ILPIs tenham registros atualizados sobre as condições de saúde, bem como sobre os graus de dependência funcional e as deficiências físicas e cognitivas de seus idosos²². Esses registros fornecem a evolução dos idosos quanto a estes aspectos, guiando o planejamento da assistência gerontológica multiprofissional²². A população idosa merece cada vez mais atenção da sociedade, dos órgãos públicos e das políticas sociais, devendo ser consideradas as características demográficas, econômicas, sociais e de saúde do país²³.

Nas três ILPIs da cidade de Caldas Novas, residia um número maior de homens, como ocorreu numa instituição em Ribeirão Preto, São Paulo²⁴. O percentual maior de mulheres foi observado na maioria dos estudos, inclusive estrangeiros^{23, 25-31}. Porém, há estudos que se referiam apenas aos participantes da pesquisa, não especificando se como no caso das instituições estudadas neste trabalho, houve um maior percentual de homens, em consideração, idosos, dentro dos critérios de exclusão^{25, 26, 30, 31}.

A média de idade dos 23 participantes da pesquisa (73,13 anos) foi semelhante à maioria dos estudos encontrados, realizados na região Sul, Nordeste e Sudeste do país e ainda no Chile, cujas médias de idade dos idosos ficaram entre 70 e 80 anos^{22, 23, 25-33}.

Em um estudo feito no Rio Grande do Sul, foi verificado que a maioria dos residentes da instituição pesquisada era de regiões circunvizinhas²⁸. Houve grande diversidade na naturalidade dos indivíduos pesquisados. A cidade de Caldas Novas é constituída por muitos migrantes de outras regiões brasileiras, podendo este ser o motivo de tanta diversidade.

A média de tempo de albergado foi semelhante ao encontrado em estudo realizado na região Sul do país, em que a maioria dos idosos tinha menos de dez anos de institucionalização²⁸. Em outro estudo, feito na mesma região, a maioria residia há mais de 20 anos na instituição²².

Grande parte dos idosos pesquisados é solteiro, semelhantemente ao encontrado num estudo feito em uma instituição paulista²⁴. Porém, uma quantidade maior de estudos, em diferentes regiões brasileiras, encontrou amostras com maioria de viúvos, com os solteiros ocupando a segunda posição mais votada^{23, 27, 28}.

A maioria dos idosos trabalhou em diferentes profissões, como foi encontrado também em outros estudos brasileiros^{23, 24}. Em ILPIs no Paraná e Santa Catarina, pesquisadores verificaram que a maioria das idosas pesquisadas foram donas de casa^{22, 28}, já em Caldas Novas os

institucionalizados pesquisados trabalharam em sua maioria em serviços domésticos gerais.

Os benefícios ou aposentadorias recebidos pelos albergados foram semelhantes aos recebidos pelos de outras regiões brasileiras^{23, 24}. Uma pesquisa feita no Sul do país, chamou atenção para a questão da diferença entre instituições filantrópicas e particulares: na primeira a maioria dos idosos recebia apenas 1 salário mínimo ou menos, enquanto que na segunda, mais da metade recebia mais de 2 salários mínimos³⁰. A baixa renda foi uma das questões mais citadas pelos idosos em relação ao motivo do asilamento, dado não especificado na pesquisa, mas que sabemos ser relevante para entendermos as necessidades desses idosos.

O tabagismo e o etilismo apesar de serem encontrados nas ILPIs, ainda constituem-se em baixos percentuais, semelhante a outros estudos nas demais regiões do Brasil^{22, 23, 27}.

95

Semelhantemente ao que foi observado em outras ILPIs, o uso da polifarmácia é feito pela maioria dos institucionalizados de Caldas Novas^{22, 27}. Como em outras pesquisas^{22, 24}, a maioria dos idosos ingeriam medicamentos hipotensores. Este dado foi colhido no prontuário dos participantes. A Hipertensão Arterial Sistêmica foi a doença com maior, ou segundo maior percentual encontrado entre os idosos institucionalizados, em diversos estudos^{22, 24, 25, 27, 28, 30}.

