



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMARA KARINE SENA FERNANDES VIEIRA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E MORBIDADES ENTRE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS SEM DECLÍNIO COGNITIVO**

TERESINA
2016

SAMARA KARINE SENA FERNANDES VIEIRA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E MORBIDADES ENTRE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS SEM DECLÍNIO COGNITIVO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário – UNINOVAFAPI, como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: A saúde da família no ciclo vital

Orientador: Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves

TERESINA
2016

FICHA CATALOGRÁFICA

V657cVieira, Samara Karine Sena Fernandes.

Características sociodemográficas e morbidades entre idosos institucionalizados sem declínio cognitivo / Samara Karine Sena Fernandes Vieira. – Teresina: Uninovafapi, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves; Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2016.

64. p.; il. 23cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2016.

1. Cognição. 2. Demência. 3. Envelhecimento. I. Título. II. Alves, Eucário Leite Monteiro.

CDD 796.4

SAMARA KARINE SENA FERNANDES VIEIRA

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E MORBIDADES ENTRE IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS SEM DECLÍNIO COGNITIVO**

Trabalho de Conclusão de Mestrado – TCM
apresentado à Coordenação do Mestrado
Profissional de Saúde da Família do Centro
Universitário – UNINOVAFAPI, como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde da
Família.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Eucário Leite Monteiro Alves
Presidente (UNINOVAFAPI)


Profª. Dra. Marcia Astres Fernandes
1ª Examinadora (UFPI)


Profª. Dra. Maria do Carmo de Carvalho e Martins
2ª Examinadora (UNINOVAFAPI)


Profª. Dra. Eliana Campelo Lago
Suplente (UNINOVAFAPI)

RESUMO

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. A longevidade determinou a transformação do perfil de morbimortalidade descrito por um aumento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Essas enfermidades reduzem a qualidade de vida do idoso e intensificam as possibilidades de institucionalização do idoso. Este estudo teve como objetivo descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos sem declínio cognitivo de instituições de longa permanência de Teresina, Piauí. Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 79 idosos institucionalizados que residiam nas quatro Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de Teresina-PI. Inicialmente, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), para avaliação das funções cognitivas dos idosos institucionalizados e em seguida, foi aplicado nos idosos sem declínio cognitivo, um formulário para investigar os aspectos sociodemográficos, as enfermidades presentes, os medicamentos em uso e a situação de locomoção. Para a realização da análise dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 18.0 e as relações entre as variáveis através do teste Qui-Quadrado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNINOVAFAP, com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 47527915.5.0000.5210. A pesquisa detectou 79 idosos institucionalizados em Teresina-PI sem declínio do estado cognitivo, com média de desempenho do MEEM de 17 pontos para os idosos analfabetos e 22 pontos para os idosos com até oito anos de estudo. Houve predomínio do sexo masculino (55,7%), com faixa etária ≥ 75 anos (54,43%), solteiros(as) (63,29%), com até oito anos de estudo (60,76%) e renda mensal individual de até um salário mínimo (92,41%). O tempo de institucionalização da maioria foi de 1 a 4 anos (43,04%). Esses apresentaram mais Hipertensão Arterial Sistêmica (64,56%) e doenças psiquiátricas (depressão, ansiedade, psicoses e insônia) (59,49%), faziam mais uso de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (64,56%) e no sistema nervoso central (63,29%) e se locomoviam sem ou com auxílio (69,62%). Conclui-se que os idosos institucionalizados sem déficit da cognição necessitam de cuidados expressivos voltados à saúde diante dos resultados encontrados nesse estudo, principalmente relacionados à avaliação dos fatores de risco e diagnóstico precoce dos desvios que levam ao envelhecimento cognitivo patológico de forma preventiva de estados demenciais.

Palavras-chave: Cognição. Demência. Envelhecimento.

ABSTRACT

The aging of the world population is one of the great impact of the XXI century phenomena, resulting from a gradual process of demographic transition, representing a challenge for the health sector. Longevity determined the transformation of morbidity and mortality profile described by an increase of chronic diseases not transmissible. These diseases reduce the quality of life of the elderly and intensify the possibilities of institutionalization of the elderly. This study aimed to describe the sociodemographic and clinical characteristics of elderly people without cognitive decline in long-term institutions of Teresina, Piauí. This is a descriptive, observational and cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 79 institutionalized elderly people who lived in the four long-stay institutions for the Elderly (ILPIs) Teresina-PI. Initially, the Mini-Mental State Examination (MMSE) was used to assess the cognitive functions of the institutionalized elderly and then was applied to the elderly without cognitive impairment, a form to investigate the socio-demographic aspects, these diseases, drugs in use and mobility situation. To perform the analysis of the data was used the Statistical Package for Social Sciences - SPSS 18.0 and the relationship between the variables through the chi-square test. The project was approved by the Research Ethics Committee - CEP UNINOVAFAPI with the Presentation of Certificate number for Ethics Assessment (CAAE) 47527915.5.0000. The survey found 79 institutionalized elderly in Teresina-PI with no decline in cognitive status, with MMSE performance average of 17 points for illiterate elderly and 22 points for those aged up to eight years of study. There was a predominance of males (55.7%), aged ≥ 75 years (54.43%), single (the) (63.29%), with up to eight years of study (60.76%) and income individual monthly up to a minimum wage (92.41%). The majority of institutionalization time was 1 to 4 years (43.04%). These were more systemic hypertension (64.56%) and psychiatric disorders (depression, anxiety, psychosis and insomnia) (59.49%), made more use of drugs that act on the cardiovascular system (64.56%) and the system central nervous (63.29%) and locomoviam with or without aid (69.62%). It is concluded that the institutionalized elderly without deficit of cognition require significant care focused on health on the results found in this study, mainly related to the evaluation of risk factors and early diagnosis of deviations that lead to pathological cognitive aging preventively of dementing states.

Keywords: Cognition. Insanity. Aging.

RESUMEN

El envejecimiento de la población mundial es uno de los grandes efectos de los fenómenos del siglo XXI, como resultado de un proceso gradual de transición demográfica, lo que representa un reto para el sector de la salud. La longevidad determinó la transformación del perfil de morbilidad y mortalidad descrito por un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades reducen la calidad de vida de las personas mayores y se intensifican las posibilidades de institucionalización de los ancianos. Este estudio tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas mayores sin deterioro cognitivo en las instituciones a largo plazo de Teresina, Piauí. Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra está formada por 79 personas mayores institucionalizadas que vivían en las cuatro instituciones de larga estancia para los ancianos (ILPIs) Teresina-PI. Inicialmente, el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) se utilizó para evaluar las funciones cognitivas de las personas mayores institucionalizadas y luego se aplicó a las personas mayores sin deterioro cognitivo, una forma de investigar los aspectos sociodemográficos, estas enfermedades, las drogas en uso y situación de movilidad. Para llevar a cabo se utilizó el análisis de los datos del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales - SPSS 18.0 y la relación entre las variables a través de la prueba de chi-cuadrado. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación - CEP UNINOVA FAPI con la presentación del número de certificado para la Ética de Evaluación (CAAE) 47527915.5.0000.5210. La encuesta encontró 79 ancianos institucionalizados en Teresina-PI sin declinar el estado cognitivo, con un rendimiento promedio de MMSE de 17 puntos de analfabetos mayores y 22 puntos para los mayores de hasta ocho años de estudio. Hubo un predominio del sexo masculino (55,7%), con edades ≥ 75 años (54,43%), sola (la) (63,29%), con un máximo de ocho años de estudio (60,76%) y los ingresos mensuales individuales de hasta un salario mínimo (92,41%). La mayoría del tiempo de institucionalización era de 1 a 4 años (43,04%). Estos fueron hipertensión más sistémica (64,56%) y trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, psicosis e insomnio) (59,49%), hecho más uso de fármacos que actúan sobre el sistema cardiovascular (64,56%) y el sistema de nervios central (63,29%) y locomovían con o sin ayuda (69,62%). Se concluye que el anciano institucionalizado sin déficit de la cognición requiere atención significativa centrada en la salud de los resultados encontrados en este estudio, principalmente en relación con la evaluación de los factores de riesgo y el diagnóstico precoz de las desviaciones que conducen al envejecimiento cognitivo patológico preventiva de los estados demenciales.

Palabras clave: Cognición. La demencia. Envejecimiento.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Média do MEEM e distribuição dos idosos sem declínio cognitivo segundo a escolaridade. Teresina, PI, Brasil, 2015	29
Tabela 2.	Aspectos sociodemográficos dos idosos institucionalizados sem declínio cognitivo. Teresina-PI, 2015	29
Tabela 3.	Distribuição das enfermidades presentes nos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo segundo o sexo. Teresina-PI, 2015	31
Tabela 4.	Distribuição das enfermidades presentes nos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo segundo a faixa etária (anos). Teresina-PI, 2015	32
Tabela 5 -	Classes de medicamentos, por agrupamento anatômico, prescritos aos idosos institucionalizados com alto desempenho do estado cognitivo segundo o sexo. Teresina-PI, 2015	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Duração do tempo de institucionalização dos idosos sem declínio cognitivo. Teresina (PI), 2015	30
Gráfico 2 -	Locomoção dos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo. Teresina (PI), 2015.	34

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CD	CompactDisc
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMDI	Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DA	Doença de Alzheimer
DCD	Doenças Crônico-Degenerativas
DCL	Declínio Cognitivo Leve
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Política Nacional do Idoso
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
SASC	Secretaria Estadual da Assistência Social e Cidadania
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Contextualização do problema.....	10
1.2	Objetivos.....	11
1.3	Justificativa.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
2.1	Aspectos epidemiológicos e políticas públicas relacionadas ao idoso.....	13
2.2	Envelhecimento e institucionalização.....	15
2.3	Estado cognitivo do idoso.....	16
2.4	Enfermidades do envelhecimento.....	18
2.5	Uso de medicamentos na velhice.....	21
3	METODOLOGIA.....	23
3.1	Tipo de estudo.....	23
3.2	Local de estudo.....	23
3.3	População e amostra.....	23
3.3.1	Critérios de inclusão.....	24
3.3.2	Critérios de exclusão.....	24
3.4	Coleta de dados.....	24
3.5	Análise dos dados.....	25
3.6	Aspectos éticos e legais.....	25
4	RESULTADOS E ANÁLISE.....	26
4.1	Manuscrito - Características sociodemográficas e morbidades entre idosos institucionalizados sem declínio cognitivo.....	26
4.2	Produto- Jogo Bingo sonoro.....	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
	REFERÊNCIAS.....	47
	APÊNDICE.....	52
	ANEXOS.....	55

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

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 (TANNURE *et al.*, 2010).

