

Losada de Menezes, Ruth; Bachion, Maria Márcia; Tomé de Souza, Joaquim; Kyosen Nakatani, Adélia Yaeko
Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados
Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 14, núm. 3, 2011, pp. 485-496
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403834043008>



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,
ISSN (Versão impressa): 1809-9823
revistabgg@gmail.com
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Brasil

Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados

Longitudinal study of multidimensional aspects of the health of institutionalized elderly

Ruth Losada de Menezes¹
Maria Márcia Bachion²
Joaquim Tomé de Souza²
Adélia Yaeko Kyosen Nakatani²

Resumo

Objetivo: Analisar a evolução de aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados no município de Goiânia no seguimento de dois anos. **Métodos:** Foi realizado estudo clínico observacional longitudinal prospectivo. Duas avaliações foram realizadas com intervalo de dois anos, em 59 idosos residentes em instituições de longa permanência, no município de Goiânia, estado de Goiás, Brasil. Foram utilizados instrumentos padronizados, envolvendo diferentes dimensões como aspectos sócio-demográficos, condições de saúde-doença, aspectos psicoemocionais e habilidades funcionais. Para a comparação dos aspectos da saúde nos dois momentos de avaliação, utilizou-se o teste McNemar e de homogeneidade marginal, por meio do *software* SPSS® versão 10.0 com valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Houve declínio da saúde nos seguintes aspectos: ocorrência de acidente vascular cerebral ($p = 0,031$), outras doenças ($p = 0,031$), dificuldade motora em membros superiores ($p = 0,007$), uso de antidepressivos ($p = 0,039$), diminuição no número de independências para atividades de vida diária ($p = 0,017$), com destaque para higiene pessoal ($p = 0,031$). **Conclusão:** Os resultados deste estudo evidenciam as áreas de vulnerabilidade dos idosos institucionalizados em Goiânia e a necessidade de ações efetivas na promoção e manutenção da saúde.

Palavras-chave: Idoso.
Saúde do idoso. Saúde do idoso institucionalizado.
Atividades cotidianas.

¹ Faculdade de Ceilândia FCE. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

² Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil

Artigo extraído de tese de doutorado de autoria de Ruth Losada de Menezes, intitulada "Quedas e fatores multidimensionais associados: estudo longitudinal de idosos residentes em instituições de longa permanência em Goiânia (GO)" desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil. Data da defesa: 27 de abril de 2009.

Correspondência / Correspondence

Ruth Losada de Menezes

Faculdade de Ceilândia FCE. UnB Ceilândia

QNN 14 Área Especial, Guariroba, Ceilândia Sul

72220-140 - Brasília, DF, Brasil

E-mail: ruthlosada@unb.br

Abstract

Objective: This study aimed to analyze the evolution of multidimensional aspects of the health of institutionalized elderly in the city of Goiânia, in two years. **Methods:** A longitudinal, prospective and observational clinical study was conducted. Two assessments were carried out within an interval of two years, comprising 59 elderly living at long-term care institutions in the city of Goiânia, State of Goiás, Brazil. It was used a set of standardized tools comprising different dimensions such as socio-demographic aspects, health-disease situations, psycho-emotional aspects and functional abilities. The Marginal Homogeneity and McNemar's tests were used to compare health aspects in two moments of assessment, by means of the SPSS® software version 10.0 and a p value of less than 0.05. **Results:** There was a health decline on the following aspects: stroke ($p = 0,031$); other diseases ($p = 0,031$); upper limb motor impairment ($p = 0,007$); use of antidepressant drugs ($p = 0,039$); decrease on the number of independencies for daily living activities ($p = 0,017$), specially the ones related to personal hygiene ($p = 0,031$). **Conclusion:** The results of this study highlight the areas of vulnerability of institutionalized elderly in Goiânia and the need of effective actions to promote and maintain their health.

Key words: Aged. Health of the elderly. Health of institutionalized elderly. Activities of daily living.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é conceituado como um processo sistêmico, dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a redução da capacidade de manutenção da homeostasia, levando à perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.¹

A população brasileira, em comparação à mundial, apresenta processo de envelhecimento mais rápido. O paradigma atual em saúde focaliza a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida, e não apenas a prevenção e o controle das doenças crônicas não-transmissíveis. Nesse contexto, surge como desafio a atenção à saúde dos idosos que vivem em instituições de longa permanência.

