
Perfil sócio demográfico de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer

Sociodemographic profile of institutionalized elderly with and without Alzheimer's disease

Lucas Lima Ferreira¹, Tais Cristina Cochito², Flaviana de Caíres³, Lais Passos Marcondes⁴, Paulo César Balade Saad⁵

¹Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Presidente Prudente-SP, Brasil; ²Programa de Residência multiprofissional em Reabilitação Física de Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP, Brasil; ³Fisioterapeuta, São José do Rio Preto-SP, Brasil; ⁴Curso de Fisiologia e Biomecânica do Exercício Físico da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP, Brasil; ⁵Curso de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Comparar o perfil sócio demográfico de idosos institucionalizados com e sem a doença de Alzheimer (DA). **Métodos** – Estudo transversal do qual participaram 201 idosos residentes em quatro instituições de longa permanência (ILP) públicas, divididos em grupo experimental (GE) com 20 idosos portadores de DA e grupo controle (GC) com 181 idosos sem a doença. Foram obtidos os dados sócio demográficos sexo, idade e tempo de institucionalização e descrita a prevalência de doenças crônicas. **Resultados** – A maioria dos residentes era do gênero feminino em ambos os grupos, o GE apresentou maior idade ($p=0,002$) e menor tempo de institucionalização ($p=0,01$) nas ILP. A doença de maior prevalência foi a hipertensão arterial sistêmica (46%). **Conclusão** – Os idosos institucionalizados portadores de DA apresentam idade mais avançada e menos tempo de permanência que os idosos residentes nas ILP sem a doença.

Descritores: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Saúde do idoso; Doença de Alzheimer.

Abstract

Objective – To compare the sociodemographic profile of institutionalized elderly with and without Alzheimer's disease (AD). **Methods** – Cross-sectional study which involved 201 elderly residents in four long-term institutions (ILP) public, divided into an experimental group (EG) of 20 elderly patients with AD and control group (CG) with 181 older people without the disease. Sociodemographic gender, age and length of institutionalization and described the prevalence of chronic disease data were obtained. **Results** – The majority of residents were female in both groups, the SG had higher age ($p=0.002$) and shorter duration of institutionalization ($p=0.01$) in the ILP. The disease most prevalent was hypertension (46%). **Conclusion** – The institutionalized elderly patients with AD have older and less time remaining than the elderly residents in the ILP without the disease.

Descriptors: Age; Institution Long Term Elderly; Elderly health; Alzheimer's disease

Introdução

O envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios à saúde pública, principalmente em países onde há situações de pobreza e grande desigualdade social¹⁻². O aumento na proporção de idosos com incapacidade e fragilizados, a redução da disponibilidade de cuidado familiar, assim como a inexistência de serviços de apoio social e de saúde, o alto custo do cuidado domiciliar, moradias com espaço físico reduzido e estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso são considerados fatores de risco para a institucionalização³⁻⁴.

A tendência é o aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPI) no Brasil, embora as políticas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso^{3,5}. Entretanto, residir em uma ILPI leva a um restabelecimento da vida na sua integralidade, o que, para quem vivencia o envelhecimento pode ser um evento por demais complexo⁵⁻⁶.

A sensação de desamparo muitas vezes desencadeada pela institucionalização pode gerar um comportamento dependente em diferentes graus, devido à dificuldade na aceitação e adaptação das novas condições de vida,

sendo comuns a desmotivação e o desencorajamento⁷⁻⁸. Podem ocorrer também situações em que os cuidados estimulem a dependência, pois são realizadas ações que os idosos poderiam desempenhar⁷⁻⁸.

A longevidade da população mundial trouxe à tona doenças de natureza crônica. Dentre essas doenças degenerativas destacam-se as alterações cardiovasculares e as demências, como a doença de Alzheimer (DA)⁹⁻¹⁰. Esse tipo de demência provoca a atrofia do tecido cerebral, e representa a 4ª causa de óbito na América do Norte dentre idosos de 75 a 84 anos¹¹⁻¹³.

Estudos recentes¹⁴⁻¹⁵ apontaram que a DA tem particular importância devido às limitações que impõe ao doente, agravando todas aquelas perdas já esperadas com o envelhecimento como a perda progressiva das habilidades de raciocinar e memorizar, afeta as áreas cerebrais relacionadas à linguagem, produz alterações de comportamento e a capacidade da pessoa para cuidar de si mesma, produzindo grande dependência.