O Brasil encontra-se nesse cenário. 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 (CORREIA *et al.*, 2012).

No Piauí, em 2012, mais de 335 mil pessoas eram idosas, o equivalente a 10,6% da população total. E, ao comparar a evolução do número de idosos no estado no período de 2006 a 2012, houve um aumento de 25,1%. Na capital, Teresina, no mesmo período, houve um aumento de 29,3% da população idosa (DATASUS, 2014). Este rápido crescimento da população idosa necessita ser discutido para um apropriado enfrentamento de suas consequências (BORGES *et al.*, 2008).

O envelhecimento populacional foi acompanhado por transformação do perfil de morbimortalidade, descrito por um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (ALENCAR *et al.*, 2012). 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 com fatores genéticos e ambientais (SOUZA *et al.*, 2008).

As alterações do estado cognitivo e a não realização de atividades antes exercidas, estão entre os principais motivos da institucionalização dos idosos. A mudança de ambiente ocasiona, geralmente, a redução do desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, pois grande parte dessas Instituições de longa Permanência para Idosos (ILPIs) não possui recursos financeiros e humanos para proporcionar ao idoso uma atenção integral (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

As enfermidades na velhice e suas sequelas geram dependência para executar as Atividades de Vida Diária (AVDs) e além de reduzirem a qualidade de vida do idoso, intensificam as possibilidades de institucionalização do idoso (SILVA *et al.*, 2013). As ILPIs que consistem nas tradicionais instituições asilares proporcionam os cuidados de longa duração aos idosos que apresentam algum grau de dificuldade para a execução das atividades do dia-a-dia e/ou aqueles cujas famílias não possuem meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação da assistência necessária (DANILOW *et al.*, 2007).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a ILPI é uma instituição de natureza residencial, coletiva, para indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem apoio familiar, em situação de liberdade, dignidade e cidadania (SILVA *et al.*, 2013).

Segundo a Portaria nº 810/89, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, essas moradias oferecem regime de internato, através de pagamento ou não, por tempo indeterminado, podendo apresentar um quadro de trabalhadores para suprir os cuidados com saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de realizar outras atividades próprias da vida institucional (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011).

Devido a essas questões abordadas, demonstra-se necessidade de contribuir com os estudos disponíveis sobre os idosos, com vistas a traçar os problemas emergentes. Uma das dimensões mais relevantes da cognição do idoso diz respeito à compreensão dos efeitos da inserção dele no contexto institucional. Nessa direção, a pergunta de pesquisa que delineou o presente estudo foi: os idosos institucionalizados em Teresina-PI apresentam-se sem declínio cognitivo? E como se encontram os idosos sem declínio cognitivo residentes das instituições de longa permanência?

1.2 Objetivos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos sem declínio cognitivo de instituições de longa permanência de Teresina, Piauí.
- Relacionar os idosos sem declínio cognitivo com o nível de escolaridade;
- Caracterizar os idosos institucionalizados quanto aos aspectos sociodemográficos;
- Identificar as principais enfermidades dos idosos institucionalizados, relacionando com o sexo e a idade;
- Determinar os medicamentos utilizados pelos idosos institucionalizados, relacionando com o sexo;

- Averiguar a capacidade de locomoção dos idosos institucionalizados;
- Elaborar um jogo que trabalhe a atenção e memória dos idosos institucionalizados como produto final da pesquisa para prevenção do declínio e melhora do estado cognitivo dos idosos abrigados.

1.3 Justificativa

De acordo com os dados estatísticos sobre o envelhecimento da população brasileira e diante do aumento da expectativa de vida, supõe-se um aumento na institucionalização de idosos nas próximas décadas. O acréscimo de ILPIs no Brasil evidencia a necessidade de se investir em estudos capazes de indicar as condições de vida de idosos institucionalizados, que favoreçam a melhoria da qualidade de vida nessa etapa do ciclo vital, subsidiando políticas públicas e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O conhecimento da situação em que se encontram os idosos em ambientes fora do convívio familiar contribui para que as ILPIs possam favorecer um envelhecimento saudável, resultante da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária e integração social, suprimindo os idosos para além de suas necessidades básicas como moradia e alimentação.

A experiência profissional com idosos de uma ILPI faz perceber o quanto é fundamental pesquisar sobre esse grupo populacional que além de precisarem de acolhimento e segurança, necessitam de grandes cuidados com a saúde já que muitos são acometidos por doenças crônicas.

Assim, problematizar a ausência de declínio do estado cognitivo de idosos institucionalizados desperta interesse sobre os indivíduos que podem ter um potencial de risco de desenvolver a demência e consequente alteração de cognição. Além de que, colabora para a necessidade de intervenção terapêutica precoce que prolongam a autonomia, reduzem os riscos de acidentes, diminuem os níveis de estresse para os cuidadores, e em alguns casos evitam o declínio progressivo do processo demencial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos epidemiológicos e políticas públicas relacionadas ao idoso

O envelhecimento populacional é um acontecimento mundial e tem surgido vagarosamente nos países desenvolvidos, auxiliado pelo crescimento econômico e pela multiplicação do grau de bem-estar. Nos países em desenvolvimento, tal processo tem se manifestado de forma súbita e não associado a avanços das condições de vida (CARDOSO; COSTA, 2010).

O envelhecimento da população é vivenciado por grande parte das sociedades atuais, resultante de alterações de alguns indicadores de saúde, principalmente naqueles relacionados à diminuição na fecundidade e na mortalidade, e quando associados aos progressos tecnológicos e científicos, têm favorecido o aumento da expectativa de vida (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Estima-se que a população mundial de idosos dobrará em 2025, passando de 542 milhões, para cerca de 1,2 bilhões. No Brasil, o número de pessoas idosas cresceu de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002, estimando-se que em 2020 seja atingido um total de 32 milhões de idosos no país (SOUZA; FREITAS; QUEIROZ, 2007). Tal progressão decorre de distintos fatores, tais como a industrialização, a urbanização, os avanços da medicina, da tecnologia e do saneamento básico, que favorecem também o declínio das taxas de mortalidade e de natalidade (SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009).

Diante dessa transição demográfica, é notável que essa transformação, no ponto de vista quantitativo, deve estar atrelada com aspectos qualitativos, para que haja envelhecimento da população com qualidade de vida. Essa modificação no perfil epidemiológico do Brasil é decorrente de mudanças na vida das pessoas, nos âmbitos social, econômico e cultural, gerando novos horizontes e planejamentos para apreciar suas expectativas de saúde, bem como acatar as necessidades biopsicossociais e a manutenção do ciclo vital (CAMACHO; COELHO, 2010).

O estabelecimento de políticas públicas voltadas às pessoas idosas é fundamental. O conhecimento das necessidades e das condições de vida de pessoas desse grupo etário torna-se indispensável. É relevante a expansão do campo de investigação sobre as condições de saúde da população idosa e suas buscas por ações de promoção e assistência à saúde. Políticas sociais para proporcionar a saúde do idoso e promover um atendimento digno de acordo com suas necessidades são deveres atuais (TANNURE *et al.*, 2010).

Para o planejamento de ações no setor de saúde, a lógica é focar na integralidade, na equidade e na universalidade, através da prevenção das doenças crônico-degenerativas e de promoção da saúde, e não somente na terapêutica para danos já existentes. A organização dessas ações deve ser dividida entre os sujeitos, suas famílias, os serviços de saúde e o governo (PASKULIN; VIANNA, 2007).

A falta de companheirismo e a dificuldade de inserção social são problemas sofridos pelo idoso. A família é responsável por cuidar da pessoa idosa e o abrigo asilar só deve existir se houver ausência total de parentes ou como prevenção para garantir a sobrevivência da pessoa idosa. Porém, a situação real é outra: condições de humilhação, desacato e maus-tratos são frequentes no dia-a-dia das pessoas idosas (CAMACHO; COELHO, 2010).

A Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 e regulamentada pelo Decreto nº. 1948, de 03 de junho de 1996, assegura os direitos sociais à pessoa idosa, ao elaborar circunstâncias para proporcionar sua liberdade, sua integração e sua participação social permanente, validando seu direito à saúde nos variados níveis de assistência do Sistema Único de Saúde – SUS (FERNANDES; SOARES, 2012).

O Estatuto do idoso relata que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público garantir ao idoso 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 (SOUZA; MINAYO, 2010).