A probabilidade da admissão nessas instituições aumenta significativamente com a idade, e com o *boom* da geração que envelhece, a demanda e os custos com estes serviços irão crescer decisivamente. Estima-se que 0,6% a 1,3% da população brasileira idosa se encontre em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs).² Apesar de as políticas priorizarem a família como signatária do

cuidado ao idoso, a expectativa é de que aumente a demanda por ILPIs no Brasil.³

Para se formular uma política pública de saúde específica para este grupo populacional, é necessário levar em conta os múltiplos aspectos que envolvem o envelhecimento, e que exigem uma visão abrangente de saúde, levando em consideração a inter-relação entre aspectos multidimensionais.

Escassos são os estudos envolvendo a população idosa residente em ILPIs no Brasil, e nas suas diferentes regiões geográficas, especificamente sobre a evolução longitudinal de saúde nesta faixa etária. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a evolução de aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados no município de Goiânia, no seguimento de dois anos, a partir de aspectos sócio-demográficos, condições de saúde-doença, aspecto psicoemocional e habilidades funcionais, visando a subsidiar programas e ações dirigidas a esses idosos.

MÉTODOS

Foi realizado estudo clínico observacional longitudinal prospectivo. Na realização da

pesquisa, foram necessárias duas avaliações: a primeira ocorreu nos meses de maio a agosto do ano de 2005, e a segunda, nos meses de maio a agosto de 2007. Foram desenvolvidos dois projetos de pesquisa integrados, junto a idosos que residiam em instituições de longa permanência, no município de Goiânia, estado de Goiás, Brasil.

O cenário desta investigação foram cinco instituições para idosos existentes no município de Goiânia, após aprovação dos responsáveis pelas mesmas e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (protocolos 032/2004 e 045/07). Ao aceitar participar do estudo, os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em ambos os momentos de avaliação, sendo garantidos sigilo e anonimato aos participantes.

No ano de 2005, encontravam-se institucionalizadas 250 pessoas. Para seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais, morar por no mínimo há 12 meses na mesma instituição e deambular, mesmo com auxílio de dispositivo de auxílio à marcha. Foram excluídos os idosos que apresentavam déficits cognitivos e déficit visual ou auditivo severamente limitante e não compensado por uso de óculos ou aparelho de amplificação sonora, dificultando ou impedindo a realização dos testes de avaliação propostos. Assim obtiveram-se 95 sujeitos para o estudo, no primeiro momento da investigação.

Na segunda avaliação, em 2007, constatou-se que, dos 95 idosos participantes da primeira avaliação, 13 tinham falecido, dois passaram a apresentar déficit cognitivo que impedia a resposta aos comandos dos pesquisadores no processo de avaliação, 14 retornaram para o convívio familiar, cinco não aceitaram participar da segunda avaliação e dois não foram encontrados na instituição. Desta forma, participaram da segunda avaliação, no intervalo de dois anos, 59 idosos.

Na realização da pesquisa, utilizou-se um conjunto de instrumentos padronizados envolvendo diferentes dimensões, como aspectos sócio-demográficos, condições de saúde-doença,

aspectos psicoemocionais e habilidades funcionais. As variáveis relacionadas às condições de saúde-doença incluíram doenças crônicas referidas (reumatismo, asma, hipertensão arterial, insuficiência vascular, diabetes, obesidade, história de acidente vascular cerebral prévio, incontinência urinária, obstipação intestinal, problemas para dormir, catarata, problemas de coluna e asma); aspectos motores (que envolveram relato de dificuldade motora em membros superiores e inferiores, uso de dispositivos para auxílio a marcha e realização regular de exercícios físicos); condições percepto-sensoriais, avaliadas através das variáveis de problemas com a visão e audição; número de medicações em uso regular; tipos de medicamentos em uso; suspeita de depressão e as habilidades funcionais, como a capacidade para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVDs).