Nesse contexto, entendendo a institucionalização como um dos possíveis fatores que podem agravar as perdas físicas e funcionais do envelhecimento, especialmente em indivíduos portadores de DA, a presente

investigação teve como objetivo comparar o perfil sócio-demográfico de idosos institucionalizados com e sem a doença de Alzheimer.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 201 idosos residentes em quatro instituições públicas de uma cidade de grande porte do interior do Estado de São Paulo, divididos em dois grupos: grupo experimental (GE) composto pelos idosos portadores de DA e grupo controle (GC) formado pelos residentes que não possuíam a doença. A diferença no tamanho amostral dos grupos se deveu a baixa prevalência de idosos com DA nas instituições analisadas.

Os critérios de inclusão para participar do estudo foram ter idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram: pacientes impossibilitados de se comunicar verbalmente, os que se recusassem a participar ou não aceitassem assinar o termo de consentimento, os idosos que estavam hospitalizados durante o período de coleta de dados e os residentes que apresentaram idade inferior a 60 anos.

Foi delineada a caracterização da população por meio dos dados sócio-demográficos como sexo, idade, tempo de institucionalização e a analisada a prevalência de doenças crônicas, obtidas pela ficha institucional do idoso. Foi utilizado como critério para confirmação da presença da DA, laudo ou diagnóstico médico anexado ao prontuário do idoso, constante da ficha institucional.

Para caracterização da população foi utilizado o método estatístico descritivo e os resultados foram apresentados em valores de média desvio-padrão, números absolutos e percentuais. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *KolmogorovSmimov*. Para comparação dos dados sócio-demográficos sexo e tempo de institucionalização entre os grupos GE e GC foi aplicado o teste *t* de *Student* para dados não pareados ou o teste de *Mann-Whitney*, dependendo da normalidade dos dados. Diferenças nesses testes foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de *p* foi menor que 5% ($p < 0,05$). O programa estatístico utilizado foi o Software GraphPadInStatversion 2.00.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob parecer nº 141/2009. Os idosos investigados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e as instituições assinaram um termo de anuência, concordando com a realização do estudo.

Resultados

Foram avaliados 201 idosos, dos quais 20 eram portadores de DA e formaram o GE, enquanto 181 não tinham diagnóstico médico da doença e compuseram o GC.

Os dados sociodemográficos evidenciaram que a maioria dos idosos era do sexo feminino em ambos os grupos e que houve diferença estatisticamente significativa para idade ($p=0,002$) e tempo de institucionalização

($p = 0,01$), onde o GE apresentou maior idade e menor tempo de permanência nas ILPI (Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio demográficas dos idosos institucionalizados.

Variáveis	GE	GC	p-valor
Sexo	08	84	
Feminino	12	97	
Idade (em anos)	81,8±8,79	75,7±8,35	0,0026*
Tempo de institucionalização (em meses)	32,60±27,35	89,11±102,21	0,0174[†]

GE = grupo experimental; GC = grupo controle; *teste *t* não pareado; [†]teste de Mann-Whitney.

Em relação à presença de doenças crônicas, foram identificadas doenças dos sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, digestório, neurológico, metabólico, distúrbios psiquiátricos, entre outros, sendo que estas doenças não foram analisadas por grupos, e sim analisando a amostra (201 idosos) do total. A doença de maior prevalência (46%) foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS) conforme o Gráfico 1.

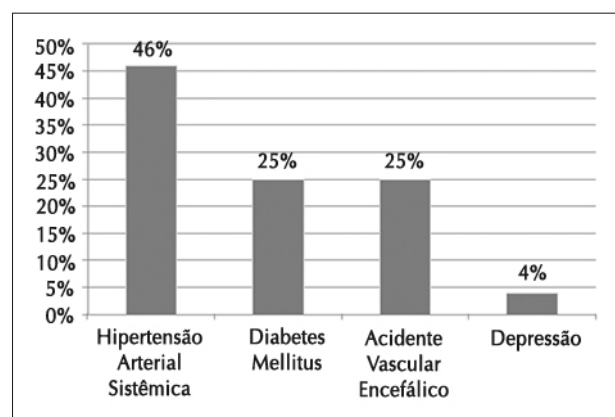


Gráfico 1. Prevalência de doenças crônicas nos idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer.

Discussão

O presente estudo verificou que a maioria dos idosos institucionalizados é do sexo feminino, e que os idosos com DA apresentam idade mais avançada e menos tempo de permanência em comparação com os idosos institucionalizados sem a doença. Associado a isto, verificou-se maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica, como co-morbidade na população estudada.