O foco do Estatuto do Idoso é o apoio, a assistência e a defesa ao indivíduo em todo o seu processo de envelhecimento e, com isso, torna-se fundamental a adequação das famílias, dos programas governamentais, da sociedade e das instituições que cuidam dessa população (TANNURE *et al.*, 2010).

O Estatuto do Idoso foi aprovado em 2003 e junto com a Política Nacional do Idoso – PNI contribuiu para o aumento do interesse por estudos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa, os quais foram cruciais para o surgimento de ações dinâmicas e consistentes. O Estatuto apoia os princípios que guiam as discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa, na tentativa de proteção e reivindicação da ação de todos (família, sociedade e Estado) para a assistência e respeito aos idosos (FERNANDES; SOARES, 2012).

Quando a convivência social é insuficiente para conduzir a sociedade a respeitar o modo de viver, com princípios éticos e morais, é imprescindível que os princípios se convertam em leis, através de políticas públicas de saúde, proporcionando estratégias para fazer com que as regras constituídas sejam acatadas por toda a sociedade (CAMACHO; COELHO, 2010).

Muitas são as políticas voltadas ao idoso, mas são difíceis de ser implantadas devido à fraca captação de recursos, ao débil sistema de informação para a análise das situações de vida e de saúde, como também o treinamento inadequado dos recursos humanos. O processo de envelhecimento diz respeito a toda sociedade e o idoso não deve sofrer distinções sociais, ele deve ser o principal agente e favorecido das transformações indicadas pelas políticas relacionadas ao idoso (FERNANDES; SOARES, 2012).

2.2 Envelhecimento e institucionalização

Estudos demonstram que entre 1985 e 2060, a quantidade de idosos institucionalizados no Brasil, aumentará de 1,3 para 4,5 milhões (GALLON; GOMES, 2011). No ano 2000, 107 mil idosos residiam em ILPIs, correspondendo a 0,8% da população idosa, sendo maior o número de idosos em ILPIs nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Goiás. Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), em 2005, o Brasil financiou 1.146 abrigos para 24.859 idosos (POLLO; ASSIS, 2008).

No Brasil, atualmente o acelerado processo de transição demográfica está associado à grande procura por ILPIs. As principais causas da institucionalização dos idosos são: doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, hospitalização e dependência para realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs) (LISBOA; CHIANCA, 2012).

São fatores de risco para a institucionalização cada vez mais frequentes no Brasil: morar só, suporte social precário e baixa renda, associada à viuvez, aposentadoria, aumento de incapacidades e fragilidades, redução da disponibilidade de cuidado familiar, inexistência de serviços de apoio social e de saúde, aumento de gastos com a própria saúde, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso (SILVA *et al.*, 2013).

Os idosos independentes, com boas condições de saúde e financeiras, geralmente vivem com suas famílias. Quando os idosos necessitam de maiores cuidados decorrentes de enfermidades e dependência, sobrecarregam seus familiares que decidem pela institucionalização, tendo como justificativa a negação da capacidade de cuidar de seus parentes. A nova organização familiar e o ritmo de vida exigido pelo capitalismo têm ocasionado problemas para manter o idoso em seu lar. Além do que, hoje os responsáveis por cuidar dos mais velhos, principalmente as mulheres, não estão mais tão dedicadas aos cuidados domésticos como antes (LISBOA; CHIANCA, 2012).

As mudanças sofridas dentro das famílias, tais como a redução do número de filhos, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o aumento dos divórcios, trazem como consequência a diminuição do apoio familiar ao idoso (TANNURE *et al.*, 2010). Estudos apontam, também, que o despreparo de grande parte das famílias para cuidar de seus idosos e a baixa renda familiar estão entre os motivos da institucionalização (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

No Brasil, não há unanimidade sobre o que seja uma ILPI. Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente voltados à população pobre, necessitada de abrigo, e que eram frutos da caridade cristã, diante da falta de políticas públicas. Entende-se ILPI como uma moradia coletiva que atende tanto idosos independentes quanto dependentes, em situação de carência de renda e/ou de família (CAMARANO; KANSO, 2010). Essas instituições devem proporcionar condições dignas de moradia, cuidadores competentes para a prestação de serviço e uma assistência integral à saúde do idoso (CHEHUEN NETO *et al.*, 2011).

Grande parte dos idosos do Brasil vivem angustiados com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com a falta de assistência e de atividades de lazer e com o abandono em hospitais ou abrigos. A falta de investimentos públicos para atendimento às necessidades da população idosa, a ausência de instalações dignas, a carência de programas específicos e de recursos humanos em quantidade e qualidade, favorecem a vida institucionalizada na terceira idade (VERAS, 2007).

2.3 Estado cognitivo do idoso

A cognição é um termo utilizado para reproduzir as habilidades cognitivas ou o funcionamento mental, e que resulta da capacidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e elaborar respostas às solicitações e aos estímulos externos (ZIMMERMANN *et al.*, 2015).

A senilidade provoca perdas cognitivas e alterações na memória, na velocidade de raciocínio, no sono, o surgimento de episódios de confusão, além de distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária, que podem estar relacionados com a demência e depressão (ZANINI, 2010).

Fichman *et al.* (2013) afirmam também que no processo de envelhecimento saudável observam-se alterações cognitivas leves com redução da velocidade do processamento de informação, com déficits de atenção, com dificuldades no raciocínio abstrato, no controle

inibitório e na flexibilidade cognitiva, assim como na capacidade de aprendizagem de novos conhecimentos.

O Declínio Cognitivo Leve (DCL) ou Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é uma perda cognitiva maior do que se espera para a idade e a escolaridade do indivíduo, mas que não influencia nas atividades de vida diária. Pessoas com DCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas grande parte delas progride para uma demência dentro de cinco anos. O CCL caracteriza-se pela perda de memória episódica maior do que o esperado, mas não preenche os critérios aceitos para a demência (RABELO, 2009).

Segundo Fichman *et al.* (2013) ainda há uma distinção entre CCL amnésico e CCL não amnésico. Além disso, cada um destes dois tipos de CCL apresenta dois subtipos: classificações de domínio simples e de múltiplos domínios. Assim, o conceito de CCL inclui atualmente quatro subtipos: a) CCL amnésico de domínio único, que tem como requisito principal déficit de memória, mas não em outro domínio cognitivo; b) CCL amnésico de múltiplos domínios, com a principal exigência do comprometimento objetivo de memória e de pelo menos outro domínio cognitivo; c) CCL não-amnésico de domínio único, caracterizado por comprometimento de um único domínio cognitivo que não a memória, e d) CCL não-amnésico de múltiplos domínios, marcado por comprometimento de pelo menos dois domínios cognitivos que não a memória.

No processo de envelhecimento cerebral devido à plasticidade neuronal, quanto mais do cérebro for utilizado em atividades intelectuais mais tempo ele manterá suas conexões eficientes e, conseqüentemente, evitará uma perda sintomática. Porém, além do próprio envelhecimento ainda existem fatores que podem levar à perda cognitiva: acidente vascular encefálico, encefalopatia metabólica, demências, alcoolismo e até mesmo utilização de medicamentos, como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, antihistamínicos, antiparkinsonianos e anticonvulsivantes (NORDON *et al.*, 2009).

A mudança de ambiente provocada pela institucionalização é uma das situações que provocam a depressão no idoso, condição que se constitui em 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 (BERTOLDI; BATISTA; RUZANOWSKY, 2015). Bruno, Marques e Silva (2006) afirmam também que o idoso institucionalizado distancia-se do mundo, e vai perdendo noções de orientação no tempo e no espaço.

A demência é um grande problema de saúde pública e uma das causas mais importantes de morbimortalidade entre os idosos, quando geram grandes agravos à vida do

afetado e de seus familiares (RABELO, 2009). Machado *et al.* (2011) relatam que a demência é uma síndrome crônica caracterizada pela redução da memória, declínio intelectual e de outras funções como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento, mudanças no comportamento ou na personalidade, além do prejuízo no desenvolvimento psicossocial.

A doença de Alzheimer (DA) é o principal tipo de demência descrito atualmente. É caracterizada como uma patologia neurodegenerativa em que há acúmulo de placas da proteína beta-amilóide extraneuronais e emaranhados neurofibrilares intraneuronais constituídos pela proteína *tau*, os quais estão localizados, principalmente, no lobo temporal. O depósito destas substâncias leva a formação de um ciclo de inflamação local e, consequente, neurotoxicidade e efeitos deletérios no cérebro (LIRA; SANTOS, 2012).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é um teste para rastreio de déficit cognitivo utilizados na investigação clínica de demência em idosos. Esse instrumento apresenta escores que sofrem variações de acordo com o nível de escolaridade e habilidades prévias dos idosos (LEITE *et al.*, 2012). Bertoldi, Batista e Ruzanowsky (2015) também relatam que o MEEM, desenvolvido por Folstein, em 1975 é um dos diversos protocolos validados de grande confiabilidade, de fácil e rápida aplicação e capaz de avaliar o comprometimento cognitivo.

O MEEM apresenta questões agrupadas em categorias, e cada uma delas objetiva avaliar funções cognitivas, como a orientação temporal (cinco pontos), orientação espacial (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), recordação das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até o máximo de 30 pontos que por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva (MOTA *et al.*, 2008).

2.4 Enfermidades do envelhecimento

Envelhecer é um processo dinâmico e comum a todos os seres humanos, atrelado a transformações fisiológicas, psicológicas e socioculturais que tanto pode ser considerado como um processo senescente, próprio do envelhecimento, quanto como um quadro patológico, definido como senilidade (SILVA *et al.*, 2013).