Para investigação de suspeita de depressão e capacidade para as ABVDs, foram utilizados os seguintes instrumentos, respectivamente: versão brasileira da escala de depressão geriátrica abreviada de Yesavage – GDS⁴ e escala de atividades básicas de vida diária de Katz.⁵

Para análise dos dados, foi utilizado o *software* SPSS® versão 10.0. A caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos estudados foi realizada por meio de frequência simples das variáveis nominais e numéricas estudadas. Para analisar a evolução de aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados, foram utilizados os testes de McNemar e de Homogeneidade Marginal. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Neste estudo, constatou-se a prevalência do sexo feminino (57,6%). A média de idade foi de 78,44 \pm 7,8. Prevaleceu, no geral, a faixa etária de 80 anos ou mais (47,4%), seguida da de 70 a 79 anos (33,8%) e 60 a 69 anos (18,8%).

Os idosos investigados apresentaram tempo de institucionalização predominantemente de um a

cinco anos (35,5%) ou seis a dez anos (33,8%). No que se refere ao estado civil, prevaleceu situação “atualmente solteiro” (61%), que inclui separados/divorciados e viúvos, seguido de “com companheiro” (23,7%) e “sempre solteiro” (15,3%). Cumpre esclarecer que em três instituições existem acomodações para casais.

Destacaram-se, entre os participantes, o analfabetismo (49,1%) e a baixa escolaridade (42,3% com ensino fundamental completo ou incompleto). Como principal atividade profissional exercida anteriormente, foram relatadas predominantemente trabalho doméstico (42,5%) e atividades rurais – lavrador (30,5%); 57

(96,8%) idosos referiram renda financeira variando de um a três salários mínimos.

Condições de saúde-doença

Os dados clínicos relacionados às condições de saúde-doença dos idosos institucionalizados nos dois momentos de avaliação encontram-se na tabela 1. Podemos perceber que, no seguimento de dois anos, houve entre os idosos incremento estatisticamente significativo de ocorrência de acidente vascular cerebral ($p = 0,031$) e outras doenças ($p = 0,031$), que incluem labirintite, epilepsia, cardiopatia, osteoporose, doença de Chagas, gastrite, dislipidemia e glaucoma.

Tabela 1 - Condições de saúde-doença de idosos institucionalizados em Goiânia (GO), no seguimento de 2005-2007.

Condições de saúde-doença	1ª Avaliação			2ª Avaliação			p ^a
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Doenças crônicas referidas							
Reumatismo							
Sim	20	33,9	22,1 – 47,4	22	37,3	25,0 – 50,9	0,687
Não	39	61,1	52,6 – 77,9	37	62,7	49,1 – 75,0	
Asma							
Sim	05	8,5	2,8 – 18,7	07	11,9	4,9 – 22,9	0,500
Não	54	91,5	81,3 – 97,2	52	88,1	77,1 – 95,1	
Hipertensão arterial							
Sim	34	57,6	44,1 – 70,4	33	55,9	42,4 – 68,8	0,999
Não	25	42,4	29,6 – 55,9	26	44,1	31,2 – 57,6	
Má circulação (varizes)							
Sim	23	39,0	26,5 – 52,6	20	33,9	22,1 – 47,4	0,629
Não	36	61,0	47,4 – 73,5	39	66,1	52,6 – 77,9	
Diabetes							
Sim	07	11,9	4,9 – 22,9	08	13,6	6,0 – 25,0	0,999
Não	52	88,1	77,1 – 95,1	51	86,4	75,0 – 94,0	
Obesidade							
Sim	13	22,0	12,3 – 34,7	14	23,7	13,6 – 36,6	0,999
Não	46	78,0	65,3 – 87,7	45	76,3	63,4 – 86,4	
História de acidente vascular cerebral prévio							
Sim	07	11,9	4,9 – 22,9	13	22,0	12,3 – 34,7	0,031
Não	52	88,1	77,1 – 95,1	46	78,0	65,3 – 87,7	
Incontinência urinária							
Sim	13	22,0	12,3 – 34,7	14	23,7	13,6 – 36,6	0,999
Não	46	78,0	65,3 – 87,7	45	76,3	63,4 – 86,4	