Diferentemente de outras pesquisas, a maioria dos idosos declarou-se analfabeta^{24, 27}. Porém em geral, o nível de escolaridade encontrado em outras ILPIs brasileiras foi baixo, com a maioria analfabeta ou escolarizada apenas até o primeiro grau^{22, 23, 26, 28, 31, 32}.

Apesar da maior parte dos idosos ter frequentado a escola, a maioria dos participantes declarou ser analfabeto. Assim, ao enquadrar os participantes da pesquisa nos escores do MEEM, três idosos, que apesar de terem cursado um ou dois anos de estudo, ficaram dentro do escore destinado aos

analfabetos, por se declararem assim. Também foi observado que três idosos, apesar de se declararem alfabetizados, inclusive um com curso superior, não conseguiram escrever ou ler. Nestes idosos foi constatado déficit cognitivo pelo exame, podendo ser esta a causa destas disfunções na escrita e na leitura.

A pontuação média alcançada pelos participantes da pesquisa no MEEM foi aquém da pontuação mínima possível entre os escores deste exame. Semelhante a outros estudos, que utilizaram o MEEM para rastreamento de déficit cognitivo, a maioria dos idosos institucionalizados de Caldas Novas tem comprometimento cognitivo^{25, 28, 31, 34}. Porém, houve estudos que apontaram esses déficits cognitivos com utilização de diferentes escores^{28, 31, 34}. Autores chamam a atenção para a relação entre baixa escolaridade e maior comprometimento cognitivo^{31, 34}.

A demência constitui-se em um grande fator de risco para institucionalização, por isso é comum haver muitos idosos com demências nestas instituições³⁵. Porém, autores discutem o fato de que o isolamento social, bem como a falta de estímulo intelectual ocorrentes nas ILPIs podem ser fatores importantes no desenvolvimento e piora das alterações cognitivas³⁶. São necessários mais estudos para saber em qual dessas situações os idosos estudados se enquadram. As repercussões cognitivas ao longo do tempo deveriam ser acompanhadas desde o primeiro dia de institucionalização.

Semelhante a outros estudos, a maioria dos idosos pesquisados não pratica atividades físicas regulares^{23, 26, 28}. Pesquisas apontam que a maioria dos residentes de ILPIs tem atividades esporádicas e individuais de lazer, ou seja, estas instituições não têm um programa recreativo determinado que socialize os idosos^{24, 28, 30, 37}. Apesar de haver celebrações em certas datas comemorativas, não há programas recreativos regulares nas instituições pesquisadas, como ocorre em outras ILPIs brasileiras^{22, 30}.

As atividades de lazer limitadas ou ausentes favorecem o sedentarismo, em que a idade avançada contribui, determinando a perda da aptidão física e o comprometimento da capacidade funcional³⁸. Um estudo

verificou que não há diferença significativa quanto às AVD's entre idosos institucionalizados e aqueles que permaneciam sem sair de casa por mais de 6 meses³³.

A maioria dos participantes foi classificada em suas funções de vida diária, no Índice de Barthel, como independente e dependente leve. Este resultado é semelhante ao que é encontrado entre os idosos institucionalizados, inclusive em uma pesquisa cubana^{24, 26, 28, 37, 39}.

A verificação da capacidade funcional de residentes em ILPIs poderá auxiliar os gestores das mesmas a avaliarem o número e a qualificação dos profissionais responsáveis pelos idosos, bem como a estrutura física local diante das dependências identificadas nos idosos²⁴.

Houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade e de pontos apresentados no MEEM apresentados pelos três grupos. Os idosos do Abrigo São Francisco de Assis têm uma média de idade maior, bem como um tempo de institucionalização maior, entre os três grupos. Já as pontuações médias no MEEM e no Índice de Barthel para este mesmo grupo de idosos, foram as menores entre os três grupos de idosos.