Longevidade não é sinônimo de velhice com saúde. A expectativa de vida aumentada, associada a anos de vida com desvantagens socioeconômicas, propicia também o aumento das doenças crônico-degenerativas e as incapacidades (POLLO; ASSIS, 2008).

O conceito de saúde do idoso está voltado para a capacidade funcional, ou seja, para os cuidados consigo mesmo, para a determinação e execução das atividades do dia-a-dia, com autonomia e independência, mesmo apresentando adoecimentos. Portanto, o bem-estar ou a saúde na terceira idade, estão associados com a interação entre vários fatores, que envolvem saúde física, psicossocial, estrutura familiar e independência econômica (CARDOSO; COSTA, 2010).

Para TANNURE *et al.* (2010), o conceito de envelhecimento ativo pressupõe independência como principal marcador de saúde, enfatizando a capacidade funcional como sendo um novo paradigma de saúde. O indivíduo na velhice apresenta alterações na sua capacidade funcional, grande fragilidade e geralmente é institucionalizado por esse motivo. O comprometimento da funcionalidade dos idosos acarreta situações de dependência para realizar as Atividades de Vida Diária – AVDs, tais como, banhar-se, vestir-se, alimentar-se, transferir-se da cama para a cadeira, usar o sanitário (LISBOA; CHIANCA, 2012).

A atuação da promoção de saúde deve ser conduzida para gerar qualidade de vida com maior conforto possível aos idosos, no seu lar, próximo da sua família, com a máxima autonomia individual possível, ou capacidade funcional que gere uma vida independente e autônoma (TANNURE *et al.*, 2010).

A transição demográfica e epidemiológica gera mudanças gradativas das enfermidades infectocontagiosas por Doenças crônico-degenerativas (DCD), também chamadas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas patologias permanecem por 15 a 20 anos na vida do idoso, e geram internações institucionais, retirando-o da convivência domiciliar, e são custosas para o sistema de saúde (MELO; SAINTRAIN, 2009).

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um quadro de mortalidade próprio de uma população jovem, para um cenário composto por doenças complexas e de alto custo, típicas da velhice, definido por doenças crônicas e múltiplas, que exigem cuidados permanentes, medicamentos de uso contínuo e exames rotineiros (VERAS, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a equidade no alcance dos serviços de saúde é fundamental para um envelhecer com saúde (VERAS, 2007). A transformação do perfil epidemiológico da população do Brasil exige da assistência em saúde, promoção, prevenção e reabilitação para as pessoas que envelhecem (MOTTA; HANSEL; SILVA, 2010).

Ademais, a transição epidemiológica ocorre junto com transformações demográficas, sociais, econômicas, psicológicas e culturais, e essas patologias comuns na terceira idade são

frequentemente de curso crônico, incapacitantes, necessitando de cuidados específicos e onerosos (BORGES *et al.*, 2008).

A OMS tem alertado a todos os países para o fato que as enfermidades crônicas serão a maior causa de morte e incapacidade mundial em 2020, correspondendo a cerca de dois terços do total das doenças, e culminando em grandes custos gerados com saúde. Essas doenças crônicas incluem: diabetes, doença hipertensiva, doenças autoimunes, câncer, depressão e demência (TANNURE *et al.*, 2010).

O envelhecimento está frequentemente associado ao comprometimento do desempenho cognitivo e fisiológico, o que torna as pessoas mais susceptíveis à morte. Entre pessoas na faixa etária de 65 anos ou mais as principais causas de óbito são doenças cardíacas e neoplasias malignas. Além disso, alguns distúrbios, como doença de Alzheimer, a doença de Parkinson e as doenças cerebrovasculares são específicas da idade avançada (REBELATTO; MORELLI, 2007).

A incidência de doenças cerebrovasculares aumenta significativamente a partir da sexta década de vida, quase que dobrando a cada nova década. Estima-se a incidência de Acidente Vascular Encefálico (AVE) em 30 por 100.000 habitantes abaixo de 44 anos, e em 1.230 por 100.000 habitantes acima de 75 anos. O AVE isquêmico corresponde a 80% de todos os casos de doenças cerebrovasculares, sendo o mecanismo mais comum em idosos, a aterosclerose dos vasos responsáveis pela circulação cerebral, tanto nas porções extra quanto intracranianas a causa mais comum. A formação de um trombo, que se adere às placas de ateroma, leva à oclusão arterial e à isquemia cerebral (FREITAS *et al.*, 2006).

A artrite reumatóide e a osteoartrose estão entre as doenças reumáticas articulares mais prevalentes na população que sofre de acometimentos crônicos, aumentando com o avanço da idade. A osteoartrose pode ser definida como o quadro clínico articular consequente às alterações bioquímicas, moleculares e histológicas que ocorrem na cartilagem articular e no osso subcromial. A artrite reumatoide é uma doença crônica inflamatória e sistêmica, com uma gama de achados articulares e extra-articulares associados, o quadro articular pode regredir ou evoluir em surtos para anquilose, originando deformidades fixas (REBELATTO; MORELLI, 2007).

A doença de Parkinson é uma enfermidade crônica e progressiva do sistema nervoso, caracterizada por rigidez, acinesia, bradicinesia, tremor e instabilidade postural. Entende-se que o envelhecimento está intimamente associado a essa doença, que é decorrente do aumento da perda de neurônios dopaminérgicos com o passar dos anos (SOUZA *et al.*, 2011).

O idoso é mais propenso a apresentar problemas respiratórios e a desenvolver quadros de insuficiência respiratória, podendo desenvolver atelectasias, reter secreções e sofrer pneumonias. Com o avançar da idade, as respostas proliferativas estão diminuídas a uma variedade de antígenos, alterações nos linfócitos e na imunidade humoral. Mudanças estruturais acontecem nas vias aéreas superiores e inferiores, com perda de suporte muscular faríngeo, e consequente aumento do risco de obstrução da via aérea superior, além de redução de reflexos protetores da tosse e aumento do risco de aspiração (REBELATTO; MORELLI, 2007).

2.5 Uso de medicamentos na velhice

O crescimento do número de idosos na população está vinculado ao aumento do consumo de medicações por parte desse segmento etário, devido ao aumento de doenças crônico-degenerativas, como por exemplo, as cardiovasculares, locomotoras e psiquiátricas, que demandam por terapias medicamentosas (FLORES; BENVEGNÚ, 2008).

O idoso consome, em média, de quatro a seis medicamentos, sendo os mais usados os que atuam no sistema cardiovascular e o no sistema nervoso central, seguidos pelos anti-inflamatórios e analgésicos, que apresentam ação sistêmica, e pelos que atuam no sistema digestivo e metabolismo. O aumento do uso de fármacos resulta na propagação do número de problemas relacionados a medicamentos (PRM) e da incidência de reações adversas, que geram hospitalizações e crescimento de custos com assistência à saúde (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Segundo Guimarães *et al.* (2012) cerca de 40% das admissões hospitalares de pacientes idosos são relacionadas a problemas com medicamentos, incluindo efeitos tóxicos advindos do seu uso. O abuso de medicações provoca o desaparecimento da autonomia física e a diminuição da cognição (SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009).

Quanto mais se usam medicamentos, mais se compromete a capacidade funcional, possivelmente por causa das interações medicamentosas e intensificação de seus efeitos adversos (OLIVEIRA; NOVAES, 2013). O uso de medicamentos deve ser controlado por profissionais da saúde visando à eliminação dos agravos à saúde, porém, existe uma pressão da indústria farmacêutica, que estimula diretamente os consumidores e também os profissionais de saúde a consumirem fármacos (FLORES; BENVEGNÚ, 2008).

Entretanto, nas prescrições médicas de idosos comumente ocorrem dosagens inadequadas e associações/politerapia que aumentam os riscos de interações medicamentosas,

além de uso de fármacos de uma mesma classe terapêutica e também uso de medicamentos sem valor terapêutico. Grande parte dos fármacos prescritos para esse grupo etário, não apresentam clareza na relação entre a doença e a ação farmacológica e são utilizados como consequência de uma cultura de medicalização, incentivada pela simbologia dada aos medicamentos (FLORES; BENVEGNÚ, 2008).

Os psicofármacos de utilização prolongada na velhice principalmente os hipnóticos, os sedativos e os ansiolíticos da classe dos benzodiazepínicos, são bastante utilizados para combater a insônia e a ansiedade, favorecem o aumento das interações medicamentosas, das reações adversas, da dependência e tolerância (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Os idosos que são cuidados por familiares e/ou cuidadores apresentam menos problemas com a utilização e a administração de medicamentos. O acompanhamento pela família ou pelo cuidador é crucial para a eficiência da terapia medicamentosa, já que o avançar da idade aumenta a dependência para a execução das atividades cotidianas, como administração de medicações (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

A terapia medicamentosa da população idosa deve ser apropriada e eficaz, e para isso, os profissionais da saúde devem estar voltados para a educação permanente, tanto relacionada com os avanços da tecnologia na área farmacêutica, como com a cultura desta população para a utilização e o devido armazenamento de medicamentos. Portanto, o acompanhamento farmacoterapêutico do idoso é fundamental para o uso coerente de medicações, para o entendimento dos usuários acerca da automedicação, da interrupção e da mudança da terapia medicamentosa prescrita, assim como para a importância da receita médica (FLORES; BENVEGNÚ, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado nas quatro ILPIs cadastradas no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI) de Teresina-PI: Fundação Abrigo São Lucas, Casa São José, Casa Frederico Ozanam e Vila do Ancião. A Fundação Abrigo São Lucas é uma entidade de acolhimento institucional filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 1989 e abriga 54 idosos; A casa São José, foi inaugurada em 2006, apresenta 35 idosos, e é uma obra mantida pela Associação "Divina Providência", uma entidade beneficente e de assistência social, sem fins lucrativos.