Tabela 1 - Condições de saúde-doença de idosos institucionalizados em Goiânia (GO), no seguimento de 2005-2007. (Continuação)

Condições de saúde-doença	1ª Avaliação			2ª Avaliação			p ^a
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Obstipação intestinal							
Sim	12	20,3	11,0 – 32,8	16	27,1	16,4 – 40,3	0,424
Não	47	79,7	67,2 – 89,0	43	72,9	59,7 – 83,6	
Insônia							
Sim	26	44,1	31,2 – 57,6	26	44,1	31,2 – 57,6	0,999
Não	33	55,9	42,4 – 68,8	33	55,9	42,4 – 68,8	
Catarata							
Sim	28	47,5	34,3 – 60,9	33	55,9	42,4 – 68,8	0,180
Não	31	52,5	39,1 – 65,7	26	44,1	31,2 – 57,6	
Problemas de coluna							
Sim	30	50,8	37,5 – 64,1	34	57,6	44,1 – 70,4	0,388
Não	29	49,2	35,9 – 62,5	25	42,4	29,6 – 55,9	
Anemia							
Sim	05	8,5	2,8 – 18,7	10	16,9	8,4 – 29,0	0,227
Não	54	91,5	81,3 – 97,2	49	83,1	71,0 – 91,6	
Outras doenças							

^a Teste de McNemar.

Aspectos motores

Entre os aspectos relacionados à avaliação motora, percebeu-se que houve evolução desfavorável em todos eles ao longo dos dois anos.

No entanto, houve diferença estatisticamente significativa apenas para o relato de dificuldade motora em membros superiores, com o dobro de ocorrência na segunda avaliação ($p = 0,007$), conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 - Aspectos motores e condições percepto-sensoriais de idosos institucionalizados em Goiânia (GO), no seguimento de 2005-2007.

Aspectos motores	1ª Avaliação			2ª Avaliação			p
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Dificuldade motora em membros superiores							
Sim	10	16,9	8,4 – 29,0	20	33,8	23,6 – 49,1	0,007 ^a
Não	49	83,1	71,0 – 91,6	39	66,2	50,9 – 76,4	
Dificuldade motora em membros inferiores							
Sim	27	45,7	32,7 – 59,2	35	59,3	45,7 – 71,9	0,077 ^a
Não	32	54,3	40,8 – 67,3	24	40,7	28,1 – 54,3	
Uso de dispositivos para auxílio da marcha							
Sim	07	11,9	4,9 – 22,9	10	17,0	8,4 – 29,0	0,375 ^a
Não	52	88,1	77,1 – 95,1	49	83,0	71,0 – 91,6	
Realização regular de exercícios físicos							
Sim	23	39,0	26,5 – 52,6	18	30,5	19,2 – 43,9	0,267 ^a
Não	36	61,0	47,4 – 73,5	41	69,5	56,1 – 80,8	
Condições percepto-sensoriais							
Déficits visuais							
Déficit corrigido com órtese	26	44,1	31,2 – 57,6	29	49,2	35,9 – 62,5	0,388 ^{a1}
Déficit não corrigido	22	37,3	25,0 – 50,9	15	25,4	15,0 – 38,4	
Sem déficit	11	18,6	9,7 – 30,9	15	25,4	15,0 – 38,4	
Déficits auditivos							
Déficit corrigido com órtese	-	-	-	01	1,7	0,0 – 9,1	0,549 ^{a1}
Déficit não corrigido	08	13,6	6,0 – 25,0	10	16,9	8,4 – 29,0	
Sem déficit	51	86,4	75,0 – 94,0	48	81,4	69,1 – 90,3	
Total	59	100		59	100		

^a Teste de McNemar.^{a1} Para análise estatística foram considerados apenas duas categorias: com déficit e sem déficit.

Condições percepto-sensoriais

Quanto às condições percepto-sensoriais dos idosos institucionalizados, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação. Destacamos, entretanto, a manutenção do déficit visual ao longo dos dois anos, pois 25,4% dos idosos ainda permaneciam com déficit não corrigido (tabela 2).