97

Pelo Abrigo dos Idosos Itaiçi I funcionar como casa – lar, tendo cada indivíduo sua própria casa, sendo responsável pelo funcionamento da mesma, foi esperado que os residentes do mesmo tivessem um grau de independência maior, bem como menores déficits cognitivos em comparação com as demais instituições. A média de idade foi a menor neste abrigo.

A organização financeira das instituições de Caldas Novas é semelhante à encontrada em outras instituições pesquisadas^{23, 24}. Em um estudo⁴⁰ em que foram analisadas as ILPIs do município de Recife, foi encontrada uma minoria de instituições totalmente gratuitas. A maioria recebia parte dos salários dos idosos⁴⁰.

A deficiência de profissionais de saúde nas ILPIs de Caldas Novas é notória e preocupante. Em um estudo feito em Campinas, São Paulo, a maioria

das ILPIs, apesar de não ter um quadro com horários regulares dos médicos, conta com outros profissionais de saúde, como psicólogos e fisioterapeutas³⁷. Em outro estudo, em Curitiba, Paraná, autores descrevem uma instituição com rica equipe multidisciplinar²². Porém numa instituição em Ribeirão Preto, São Paulo, foi encontrada deficiência de profissionais de saúde²⁴. Foi observado nas ILPIs de Caldas Novas que há idosos com a saúde muito comprometida e o deslocamento dos mesmos para centros de saúde, para acompanhamento e terapias mais prolongadas, é muito difícil. Os próprios idosos pesquisados e cuidadores relataram a falta que uma equipe de saúde completa faz às instituições.

A situação sócio-demográfica encontrada nas ILPIs da cidade de Caldas Novas é semelhante à encontrada nas ILPIs em diversas regiões brasileiras e fora do país. A baixa escolaridade e renda, bem como as diversas alterações de saúde são relevantes nesta população. O grande percentual de idosos com alterações cognitivas já era esperado, por serem fatores importantes na institucionalização de idosos bem como de indivíduos jovens, como também foram encontrados nas ILPIs investigadas. Porém sabe-se que a institucionalização pode contribuir com o declínio cognitivo. Mesmo com tantas adversidades, a maioria dos idosos pesquisados era independente em suas AVDs. No entanto, o sedentarismo, no qual a falta de opções de atividades e o próprio envelhecimento são contribuintes, bem como o avanço dos déficits cognitivos podem mudar este perfil.

A falta de uma equipe multidisciplinar é grande, por estas questões. A fisioterapia atuando nas disfunções cognitivas, bem como nas alterações motoras encontradas nestes indivíduos, seria determinante na melhora da qualidade de vida dos mesmos. Espera-se que este trabalho contribua para melhor planejamento e organização da estrutura e quadro de funcionários das ILPIs pesquisadas e sirva de estímulo para outros estudos sobre as mesmas.

Referências

- 01- Cançado FAX, Horta ML. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 194-211.
- 02- Lourenço RA, Martins CSF, Sanches MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública. 2005; 39 (2): 311-18.
- 03- Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007; 133-46.
- 04- Veras R. Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 140-46.
- 05- Papaléo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 2-12.
- 06- Diogo MJDE. Modalidades de assistência ao idoso e à família: impacto sobre a qualidade de vida. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 1383-387.
- 07- Schunk C. Deficiência cognitiva. In: Guccione AA. Fisioterapia geriátrica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 141-50.
- 08- Guimarães RM. O envelhecimento: um processo pessoal? In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 83-87.
- 09- Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007; 609-20.
- 10- Minozzo JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul enferm. 2010; 23 (2): 218-23.
- 11- Born T. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007; 743-57.