A Casa Frederico Ozanam, abriga 40 idosos, foi inaugurada em 1970, é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter beneficente e filantrópico, voltada para assistência social, é mais uma Obra Unida da Sociedade de São Vicente de Paulo. E a Vila do Ancião, inaugurada em 1978, apresenta 56 idosos, e é um abrigo mantido pelo Governo do Estado através da Secretaria Estadual da Assistência Social e Cidadania (SASC).

Todas as quatro ILPIs de Teresina têm como objetivo abrigar idosos carentes e solitários, sem família ou por esta rejeitada, que não possuam recursos financeiros, dando-lhes moradia, assistência material e espiritual, proporcionando-lhes, assim, uma vida digna e com esperança num ambiente fraterno através do carinho e da atenção de um verdadeiro lar.

3.3 População e amostra

A população deste estudo foi composta por idosos institucionalizados que residem nas quatro ILPIs de Teresina-PI, que em novembro de 2015 totalizava 185 idosos. A amostra foi composta por 79 idosos institucionalizados que atenderam aos critérios de inclusão:

3.3.1 Critérios de inclusão

- Foram incluídos no presente estudo, os idosos que residiam nas ILPIs de Teresina e que não apresentaram déficit cognitivo no Mini-Exame do Estado Mental- MEEM (ANEXO A) com pontuações igual ou superior a 13 pontos, em idosos analfabetos; igual ou superior a 18 pontos, em idosos com até 08 anos de estudo; e igual ou superior a 26 pontos, em idosos com mais de 08 anos de estudo.

3.3.2 Critérios de exclusão

- Foram excluídos os idosos das ILPIs de Teresina que apresentaram déficit cognitivo, assim como também foram excluídos os idosos que residiam há menos de um mês na instituição, assim como os idosos hospitalizados.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2015. 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.

O MEEM apresenta questões agrupadas em categorias, e cada uma delas objetiva avaliar funções cognitivas, como a orientação temporal (cinco pontos), orientação espacial (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), recordação das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até o máximo de 30 pontos que por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva (MOTA *et al.*, 2008).

Considerando que o nível de escolaridade é um fator que influencia o desempenho no MEEM, são classificados como portadores de alto desempenho cognitivo os pacientes com escore igual ou superior a 13, 18 ou 26 pontos, de acordo com seu nível de escolaridade (analfabetos, com até 08 anos de estudo, ou acima de 08 anos de estudo, respectivamente) (LIRA; SANTOS, 2012).

E por fim, foi aplicado um formulário nos idosos sem déficit cognitivo. Esse instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) 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.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 18.0. As variáveis categóricas foram analisadas através das frequências absolutas (Nº) e relativas (%). Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos. As relações entre as variáveis apresentadas nos objetivos dessa pesquisa foram analisadas através do teste Qui-Quadrado, com significância estatística quando p- valor menor do que 0,05.

3.6 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da UNINOVAFAPI, com o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 47527915.5.0000.5210 (ANEXO B). Os dados foram coletados somente após aprovação e autorização do CEP, assim como autorização do responsável pelo local da pesquisa, através das declarações de autorizações das instituições coparticipantes (ANEXO C), respeitando a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

Os participantes, após aceitação verbal, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A participação foi voluntária e garantida à confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Os procedimentos implicaram em risco mínimo ou desconforto à saúde, a identificação do participante não foi revelada, pois no formulário continha apenas o código dos participantes.

Ao final desta pesquisa, foi redigido um manuscrito submetido para publicação e foi elaborado um jogo como produto final para trabalhar a atenção e memória dos idosos institucionalizados, prevenindo o declínio e melhorando o estado cognitivo dos idosos abrigados.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Manuscrito

Características sociodemográficas e morbidades entre idosos institucionalizados sem declínio cognitivo

Samara Karine Sena Fernandes Vieira¹

Eucário Leite Monteiro Alves ²

Márcia Astrês Fernandes ³

Maria do Carmo de Carvalho e Martins⁴

Eliana Campêlo Lago⁵

Resumo

Objetivo: descrever as características sociodemográficas e clínicas de idosos sem declínio cognitivo de instituições de longa permanência de Teresina, Piauí. **Método:** estudo descritivo, observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 79 idosos de quatro Instituições para Idosos sem declínio cognitivo. Inicialmente, foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental, para avaliação da cognição dos idosos e em seguida, foi aplicado nos idosos com alta cognição, um formulário para investigar aspectos sociodemográficos, medicamentos utilizados, enfermidades presentes e situação de locomoção. Os dados foram analisados através do SPSS 18.0 e as relações entre as variáveis através do teste Qui-Quadrado. **Resultados:** houve predomínio de idosos sem declínio cognitivo do sexo masculino (55,7%), solteiros (63,29%), com faixa etária ≥ 75 anos (54,43%), com até oito anos de estudo (60,76%) e com tempo de institucionalização de um a quatro anos (43,04%). Esses apresentaram mais Hipertensão Arterial Sistêmica (64,56%) e doenças psiquiátricas (59,49%), faziam mais uso de medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (64,56%) e no sistema nervoso central (63,29%) e se locomoviam sem ou com

¹ Fisioterapeuta, Mestranda em Saúde da Família pelo Centro de Ensino Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí. Professora da Faculdade Estácio - CEUT, Teresina, Piauí.

² Médico, Doutor em Medicina pela Universidade de São Paulo. Professor do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família do UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí.

³ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo-USP, supervisora pública eletiva da Universidade Federal do Piauí.

⁴ Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Pernambuco, professora associada da Universidade Federal do Piauí.

⁵ Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí, professora do Mestrado em Saúde da Família do Centro universitário UNINOVAFAPI.

auxílio (69,62%). **Conclusão:** os idosos institucionalizados sem déficit da cognição necessitam de cuidados expressivos voltados à saúde diante dos resultados encontrados nesse estudo, principalmente relacionados à avaliação dos fatores de risco e diagnóstico precoce dos desvios que levam ao envelhecimento cognitivo patológico de forma preventiva de estados demenciais.

Descritores: Cognição; Demência; Envelhecimento.

Key words: Cognition; Insanity; Aging.

Palabras clave: Cognición; La demência; 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⁽¹⁾.

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⁽²⁾.

O envelhecimento populacional foi acompanhada por transformação do perfil de morbimortalidade, descrito por um aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis⁽³⁾. 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 com fatores genéticos e ambientais⁽⁴⁾.

A mudança de ambiente provocada pela institucionalização é uma das situações que provocam 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⁽⁵⁾.

As alterações cognitivas podem ser investigadas através de diversos protocolos validados, dentre 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⁽⁶⁻⁷⁾.

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

Método

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, com abordagem quantitativa. A população foi composta por idosos institucionalizados que residiam em quatro Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) de Teresina-PI, que em novembro de 2015 totalizava 185 idosos. 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 08 anos de estudo; e igual ou superior a 26 pontos, em idosos com mais de 08 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 escore igual ou superior a 13, 18 ou 26 pontos, de acordo com seu nível de escolaridade (analfabetos, com até 08 anos de estudo, ou acima de 08 anos de estudo, respectivamente)⁽⁸⁾.

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 através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 18.0. As relações entre as variáveis apresentadas nos objetivos dessa pesquisa foram analisadas através do teste Qui-Quadrado, com significância estatística quando p- valor menor do que 0,05.

Nesta pesquisa, respeitou-se a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), e foi aprovada sob CAAE 47527915.5.0000.5210 pelo Comitê de Ética em Pesquisa, via Plataforma Brasil.

Resultados

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, Brasil, 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	-	-	-

*Mini-Exame do Estado Mental

Os aspectos sociodemográficos da amostra estudada encontram-se descritos na Tabela 2. Os idosos sem declínio da cognição foram na 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, Brasil, 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 08 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
	sem renda	4	5,06
Renda mensal individual (SM*)	≤ 1	73	92,41
	acima de 1	2	2,53
	Total	79	100,00

*Salário Mínimo = R\$ 880,00 (fevereiro/2016, Brasil)

Os dados referentes ao tempo de institucionalização dos idosos sem declínio cognitivo das ILPIs estão descritos no Gráfico 1, onde se pode visualizar que quase dois terços dos idosos apresentavam menos de 5 anos de institucionalização, e que 22,78% residiam nas instituições entre 5 e 10 anos.