Medicações

Ao se avaliar o uso de medicamentos e grupos de fármacos utilizados, constatou-se, conforme

pode ser visto na tabela 3, que o número de idosos que utilizavam medicações de maneira regular não se alterou ao longo dos dois anos e mais da metade (56,9%) continuavam utilizando três ou mais medicações. Quanto aos grupos de fármacos em uso, as características permaneceram semelhantes, com exceção do uso de “antidepressivos”, que aumentou expressivamente ao longo dos dois anos, passando de 6,8% em 2005 para 18,6% em 2007 ($p = 0,039$).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos institucionalizados, em Goiânia (GO), no seguimento de 2005-2007, segundo o uso de medicamentos, o números de medicações e grupos de medicamentos.

Medicamentos	1ª Avaliação			2ª Avaliação			p ^a
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	
Uso de medicação regular							
Sim	52	88,1	77,1 – 95,1	52	88,1	77,1 – 95,1	0,999
Não	07	11,9	4,9 – 22,9	07	11,9	4,9 – 22,9	
Número de medicações							
0	07	11,9	4,9 – 22,9	07	12,1	5,0 – 23,3	< 0,01
01 a 02	21	35,6	23,6 – 49,1	18	31	19,5 – 44,5	
03 ou mais	31	52,5	39,1 – 65,7	33	56,9	43,2 – 69,8	
Grupos de medicamentos em uso							
Sedativos / ansiolíticos							
Sim	12	20,3	11,0 – 32,8	11	18,6	9,7 – 30,9	0,999
Não	47	79,7	67,2 – 89,0	48	81,4	69,1 – 90,3	
Antidepressivos							
Sim	04	6,8	1,9 – 16,5	11	18,6	9,7 – 30,9	0,039
Não	55	93,2	83,5 – 98,1	48	81,4	69,1 – 90,3	
Anticonvulsivantes							
Sim	06	10,2	3,8 – 20,8	07	11,9	4,9 – 22,9	0,999
Não	53	89,8	79,2 – 96,2	52	88,1	77,1 – 95,1	
Drogas cardiovasculares							
Sim	36	61,0	47,4 – 73,5	34	57,6	44,1 – 70,4	0,754
Não	23	39,0	26,5 – 52,6	25	42,4	29,6 – 55,9	
Antiinflamatórios não-esteróides							
Sim	05	8,5	2,8 – 18,7	05	8,5	2,8 – 18,7	0,999
Não	54	91,5	81,3 – 97,2	54	91,5	81,3 – 97,2	
Outros							
Sim	29	49,2	35,9 – 62,5	37	62,7	49,1 – 75,0	0,096
Não	30	50,8	37,5 – 64,1	22	37,3	25,0 – 50,9	
Total	59	100		59	100		

^a Teste de McNemar.

Aspectos psicoemocionais

Na primeira avaliação, em 2005, verificou-se que 40,7% apresentaram escores na escala de depressão geriátrica abreviada de Yesavage, indicativa de suspeita de depressão. Em 2007, este percentual passou para 44,1%, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,791$).

Habilidades funcionais - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs)

Em relação às ABVDs, de acordo com o que mostra a tabela 4, constatou-se que ao longo dos dois anos de seguimento houve diminuição no número de independências nestas atividades ($p = 0,017$). Na primeira avaliação, 94,9% dos idosos eram independentes para cinco a seis atividades, e na

segunda, 88,1% continuavam com este desempenho. A independência para o banho, vestuário, higiene íntima, transferências e controle dos esfíncteres diminuíram ao longo desse seguimento, verificando-se diferença estatisticamente significativa apenas para

a “independência na higiene íntima” ($p = 0,031$). A única ABVD em que os idosos apresentaram melhora foi a “independência na alimentação”, observando-se, na segunda avaliação, 100% dos idosos com independência.

Tabela 4 - Distribuição da capacidade para realização das atividades básicas da vida diária (ABVDs) de idosos institucionalizados, em Goiânia (GO), no seguimento de 2005-2007.