- 12- Guccione AA. Avaliação Funcional do idoso. In: Guccione AA. Fisioterapia geriátrica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 114-24.
- 13- Mangione KK. O idoso frágil e institucionalizado. In: Guccione AA. Fisioterapia geriátrica. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 421-29.
- 14- Abreu VPS, Tamai SAB. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 1162-169.
- 15- Pereira LSM, Dias RC, Dias JMD, Gomes GC, Sitta MI. Fisioterapia em gerontologia. In: Freitas EV, Py L, Caçado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006; 1198-209.
- 16- Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatry Research. 1975; 12 (3): 189-98.
- 17- Guimarães RB. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. Rev Bras Neurol. 2004; 40 (3): 5-13.
- 18- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuropsiquiatr. 1994; 52: 1-7.
- 19-Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuropsiquiatr. 2003; 61: 777-81.
- 20- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md State Med J. 1965; 14: 61-65.
- 21- Renosto A, Trindade JLA. A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12 (3): 709-16.
- 22- Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/ RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2004; 12 (3): 518-24.

- 23- Lenardt MH, Michel T, Tallmann AEC. A condição de saúde de idosas residentes em instituição de longa permanência. *Cogitare Enferm.* 2009; 14 (2): 227-36.
- 24- Pelegrin AKAP, Araújo JA, Costa LC, Cyrillo RMZ, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde.* 2008; 15 (4): 182-88.
- 25- Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26 (1): 31-40.
- 26- Gonçalves LHT, Silva AH, Mazo GZ et al., O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26 (9): 1738-746.
- 27- Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42 (5): 938-45.
- 28- Santos SSC, Feliciani AM, Silva BT. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/ saúde. *Rev. RENE.* 2007; 8 (3): 26-33.
- 29- Rosa Neto F, Matsudo SMM, Liposcki DB, Vieira GF. Estudo dos parâmetros motores de idosos residentes em instituições asilares da grande Florianópolis. *Rev. Bras. Ciênc. Mov.* 2005; 13 (4): 7-14.
- 30- Terra NL, Bós AJG, Bonardi G et al., Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. *Sci. Med.* 2009; 19 (1): 3-10.
- 31- Blümel M, Kanacri BC, Kerrigan NB. Prevalencia de deterioro cognitivo en una población geriátrica institucionalizada. *Psiquiatr Salud Ment.* 2005; 22 (1-2): 100-05.
- 32- Montenegro SMRS, Silva CAB. Os efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2007; 10 (2): 161-78.
- 33- Ferrantin AC, Borges CF, Morelli JGS, Rebelatto JR. Qualidade da execução de AVDs em idosos institucionalizados e não-institucionalizados que permaneciam sem sair de suas residências por mais de 6 meses. *Fisioter. Bras.* 2005; 6 (5): 372-75.

- 34- Engelhardt E, Laks J, Rozenhal M, Marinho VM. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. Rev Psiq Clin. 1998; 25 (2): 74-79.
- 35- Bharucha AJ, Pandav R, Shen C, Dodge HH, Ganguli M. Predictors of nursing facility admission: a 12-year epidemiological study in the United States. J Am Geriatr Soc. 2004; 52 (3): 434-39.
- 36- Fernandes MGM, Almeida CB. Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar. Nursing. 2001; 4 (34): 22-25.
- 37- Yamamoto A, Diogo MJDE. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2002; 10 (5): 660-66.
- 38- Benedetti TRB, Petroski EL. Idosos asilados e a prática da atividade física. Rev Bras Ativ Fís Saúde. 1999; 4: 5-16.
- 39- Díaz IC, Orozco LS. Evaluación funcional del anciano. Rev. Cuba. Enferm. 2002; 18 (3): 184-88.
- 40- Leal MCC, Marques APO, Marino JG, Austregésilo SC, Melo HMA. Perfil de instituições asilares no município do Recife, PE, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2006; 9 (3): 39-48.

Endereço para correspondência:

Simone Dias de Castro

Rua Antônio Coelho de Godoy, n. 619, Setor Oeste

Caldas Novas – GO

CEP: 75690-000

e-mail: sisidcfisio@yahoo.com.br