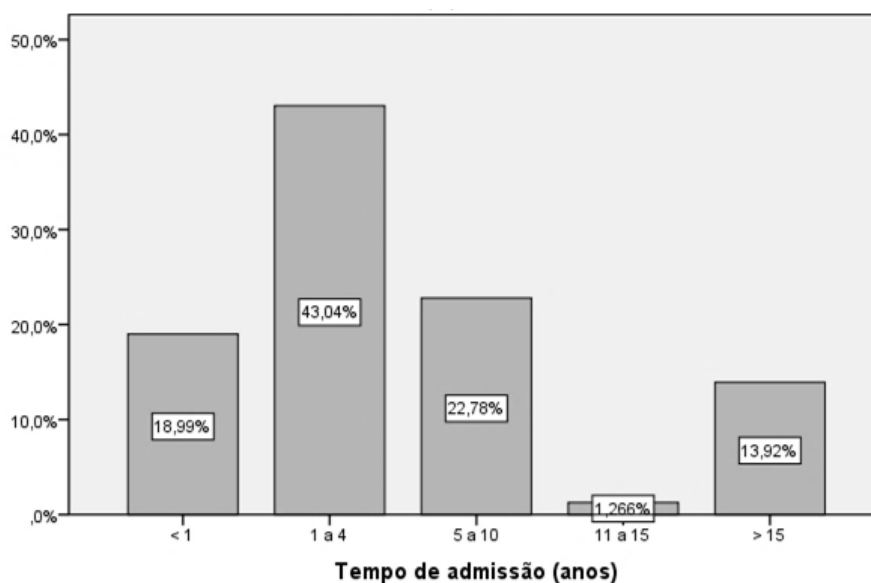


Gráfico 1. Duração do tempo de institucionalização dos idosos sem declínio cognitivo. Teresina, PI, Brasil, 2015

As enfermidades presentes nos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo que mais predominaram foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 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, sequela de paralisia infantil, problemas oculares e auditivos e verminoses (Tabela 3).

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, independente do sexo.

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 [†]	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, reumatismose osteoporose	7	15,91	3	8,57
Enfermidades				
AVE [‡]	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

*Cada idoso pode apresentar mais de um tipo de enfermidade

† Hipertensão Arterial Sistêmica ‡ Acidente Vascular Encefálico

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, 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 [†]	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, reumatismose osteoporose	3	21,43	7	10,77	10	12,66
AVE [‡]	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

*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 e 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 4).

Tabela 5. Classes de medicamentos, por agrupamento anatômico, prescritos aos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo segundo o sexo. Teresina, PI, Brasil, 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

*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 os anti-hipertensivos, cardiotônicos, antianginosos, antiarrítmicos e os diuréticos. Já os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, prescritos foram os hipnóticos, ansiolíticos, antidepressivos, antimaníacos, vasodilatadores, anticonvulsivantes, antipsicóticos e o antiparkinsonianos.

As medicações usadas pelos idosos dessa pesquisa que atuam no sistema digestivo e metabolismo foram: insulinas e outros agentes antidiabéticos, anti-secretores, 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: antiinflamatórios esteróides e não esteróides, analgésicos, antibióticos e antialérgicos.

A maioria dos idosos sem declínio da cognição deambulava sem auxílio ou com auxílio de andadores, muletas ou bengalas, e os cadeirantes e acamados apresentavam sequelas de Acidente Vascular Encefálico e paralisia infantil, amputações e problemas

traumato-ortopédicos e reumáticos. Os dados relacionados à situação de locomoção dos idosos estão apresentados no Gráfico 2.

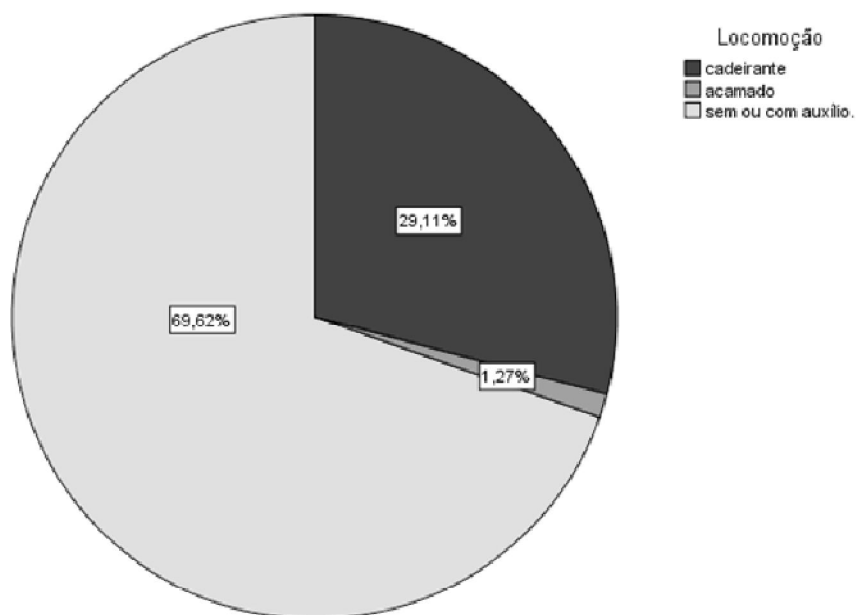


Gráfico 2. Locomoção dos idosos institucionalizados sem declínio do estado cognitivo. Teresina, PI, Brasil, 2015

Discussão

A maior parte dos idosos sem declínio do desempenho do estado cognitivo residentes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos 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⁽⁹⁾.

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⁽³⁾. O risco de desenvolvimento de declínio cognitivo tem sido associado à baixa escolaridade, a idade avançada, ao sexo feminino, a 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⁽¹⁰⁾.

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 semi-analfabetos⁽⁷⁾. A baixa escolaridade dos idosos institucionalizados trata-se de uma circunstância prevista, pois há algumas décadas atrás as chances de estudar eram reduzidas e existiam obstáculos para se ter educação, principalmente as mulheres⁽¹¹⁾.

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, onde o trabalho braçal para os homens e o doméstico para as mulheres eram mais prioridade do que a formação intelectual⁽⁹⁾.

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, constataram que a renda mensal da maioria dos idosos era apenas de um salário mínimo⁽⁷⁾.

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⁽¹²⁾.

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 recebem 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⁽⁷⁾.

A presente pesquisa concorda com um estudo que mostram que a maioria dos idosos de uma instituição de Belo Horizonte/MG eram solteiros(as) (46,8%)⁽³⁾. Assim como corrobora com outra pesquisa em uma ILPI, onde 62 idosos participaram e obtiveram idade média de $81,85 \pm 8,82$ anos, já que no atual estudo os idosos apresentaram idade igual a 70 anos ou mais⁽⁹⁾.

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⁽¹³⁾.

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 1 a 5 anos (51%)⁽¹⁴⁾. 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 que passa a residir fora do seu ambiente familiar para até o resto dos seus dias de vida⁽¹⁵⁾.

No atual estudo, quase dois terços dos idosos residem nos abrigos a menos de cinco anos e grande parte deles se mostram inadaptados ao ambiente institucional. Já os idosos com mais de dez anos de institucionalização se mostram mais ambientados e acostumados com a rotina dos abrigos mostrando 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⁽¹⁶⁾.

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%, e os idosos são bem diferentes dos jovens, já que possuem, em média, três a cinco doenças crônicas associadas, e somente 6% não apresentam enfermidades⁽¹⁷⁾.

Em cinco ILPIs estudadas no ano de 2007 no Distrito Federal, 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%)⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁸⁾.

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 fisioterapia 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%)⁽¹⁹⁾.

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⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁹⁾.

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

A institucionalização é uma condição frustrante e que causa depressão⁽³⁾. 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⁽²⁰⁾.

Grande parte dos idosos estudados nessa pesquisa apresentou depressão associada com outras enfermidades. Percebe-se que o adoecimento, independente da enfermidade, atrelado a 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⁽²¹⁾.

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⁽¹²⁾.

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⁽²²⁾. 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⁽¹²⁾.

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⁽¹²⁾.

As categorias de medicamentos mais consumidos no presente estudo foram semelhantes aos encontrados 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⁽²³⁾.

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 constatou que os medicamentos mais utilizados pelos idosos institucionalizados foram os que atuam no sistema cardiovascular (35,0%), seguidos também pelos medicamentos com ação no sistema nervoso central (17,5%)⁽¹³⁾.

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 da terapia medicamentosa ser a principal de intervenção⁽²³⁾. A associação de medicamentos é bastante utilizada para várias enfermidades em idosos e que essas combinações geram efeitos nocivos ao organismo, provocando hospitalização e morte⁽¹³⁾.

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

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⁽²⁴⁾.

É importante investigar a terapia medicamentosa frente às alterações fisiológicas que são próprias do processo de envelhecimento, como a redução da atividade dos

barorreceptores, 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⁽¹⁷⁾.

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⁽²³⁾. Os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, como ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, podem também ocasionar prejuízo na memória, confusão e isolamento social⁽¹³⁾.

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 associado 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⁽³⁾. E um estudo com 62 idosos de uma instituição de Salvador/BA no ano de 2014, averiguou que 22 eram cadeirantes com atividades de maior dependência funcional, transferências e deambulação (90,1%)⁽⁹⁾.

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

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 independentemente e dos declínios progressivos característicos das doenças demenciais⁽²⁵⁾.

A institucionalização de idosos tende a crescer com o envelhecimento populacional principalmente por causa dos cuidados intensos necessários a essa parcela da população que apresentam 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 tratamento, em especial das demências que são progressivas na velhice.

Essa pesquisa detectou também que os idosos sem declínio do estado cognitivo, apresentam diversas enfermidades associadas e utilizam vários tipos de medicamentos, inclusive fazem bastante uso das 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, através 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; 63 (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, Ana Paula de Oliveira Marques APO, Gomes ECCG. Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Reuol*, 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. *R. 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*, São Paulo, 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, D. F. Comprometimento Cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Revista 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.*, 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 MPF, 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 (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.
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.*, 2012; 46(6): 1387-93.
20. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem 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*, 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. *R. 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, Asciutti 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. Christofolletti 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.