Atividades básicas de vida diárias (ABVDs)	1ª Avaliação			2ª Avaliação			p
	N	%	IC95%	n	%	IC95%	
Número de independências para ABVDs							
0 (zero)	-	-	-	-	-	-	0,013 ^b
01 a 02	-	-	-	05	8,5	2,8 – 18,7	
03 a 04	03	5,1	1,1 – 14,1	02	3,4	0,4 – 11,7	
05 a 06	56	94,9	85,9 – 98,9	52	88,1	77,1 – 95,1	
Independência no banho							
Sim	55	93,2	83,5 – 98,1	52	88,1	77,1 – 95,1	0,250 ^a
Não	04	6,8	1,9 – 16,5	07	11,9	4,9 – 22,9	
Independência no vestuário							
Sim	56	94,9	85,9 – 98,9	53	89,8	79,2 – 96,2	0,250 ^a
Não	03	5,1	1,1 – 14,1	06	10,2	3,8 – 20,8	
Independência na higiene pessoal							
Sim	59	100	100 – 100	53	89,8	79,2 – 96,2	0,031 ^a
Não	-	-	-	06	10,2	3,8 – 20,8	
Independência nas transferências							
Sim	59	100,0	100 – 100	55	93,2	83,5 – 98,1	0,125 ^a
Não	-	-	-	04	6,8	1,9 – 16,5	
Controle dos esfíncteres							
Sim	51	86,4	75,0 – 94,0	47	79,7	67,2 – 89,0	0,344 ^a
Não	08	13,6	6,0 – 25,0	12	20,3	11,0 – 32,8	
Independência na alimentação							
Sim	58	98,3	90,9 – 100	59	100	100 – 100	0,999 ^a
Não	01	1,7	0,0 – 9,1	-	-	-	
Total	59	100		59	100		

^a Teste de McNemar.

^b Teste de Homogeneidade Marginal.

DISCUSSÃO

As alterações orgânicas observadas no processo de envelhecimento favorecem a instalação de doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, diabetes mellitus e doenças pulmonares. A Organização Panamericana de Saúde estima que, em 2025, 85% da população brasileira acima de 60 anos apresentarão pelo menos uma patologia crônica.⁶

No Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem uma das principais causas de óbito, com taxa de mortalidade proporcional de 32,3%. Neste grupo de doenças, a doença cerebrovascular (DCV) é responsável por um terço das mortes, destacando-se o acidente vascular cerebral (AVC).⁷

A incapacidade funcional é uma das consequências da DCV, sendo que 31% dos vitimados por AVC necessitam de auxílio para executar as atividades de vida diária, 20% necessitam de ajuda para deambular e 16% necessitam de alguma forma de institucionalização após a intercorrência.⁸

O declínio no desempenho motor durante o processo de envelhecimento é manifestado pelo déficit de força muscular, que após a quinta década de vida, sofre taxa de redução em torno de 8 a 15% por década, o que pode levar o indivíduo à dependência funcional. Comprometimentos na função muscular associados à presença de doenças agudas ou crônicas, hospitalização, cirurgia e inatividade física podem acelerar o declínio da força muscular.⁹ A força de preensão manual é um indicador de força global e funcionalidade, sendo considerada um construto importante para a apreciação da autonomia dos idosos.¹⁰

Os déficits visuais levam à menor comunicação visual, dependência e restrição de mobilidade, inclusive levando à maior probabilidade de traumas em geral. Os distúrbios visuais, ao desencadarem maior dependência física, podem gerar também dificuldades nos aspectos psicoemocionais para os idosos.¹¹ A catarata, as alterações na retina e no nervo óptico e o glaucoma

são as principais causas do comprometimento visual entre os idosos. A maior parte das alterações visuais decorrentes do envelhecimento é inevitável; no entanto, podem receber uma abordagem preventiva, corretiva e curativa, sendo pelo menos adiadas.¹²

A prescrição de medicação em idosos é extremamente comum e o uso de múltiplos medicamentos é usual, sobretudo em pessoas com múltiplas condições crônicas.¹³ Os efeitos adversos das medicações são significativos entre os idosos, em consequência de alterações inerentes à senescência, com mudanças de padrões farmacocinéticos e farmacodinâmicos. O principal fator de risco para reações adversas a medicamentos é o número de medicamentos, independentemente de sua classe terapêutica e das doenças dos pacientes.¹⁴