Os resultados apresentados no presente estudo demonstram um predomínio do sexo feminino entre os idosos institucionalizados, dados similares aos verificados em estudo recente¹ que analisou o perfil sociodemográfico e funcional de idosos institucionalizados em quatro ILPI. Também pode-se observar a similaridade com o estudo de Ferreira e Yoshitome¹⁶, onde 84% dos residentes da ILPI analisada eram do sexo feminino.

A predominância do gênero feminino é possivelmente justificada pela atual feminização da velhice, decorrente

da maior expectativa de vida da mulher no Brasil¹⁷. A institucionalização parece ser em grande medida uma questão feminina, constatada também em outros estudos, que revelam ter ocorrido um acentuado aumento nas taxas de institucionalização de idosas^{7,18-19}.

Constatou-se que os idosos do GE possuíam idade mais avançada em comparação aos do GC. Além disso, entre os idosos do GE, a maioria estava na faixa etária entre 81 a 90 anos, caracterizando um perfil de idosos longevos. Esses resultados chamam a atenção, pois, de acordo com dados da literatura²⁰, idosos com DA apresentam declínio nas habilidades de atividades de vida diárias instrumentais (AVDI) já no estágio leve da doença, com comprometimento em atividades de vida diárias (AVD) básicas somente ocorrendo posteriormente. No estágio inicial da DA, pacientes são capazes de realizar as AVD²¹. O declínio nas AVD não é evidente até a fase moderada e grave²². Esses dados indicam que os idosos institucionalizados do GE possivelmente apresentam maior declínio funcional em comparação aos seus pares, sem a doença, com o agravamento do fator idade sobre esse declínio.

Em relação ao tempo de institucionalização, pode-se verificar que os idosos com DA (GE) apresentavam menor tempo de residência nas ILPI em comparação aos idosos sem a doença (GC). Não foram encontrados estudos que compararam o tempo de permanência de idosos com e sem DA em ILPI, o que torna inviável possíveis comparações. Contudo, o tempo médio de institucionalização de ambos os grupos foi de 60,85 meses, dados similares a um estudo realizado numa ILPI do sul do país²³. Algumas inferências sobre esses resultados apontam para medidas preventivas, especialmente no grupo de idosos com DA, pois, se estão institucionalizados a menos tempo, podem estar ainda no estágio inicial da doença, o que favorece uma atuação que atenua as perdas esperadas.

No que tange às doenças crônicas, observou-se maior prevalência para a HAS, levando-se em conta todos os idosos analisados, sem separação por grupos. Tais dados são semelhantes aos achados da literatura atual²⁴⁻²⁶. A prevalência de doenças crônicas tem causado um crescimento nas incapacidades física e/ou mental entre os idosos, além de ser um risco para a qualidade de vida desses indivíduos².

Outro estudo relevante²⁷ comparou as funções cognitivas e funcionais de idosos institucionalizados com e sem DA, separando os portadores da doença segundo seu estadiamento. Os autores verificaram que houve maior perda de independência para realização das AVD nos grupos que apresentavam a doença, sendo essa perda mais linear conforme a fase de evolução da patologia, em comparação ao grupo controle. Esses dados demonstram mais um componente que pode ser gravemente comprometido em idosos portadores de DA, principalmente no caso da institucionalização.

Exercícios físicos podem ser usados como estratégia preventiva, já que alguns estudos mostram que a prática regular é importante para manter o equilíbrio, a força e a cognição em pacientes com DA²⁸⁻²⁹. Além disso, exer-

cício está associado com menor prevalência e incidência de demência (32%), bem como de declínio cognitivo²⁹. Estudos mostraram que um programa de exercícios generalizados (resistência, mobilidade e coordenação) pode diminuir a deterioração no desempenho das AVD significativamente, aumentando a CF global e a habilidade para desempenhar as AVD²⁸.

Os achados do presente estudo são de grande relevância, uma vez que, de nosso conhecimento este é o primeiro trabalho nacional que comparou dados sócio-demográficos de idosos institucionalizados com e sem DA, fato que merece destaque, pois já está bem estabelecido na literatura que idosos asilados apresentam maiores déficits funcionais que os não asilados, porém, o impacto da institucionalização nos pacientes que apresentam a DA não está adequadamente estabelecido.

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem ser destacadas. O fato de o estudo ser de corte transversal não permite que se estabeleça uma relação de causa e efeito entre os dados sócio-demográficos observados nos idosos com e sem DA. Outro fator relevante é o não delimitamento do estadiamento da patologia para os idosos portadores de DA inclusos. Além disso, o tamanho da amostra do grupo experimental pode ter influenciado nos resultados.