4.2 Produto

Jogo Bingo Sonoro

O Bingo Sonoro é um jogo elaborado para trabalhar a atenção e memória e contribuir na prevenção do declínio e melhora do estado cognitivo dos idosos durante atividades recreativas e lúdicas.

Participantes: até 18 jogadores.

Componentes: 18 Cartelas com imagens;

01 base para colocação dos cubos numerados;

01 urna para sorteio dos cubos numerados;

20 cubos numerados;

01 Compact Disc (CD) com os sons.

Instruções: 1º passo: os idosos ficarão com suas cartelas com imagens variadas;

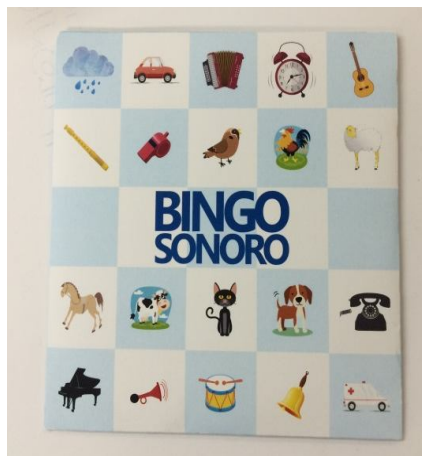
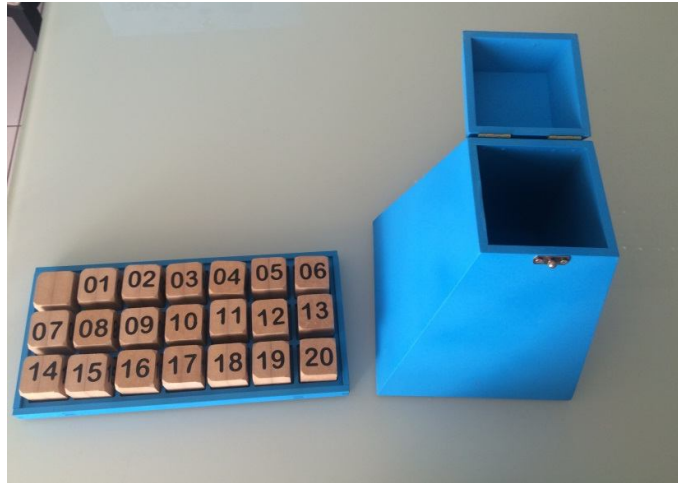
2º passo: um participante ou um cuidador do idoso fará o sorteio do cubo numerado que está dentro da urna;

3º passo: o número do cubo sorteado corresponderá à faixa do som gravado no CD que será tocado;

4º passo: o som será tocado e os idosos terão que identificá-lo marcando a imagem correspondente na sua cartela;

5º passo: ganha o bingo quem primeiro marcar toda cartela.





5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 para melhor atenção à saúde mental dos idosos, especialmente aqueles abrigados, através 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

- ALENCAR, M. A. *et al.* Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2012.
- ALMEIDA, R. L. S. *et al.* Instituição de longa Permanência para idosos: avaliação das condições de acessibilidade e da funcionalidade dos idosos. **Rev. Saúde. com**, Salvador, v. 11, n. 2, 2015.
- ANGELO, B. H. B.; SILVA, D. I. B.; LIMA, M. A. S. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do município de Olinda-PE. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2011.
- BARBOSA, A. M.; OLIVEIRA, C. L. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, 2012.
- BERTOLDI, J. T.; BATISTA, A. C.; RUZANOWSKY, S.. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 2, 2015.
- BORGES, P. L. C. *et al.* Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília DF, 2012.
- BRUNO, C. T. S.; MARQUES, M. B.; SILVA, M. J.. Avaliação cognitiva de idosos asilados utilizando o Mini-exame do estado mental. **Cadernos Esp.**, Fortaleza/CE, v. 2, n. 1, 2006.
- CHRISTOFOLETTI, G. *et al.* Locomoção, distúrbios neuropsiquiátricos e alterações do sono de pacientes com demência e seus cuidadores. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 1, 2013.
- CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, 2010.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 2010.
- CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Leopoldo, v. 15, n. 6, 2010.
- CAVALCANTI, C. L. *et al.* Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, 2009.
- CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. **HU revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 2, 2011.

CORREIA, T. M. *et al.* Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. Bras. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, 2012.

DANILOW, M. Z. *et al.* Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 1, 2007.

DATASUS. Ministério da Saúde. Apresenta: **Informações de saúde (TABNET):** demográficas e socioeconômicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppi.def>. Acesso em: 27 out. 2014.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 46, n. 6, 2012.

FICHMAN, H. C. *et al.* Predomínio do comprometimento cognitivo leve disexecutivo em idosos atendidos no ambulatório da geriatria de um hospital público terciário na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 1, 2013.

FLORES, V. B.; BENVEGNÚ, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2008.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Psychiatr Res.**, v.12, n.3, 1975.

FRADE, J. *et al.* Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, série IV, n. 4, 2015.

FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GALLON, D.; GOMES, A. R. S. Idosos institucionalizados e os efeitos do exercício no processo de envelhecimento musculoesquelético: uma revisão. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, 2011.

GAUTÉRIO, D. P. *et al.* Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012.

GONÇALVES, L. G. *et al.* Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Revista de saúde pública**, São Paulo/SP, V. 42, N. 5, 2008.

GUIMARÃES, V. G. *et al.* Perfil farmacoterapêutico de um grupo de idosos assistidos por um programa de atenção farmacêutica na farmácia popular do Brasil no município de Aracaju-SE. **Rev. Ciênc. Farm. Básica**, São Paulo, v. 33, n. 2, 2012.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

LEITE, M. T. *et al.* Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 33, n. 4, 2012.

LIRA, M.; SANTOS, L. C. C. S. Correlação entre função cognitiva e capacidade funcional nos indivíduos com doença de Alzheimer. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2012.

LIMA, C. L. J. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, v. 7, n. 10, 2013.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, 2012.

LONGO, M. A. T.; 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.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.

MACHADO, J. C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011.

MELO, L. N. P.; SAINTRAIN, M. V. L. Perfil epidemiológico de mulheres idosas atendidas no “grupo funcional”. **RBPS**, Fortaleza, v. 22, n. 4, 2009.

MELLO, B. L. D.; HADDAD, M. C. L.; DELLAROA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, 2012.

MOTA, M. M. P. E. *et al.* Triagem cognitiva: comparações entre o minimal e o teste de trilhas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.25, n.3, set.2008.

MOTTA, C. C. R.; HANSEL, C. G.; SILVA, J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. **Rev. Eletr. Enf.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2010.

NORDON, D. G. *et al.* Perda cognitiva em idosos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, São Paulo/SP, V. 11, N. 3, 2009.

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G.. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 18, v. 4, 2013.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, 2007.

PEREIRA, F. M.; BESSE, M.. Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. **Acta Fisiatr.**, São Paulo/SP, v. 18, n. 2, 2011.

PILGER, C. *et al.* Causas de internação hospitalar de idosos residentes em um município do Paraná, uma análise dos últimos 5 anos. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 3, 2011.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos – ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2008.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo/SP, v. 12, n. 2, 2009.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G.. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. 2. ed. Barueri: Manole, 2007.

REIS, L. A. *et al.* Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-Ba. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, 2009.

SANTOS, T. R. A. *et al.* Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, 2013.

SILVA, E. R. *et al.* Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 46, n. 6, 2012.

SILVA, M. E. *et al.* Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, 2013.

SOUZA, C. F. M. *et al.* A doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor: uma revisão de literatura. **Rev. Neurociências**, Mossoró, v. 19, n. 4, 2011.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, 2010.

SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, 2007.

SOUZA, P. D. *et al.* Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011.

SOUZA, V. L. *et al.* Perfil das habilidades cognitivas no envelhecimento normal. **Rev. CEFAC**, São Paulo/SP, v. 12, n. 2, 2008.

SUZUKI, M. M.; DERMARTINI, S. M.; SOARES, E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 9, n. 3, 2009.

TANNURE, M. C. *et al.* Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, 2010.

VALCARENGHI, R. V. *et al.* Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 6, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, 2007.

ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Rev. Neurocienc.**, São Paulo/SP, v. 18, n. 2, 2010.

ZIMMERMANN, I. M. M. *et al.* Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Reuol**, Recife/PE, v. 9, n. 12, 2015.

APÊNDICE



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALTO DESEMPENHO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM
TERESINA-PI

Instrumento de coleta de dados da Pesquisa
Formulário

Data: _____

Nome da instituição: _____

Código do participante: _____

1- Sexo: () masculino () feminino

2- Idade:

() 60 a 69 anos

() 70 ou +

3- Tempo de institucionalização:

() menos de 1 ano

() 1 a 4 anos

() 5 a 10 anos

() 11 a 15 anos

() mais de 15 anos

4- Escolaridade:

() Analfabeto

() Até 8 anos de estudo

() Acima de 8 anos de estudo

5- Renda mensal individual:

() sem renda

() até 1 salário mínimo

() mais de 1 salário mínimo

6- Estado civil:

() Divorciado(a)

() solteiro(a)

() casado(a)

() viúvo(a)

7- Enfermidades presentes:_____

8- Medicções em uso:_____

9- Locomoção dos idosos:

() Cadeirante

() Acamado

() Sem ou com auxílio

10- MEEM: _____pontos.