Especialmente entre os idosos, deve-se evitar drogas que produzam ou potencializem efeitos anticolinérgicos, hipotensão postural, distúrbios do sistema de condução cardíaca e *delirium*, como é o caso dos antidepressivos. Sempre que possível, deve-se associar ao tratamento biológico a psicoterapia, visando a bons resultados e menos efeitos adversos aos medicamentos.¹⁵

A depressão é o mais frequente transtorno psiquiátrico na velhice. Fatores de risco para depressão na terceira idade são incapacidade física, distúrbios do sono e perda do cônjuge, ressaltando-se que a depressão consiste em fator de risco para demência e institucionalização.¹⁶ As causas de depressão no idoso envolvem um conjunto amplo de componentes, onde atuam fatores genéticos, doenças incapacitantes e eventos, como luto e abandono, entre outros, normalmente associados ao isolamento social.¹⁵

Estudos epidemiológicos indicam taxas de prevalência de depressão que variam de 1 a 16% entre idosos vivendo na comunidade; em indivíduos portadores de doenças clínicas essas taxas são ainda mais elevadas¹⁷ e em idosos que residem em instituições, podem chegar a 30%.¹⁸ A ocorrência de depressão em idosos institucionalizados é diferenciada, uma vez que

as rupturas e perdas no momento da institucionalização configuram-se de tal maneira que o direito de envelhecer com dignidade, respeito e autonomia tende a ser sublimado,¹⁹ podendo contribuir diretamente para este transtorno. Os sintomas depressivos são um fator de risco para o declínio funcional, especialmente no desempenho das AVDs, tal como foi demonstrado em estudos anteriores.^{20,21}

Os dados do presente estudo mostraram que houve diminuição no número de independência para as atividades básicas de vida diária no período investigado. O exame dessas atividades é fundamental em uma avaliação abrangente do idoso, constituindo um completo indicador de saúde que se relaciona diretamente com a qualidade de vida.

Existem poucos estudos longitudinais sobre o desempenho funcional nas AVDs por idosos brasileiros institucionalizados, o que torna limitada a possibilidade de estabelecer comparações.

Há de se considerar que mesmo diante do declínio funcional observado, neste estudo, grande parte da população se manteve independente para cinco a seis ABVDs nos dois momentos da investigação (94,9% e 88,1%, respectivamente). Embora a dificuldade para o desempenho nas ABVDs seja um dos motivos mencionados pela literatura para a institucionalização,²² este resultado nos leva-nos a refletir sobre as especificidades do fenômeno de institucionalização na cidade onde se realizou o presente estudo.

Os objetivos das ILPIs são: assistir ao idoso que não apresenta vínculo familiar ou não apresenta condições de manutenção de suas necessidades, como: moradia, alimentação, saúde e convivência social; e atender a idosos dependentes e/ou independentes em estado de vulnerabilidade social.²³

As principais dependências da velhice podem ser classificadas em três categorias: dependência estruturada, dependência física e dependência

comportamental. A dependência estruturada relaciona-se com a participação do indivíduo no processo produtivo – exemplo perda do trabalho e/ou aposentadoria. A dependência física é biologicamente induzida e se relaciona com a capacidade de realizar as atividades de vida diária, sendo precursora da dependência comportamental. A dependência comportamental é socialmente induzida e a mais temida pelos idosos.²⁴

Considerando este perfil de idosos que estão envelhecendo dentro de uma instituição, há de se pensar em estratégias para estimulá-los a se manter na condição de independência. Nas ILPIs, os funcionários envolvidos com o cuidado ao idoso precisariam estimular a atividade dos residentes na instituição, propiciando aos idosos a oportunidade de realizar as ações necessárias ao autocuidado.

O envelhecimento está associado a uma deterioração fisiológica de diferentes capacidades, como a força muscular, capacidade aeróbica, coordenação motora, equilíbrio, flexibilidade e marcha. Essas alterações podem resultar em uma série de desfechos negativos, incluindo as limitações funcionais²⁵ e, portanto, perda de independência. Devido à sua propensão à fragilidade, idosos que vivem em instituições de longa permanência têm um risco aumentado de potencializar estes desfechos.