Conclusão

A maioria dos sujeitos deste estudo era do sexo feminino, os idosos portadores da doença de Alzheimer eram mais longevos e residiam nas instituições de longa permanência para idosos a menos tempo que os que não possuíam a doença. A hipertensão arterial sistêmica foi a doença crônica de mais prevalente.

Referências

1. Ferreira LL, Cochito TC, Caires F, Marcondes LP, Saad PCB. Perfil sócio-demográfico e funcional de idosos institucionalizados. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2012;17(2):373-86
2. Torres GV, Reis LA, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *ArqNeuro-Psiquiatr*. 2010;68(1):39-43.
3. Rechinckas RA, Singer HK, Repetz NK. Cognitive status and ambulation in geriatric rehabilitation: walking without thinking? *Arch PhysMedRehabil*. 2000;81:1224-28.
4. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.
5. Bessa MEP, Silva MJ. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto Contexto. Enferm*. 2008;17(2):258-65.
6. Almeida L, Quintão S. Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal. *Acta Med Port*. 2012;25(6):350-8.
7. Araújo MO, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):378-85.
8. Secker J, Hill R, Villeneuve L, Parkman S. Concept forum promoting independence: but promoting what and how? *Ageing Soc*. 2003;23(3):375-91.

9. Wattmo C, Paulsson E, Minthton L, Londos E. A longitudinal study of risk factors for community-based help services in Alzheimer's disease: the influence of cholinesterase inhibitor therapy. *Clin Interv Aging*. 2013;8:329-39.
10. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Est Pop*. 2006;23(1):5-26.
11. Aphahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Rev Bras Clin Med*. 2009;7(6):27-35.
12. Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet*. 2002;360:1759-66.
13. Castro PR, Frank AA. Miniavaliação nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2009;14(1):45-64.
14. Nascimento CM, Ayan C, Cancela JM, Gobbi LT, Gobbi S, Stella F. Effect of a multimodal exercise program on sleep disturbances and instrumental activities of daily living performance on Parkinson's and Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(2):259-66.
15. Dao AT, Zagaar MA, Levine AT, Salim S, Eriksen JL, Alkadhi KA. Treadmill exercise prevents learning and memory impairment in Alzheimer's disease-like pathology. *Curr Alzheimer Res*. 2013;10(5):507-15.
16. Ferreira DC, Yoshitome AY. Prevalence and features of falls of institutionalized elders. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(6):991-7.
17. Aires M, Paz AA, Perosa CT. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(3):492-9.
18. Souza DMST, Santos VLCC. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(5):958-64.
19. Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
20. Holtzer R, Wegesin DJ, Albert SM, Marder K, Bell K, Albert M, *et al*. The rate of cognitive decline and risk of reaching clinical milestones in Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 2003;60:1137-42.
21. Hall JR, Vo HT, Johnson LA, Barber RC, O'Bryant SE. The link between cognitive measures and ADLs and IADL functioning in mild Alzheimer's: what has gender got to do with it? *Int J Alzheimer's Dis*. 2011;(2011):1-6.
22. Scherder E, Eggermont L, Swaab D, Van Heuvelen M, Kamsma Y, de Greef M, *et al*. Gait in ageing and associated dementias; its relationship with cognition. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007;31(4):485-97.
23. Guedes JM, Silveira RCR. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo, RS. *Rev Bras Cienc Envelhecim Hum*. 2004;1(2):10-21.
24. Van denBussche H, Koller D, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, Glaeske J, *et al*. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*. 2011;11(101):1-9.
25. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira ÉA, BACHION MM, Souza MR. Functional capacity, socioeconomic condition and of health of elderly assisted family health teams in Goiania (GO, Brazil). *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(6):2887-98.
26. Pelegrin AKAP, Araújo JÁ, Costa LC, Cyrillo RMZ, Rosset I. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(4):182-88.
27. Zidan M, Arcoverde A, Araújo NB, Vasques P, Rios A, Laks J, *et al*. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. *Rev Psiq Clín*. 2012;39(5):161-5.
28. Arcoverde C, Deslandes A, Araújo N, Laks J. Ejercicio físico y demência mixta: un caso clínico. *Psicogeriatría*. 2011;3(2):93-6.
29. Larson EB, Wang L, Bowen JD. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Ann Intern Med*. 2006;144(2):73-81.

Endereço para correspondência:

Lucas Lima Ferreira
Av. Salustiano Luis Marques, 681/1 – Vila Maron
General Salgado-SP, CEP 15300-000
Brasil

E-mail: lucaslim21@hotmail.com

Recebido em 26/12/2013
Aceito em 13/6/2014