ANEXOS

ANEXO A

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()

(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

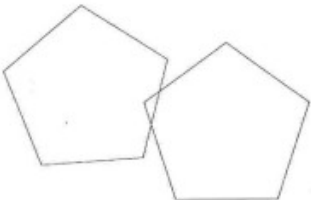
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

ESCORE: (____/30)





ANEXO B

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E MORBIDADES ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS SEM DECLÍNIO COGNITIVO

Pesquisador: SAMARA KARINE S. FERNANDES VIEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 47527915.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.521.254

Apresentação do Projeto:

Com o envelhecimento da população, aumentou a possibilidade de institucionalização dos idosos, uma vez que os familiares não têm condições de efetuar os cuidados necessários dessa população. Isso ocasiona o aumento da procura por instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), chamadas anteriormente de asilos. Assim, surgiram as ILPIs mantidas pelo governo, por associações religiosas e beneficentes para suprir essa necessidade. Nessas instituições são mantidas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, vivendo de forma coletiva, com ou sem apoio familiar, em situação de liberdade, dignidade e cidadania. De acordo com as considerações apresentadas se definiu como objeto desse estudo, o perfil epidemiológico de idosos institucionalizados em Teresina-Piauí. Diante disso, estudou-se o perfil dos idosos institucionalizados com alto desempenho cognitivo em Teresina, PI. Para tal, foi aplicado instrumento avaliativo para classificar os idosos e incluí-los no estudo, denominado Mini Exame de Estado Mental (MEEM), para somente depois se proceder ao esclarecimento dos que aceitaram participar do estudo. Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2016, com a aplicação de um formulário nos idosos que obtiveram com alto desempenho do estado cognitivo. O formulário aplicado teve como objetivo obter as seguintes informações: idade, sexo, escolaridade, renda mensal, estado civil, tempo de

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAPÍ

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.521.254

institucionalização, enfermidades presentes, medicamentos em uso e a locomoção dos idosos. Foram incluídos no estudo os idosos com alto desempenho do estado cognitivo, ou seja, sem perdas e com perdas leves e moderadas da cognição que residiam nas ILPIs de Teresina, com valor no MEEM igual ou superior a 13 pontos, em idosos analfabetos; igual ou superior a 18 pontos, em idosos com até 08 anos de estudo; e igual ou superior a 26 pontos, em idosos com mais de 08 anos de estudo. Foram excluídos os idosos das ILPIs de Teresina que apresentaram baixo desempenho do estado cognitivo encontradas nos resultados obtidos a partir da aplicação do MEEM. Também foram excluídos os idosos que residem nas ILPIs de Teresina há menos de um mês, assim como os idosos hospitalizados. Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 18.0.

As variáveis categóricas foram analisadas através das frequências absolutas (No) e relativas (%). Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos. As relações entre as variáveis apresentadas nos objetivos dessa pesquisa foram analisadas através do teste Qui-Quadrado, com significância estatística quando p -valor menor do que 0,05.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o alto desempenho do estado cognitivo de idosos institucionalizados de Teresina -PI;

Objetivo Secundário: 1. Quantificar os idosos institucionalizados com altos desempenhos do estado cognitivo; 2. Analisar os idosos institucionalizados quanto as características sócio-demográficas; 3. Identificar as principais enfermidades dos idosos institucionalizados, relacionando com o sexo e a idade; 4. Relatar os medicamentos prescritos aos idosos institucionalizados, relacionando com o sexo; 5. Averiguar como se encontra a locomoção dos idosos institucionalizados; 6. Elaborar um jogo que trabalhe a atenção e memória dos idosos institucionalizados como produto final da pesquisa para prevenção do declínio e melhora do estado cognitivo dos idosos abrigados.

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram relatados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conhecer o perfil dessa população institucionalizada é importante para o planejamento de ações

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.521.254

de saúde voltadas para essa clientela crescente. O tema é relevante e pertinente para pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda ao protocolo de pesquisa acerca da mudança do título da pesquisa foi aprovada porque está de acordo com os preceitos da Res. 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_693729 E2.pdf	07/04/2016 20:22:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	tcposdefesa.docx	07/04/2016 20:17:01	SAMARA KARINE S. FERNANDES VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/04/2016 20:04:04	SAMARA KARINE S. FERNANDES	Aceito
Outros	TCUD único.pdf	23/07/2015 13:10:08		Aceito
Outros	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.docx	01/07/2015 22:33:06		Aceito
Outros	curriculo SAMARA.pdf	01/07/2015 22:31:09		Aceito
Outros	curriculo prof Eucario.pdf	01/07/2015 22:30:30		Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA AO CEP.pdf	01/07/2015 22:29:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PAG 1.pdf	01/07/2015 22:26:37		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO VILA DO ANCIÃO.pdf	01/07/2015 22:08:07		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO FREDERICO OZANAM.pdf	01/07/2015 22:07:48		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO CASA SÃO JOSÉ.pdf	01/07/2015 22:07:24		Aceito

Theonas Gomes Pereira
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uniguaí

CEP: 04.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



Continuação do Parecer: 1.521.254

Outros	AUTORIZAÇÃO ABRIGO SÃO LUCAS.pdf	01/07/2015 22:06:55		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.pdf	01/07/2015 22:06:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PAG 2.pdf	01/07/2015 22:03:05		Aceito

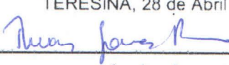
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 28 de Abril de 2016

 **Theonas Gomes Pereira**
Coordenadora do CEP UNINOVAFAP

Assinado por:

Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br



NEXO C

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DECLARAÇÕES DE AUTORIZAÇÕES DAS INSTITUIÇÕES COPARTICIPANTES



AUTORIZAÇÃO

Autorizo a aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, **SAMARA KARINE SENA FERNANDES VIEIRA** a realizar uma pesquisa com a coleta de dados do estudo intitulado "ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM TERESINA-PÍ".

Atenciosamente,

Liliane Costa Rebelo

Liliane Costa Rebelo
Presidente

Teresina, 29 de junho de 2015

AVENIDA DOUTOR NICANOR BARRETO, 5280 VALE QUEM TEM
CNPJ 00.329.756/0001-89 FONE (86)8863-6137 3231-3733
CONTA: BANCO DO BRASIL AG: 3507-6 CONTA:27.425-9



ASSOCIAÇÃO DIVINA PROVIDÊNCIA
CASA SÃO JOSÉ – ABRIGO DE IDOSOS
CNPJ: 41.256.967/0001-16
Rua Orlando Carvalho, 4.470 – Bairro Santa Isabel
CEP: 64053-160
Telefone: 3232-1113

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro em quem interessar possa que estamos de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado “**Análise do perfil epidemiológico de idosos institucionalizados em Teresina-PI**”, orientado pelo Professor **Eucário Leite Monteiro Alves (RG: 545.607-SSP-PI)** e equipe de pesquisa **Samara Karine Sena Fernandes (CPF: 619.772.923-72)** do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família UNINOVAFAP, podendo iniciar-se nesta instituição após a apresentação do parecer de aprovação emitido pelo comitê de Ética em Pesquisa da UNINOVAFAP.

Declaro ter lido e concordar com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012, estou ciente da corresponsabilidade como instituição coparticipante no compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para a pesquisa, garantindo infraestrutura necessária.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos da Resolução CNS 466/2012, dentre outros:

1. Garantia da confidencialidade, anonimato e não utilização das informações em prejuízo de outros;
2. Para reduzir os riscos dos participantes, será realizada uma abordagem correta e adequada, minimizando possíveis constrangimentos;
3. Emprego de dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e comunidade onde foi realizado.

Teresina, 25 de Junho de 2015


Assinatura e carimbo do responsável da instituição coparticipante
Diretor(a) Administrativo(a) da Casa São José

Antônia Helena F. do Amaral
PSICOPEDAGOGA



Teresina, 25 de junho de 2015

À
Coordenação do programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família
UNINOVAFAPÍ – Centro Universitário
n/cidade

Autorizamos a coleta de dados, na devida instituição, da pesquisa intitulada **“ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM TERESINA-PI”**, por meio da aplicação de um formulário diante dos prontuários dos idosos.

A pesquisa tem por objetivo analisar o perfil epidemiológico de idosos institucionalizados em Teresina-PI.

CASA FREDERICO OZANAM
F. S. Santos
Francisca Sales Ribeiro dos Santos
Presidente

SOCIEDADE DE SÃO VICENTE DE PAULO - “CASA FREDERICO OZANAM”

Rua Des. Pires de Castro, 2137/N Primavera Teresina-PI (86)3223-0018 Cep 64.002-490

Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Municipal Nº 3.324 de 21/06/2004

Registrada no Conselho Nacional de Assistência Social (CNSA) sob Nº 23.002.001665/87-22

Registrada no Conselho Municipal de Assistência Social sob Nº 06

Certificado de Utilidade Federal Portaria Nº 1718 de 16/09/2008

ASSISTÊNCIA SOCIAL
Secretaria de Estado da Assistência
Social e Cidadania / SASG



AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Autorizo **SAMARA KARINE SENA FERNANDES VIEIRA**, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, a realizar coleta de dados por meio da aplicação de formulário diante dos prontuários dos idosos institucionalizados na Unidade Operacional Vila do Ancião, Instituição de Longa Permanência para Idosos em situação de vulnerabilidade social. Tal pesquisa intitulada “**Análise do perfil epidemiológico de idosos institucionalizados em Teresina-PI**”, cujo objetivo é analisar o perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados de Teresina – PI.

Teresina (PI), 25 de junho de 2015.


Carla Sueli Gomes Miranda
Assistente Social / CRESS-PI N° 799
Secretaria de Assist. Social e Cidadania
Coord. da Unidade Operacional
Vila do Ancião