Este é o primeiro estudo longitudinal realizado em instituições de longa permanência para idosos no Brasil de que se tem conhecimento. Em conclusão, por meio dele, verificou-se o declínio da saúde, de forma estatisticamente significativa, mediante análise das variáveis: ocorrência de acidente vascular cerebral, outras doenças, dificuldade motora em membros superiores, aumento do uso de antidepressivos e diminuição no número de independências para atividades de vida diária (com destaque para higiene pessoal).

Ressalta-se que, em virtude dos critérios de inclusão, os participantes apresentavam as

melhores condições de saúde em relação ao contingente total de idosos institucionalizados, o que pode constituir em limitação da presente pesquisa. Mesmo assim, apresentaram evolução desfavorável nos aspectos anteriormente citados, caracterizando a situação de vulnerabilidade funcional.

A partir dos dados obtidos, podemos indicar a necessidade de intervenções voltadas para a saúde do idoso, a começar por uma abordagem multidimensional que somente é possível mediante a presença de uma equipe profissional de saúde interdisciplinar, com foco na promoção e manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Confort A. The biology of senescence. 3.ed. New York : Elsevier; 1979. p. 27-42.
2. Born T. Cuidado com idoso em instituição. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p.403-14.
3. Creutzberg M , et al. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem 2007;15(6):1144-49.
4. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) : versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57(2):421-26.
5. Freitas EV, Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 900-9.
6. Organização Panamericana de saúde (OPAS). Instituto Nacional de Envejecimiento. Envejecimiento em las Américas: proyecciones para el siglo XXI. 1998.[Acesso em mar 2009] Disponível em: < <http://www.census.gov/ipc/prod/ageams.pdf> > .
7. Pires SL, Gagliard RJ, Gorzoni ML. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. Arq Neuropsiquiatr 2004; 62(3):844-51.
8. Py MO. Doenças cérebro-vasculares. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 333-47.
9. Kauffman TL. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
10. Geraldés Amandio AR, et al. A força de apreensão manual é boa preditora do desempenho funcional de idosos frágeis: um estudo correlacional múltiplo. Rev Bras Med Esporte 2008;14(1):12-16.
11. West S, Sommer A. Prevention of blindness and priorities for the future. Bull World Health Organ 2001;79(3):244-8.
12. Xavier F, et al. Elderly people's definition of quality of life. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(1):31-9.
13. U. S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention. Patterns of prescription drug use in the United States, 1988–94. 2008. [Acesso em out 2008]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/databriefs/preuse.pdf>. Acesso em: outubro de 2008.
14. Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. Rev Saúde Pública 2007;41(6):1049-53.
15. Stella F, et al. Depressão no Idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz 2002;8(3):91-8.
16. Stoppe G. Depression in old age. BGG 2008;51(4):406-10.
17. Siqueira GR, et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciênc saúde coletiva 2009;14(1): 253-59.
18. Pamerlee PA, Katz IR, Lawton MP. Depression among institutionalized aged: assessment and prevalence estimation. J Gerontol 1989;44(1):22-9.
19. Ferreira J, Clos MB. Serviço social e terapia ocupacional: trabalho interdisciplinar no combate à depressão em uma instituição de longa permanência para idosos. 2008.[Acesso em out 2008]. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1593.htm>.
20. Lenze EJ, et al. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the Cardiovascular Health Study. J Am Geriatr Soc 2005;53(4):569-75.
21. Penninx BW, et al. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. Am J Public Health 1999; 89(9):1346-52.

22. Kane RA, Kane RL. Long-term care: principles, programs, and policies. New York: Springer, 1987 .p.422.
23. Senado Federal (BR). Lei n. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília : Senado Federal; 1997.
24. Araújo MOPH; Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3):378-85.
25. Buchner DM; et al. Evidence for a non-linear relationship between leg strength and gait speed. *Age Ageing* 1996; 2(5):386-91.

Recebido: 20/10/2010

Aprovado: 02/3/2011