

Caracterização da população de idosos institucionalizados com doença de Alzheimer*

Old-aged characterization and institutionalization of Alzheimer sickness

Giseli Roberti**
Gisleine Leila Martins Tengler Ribeiro***
Maria das Dores Andrade**
Joceli Ferreira Mendes**
Flavio Moreira Alves**
Marcos Fabiano José**

Resumo

Introdução – A doença de Alzheimer tem aumentado sua prevalência mundial. Este trabalho tem como objetivo caracterizar os idosos institucionalizados com doença de Alzheimer. **Material e Método** – Este estudo é de caráter exploratório, prospectivo e não experimental, com corte transversal. Ele foi realizado em instituições asilares, duas privadas e duas filantrópicas em cidades do Estado de São Paulo. Foram estudados 36 idosos, no período de agosto a setembro de 2006. **Resultados** – Os resultados apresentam o idoso com doença de Alzheimer com necessidades especiais de cuidado e assistência de enfermagem diferenciados dos demais indivíduos. **Conclusão** – Formação e educação permanente dos profissionais de enfermagem específicos para o atendimento de idoso com doença de Alzheimer institucionalizado.

Palavras-chave: Idoso; Institucionalização; Envelhecimento; Doença de Alzheimer

Abstract

Introduction – The Alzheimer disease has been growing the prevalent in the world. The objective of this study was to characterize the older people identified with Alzheimer disease. **Material and Method** – This is an exploratory study, prospective and non experimental, with strong transversal view and was conducted in "old-aged institutions", two of them private and two non-profitable in the São Paulo state. Were analyzed 36 elders, from August to September of 2006. **Results** – The results demonstrated that the old-aged characterized with Alzheimer disease requires special care and nursery assistance differentiated from other patients. **Conclusion** – Training and continuing education for professionals with specific content of nursing care for the elderly, institutionalized with Alzheimer's disease.

Key words: Aged; Institutionalization; Aging; Alzheimer disease

Introdução

A doença de Alzheimer (DA) tem aumentado sua prevalência mundial, junto com as demências. Ela é uma doença neurodegenerativa, progressiva, heterogênea nos seus aspectos etiológicos, clínico e neuropatológico⁰.

Com o envelhecimento da população mundial, em especial dos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, os transtornos mentais sofrem influência da mudança populacional tornando mais freqüentes entre os idosos.

Em estudo realizado por Jorm *et al.*² (1987), revisando literatura, conseguiram observar que a prevalência de demência dobrava a cada cinco anos de aumento da faixa etária, porém a distribuição se apresentava de forma diferente em diversos países. Neste trabalho, após estudar 1.600 artigos, foram avaliados 38 artigos com distribuição geográfica,

inclusive do Brasil.

A prevalência de demência no Brasil foi de 7,1% com média de idade acima de 65 anos numa amostra de 1.660 indivíduos e foi realizada por Herrera Jr. *et al.*⁵ (1998).

O que torna o estudo de Jorm interessante é o fato de que em todas as regiões pesquisadas, a doença de Alzheimer foi mais prevalente do que as demências vasculares, em especial no Brasil, "que apresentou resultado duas a três vezes maiores do que as outras regiões"⁸.

O autor discute a necessidade de se estudar melhor os tipos etiológicos de demência, uma vez que em centenários, a relação acentuada entre DA/DV, indica maior influência da idade sobre os casos de DA.

A caracterização dos idosos institucionalizados com DA permite definir o papel do enfermeiro na atuação pela melhora da qualidade de vida dos mesmos¹².

* Parte integrante do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP), 2006.

** Graduandos do Curso de Enfermagem da UNIP. E-mail: groberti@uol.com.br

*** Enfermeira da Seção Hospitalar do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Gerontologia.

Por ser uma doença que atinge uma parte significativa de nossa população, entende-se que estudos criteriosos devem ser desenvolvidos para facilitar o cuidado com os indivíduos portadores da mesma.

Material e Método

Este estudo é de caráter exploratório, prospectivo e não experimental, com corte transversal e tem como objetivo caracterizar os idosos institucionalizados com doença de Alzheimer, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista – UNIP.

Realizou-se a pesquisa em quatro instituições, sendo duas de caráter beneficente-filantrópico e duas de caráter privado, em diferentes cidades do Estado de São Paulo.

As quatro instituições compunham um total de 235 idosos institucionalizados. Destes, foram entrevistados 36 pacientes idosos (15,32%) sabidamente portadores de doença de Alzheimer com diagnóstico já realizado antes ou durante seu asilamento (Gráfico 1).

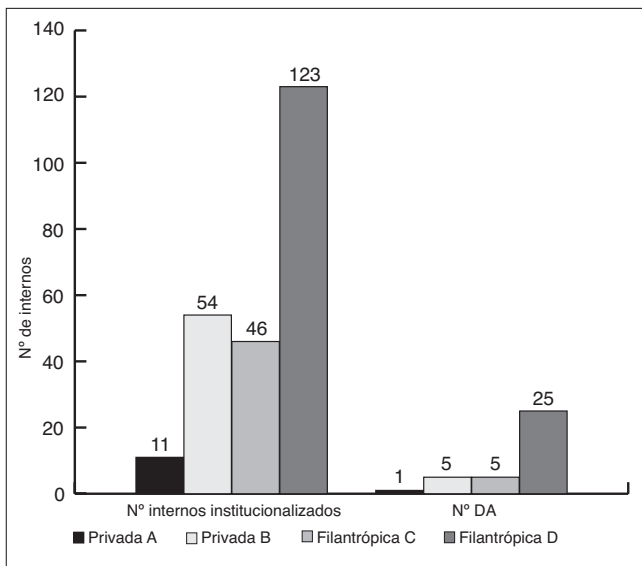


Gráfico 1. Distribuição do nº total de internos nas Instituições e destes, o nº de idosos institucionalizados com DA que submeteram ao inquérito. Campinas, 2006

A participação foi voluntária, tendo como critérios de inclusão ser indivíduos de ambos os sexos, com idade igual e superior a 60 anos e que assinassem o consentimento livre e informado, ou na impossibilidade o responsável assinasse por ele. Como critério de exclusão, ter sido admitidos na instituição há menos de 15 dias do início da coleta de dados.

Para a coleta de dados foram utilizados dois inquéritos descritos em formulário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas cujos dados pretendiam caracterizar os idosos institucionalizados.

Os idosos foram entrevistados em ambiente privativo

evitando interrupções e interferências, pelos próprios pesquisadores no período de agosto a setembro de 2006.

Foram utilizadas análises estatísticas e análise de conteúdo para poder caracterizar o idoso institucionalizado com DA.

O sigilo e o anonimato foram respeitados, e para tanto, foram utilizadas siglas para identificação dos indivíduos pesquisados.

Os pacientes submetidos que fizeram parte de cada amostra não sofreram danos com a pesquisa. Os benefícios foram traduzidos em conhecimento e oportunamente divulgados para a população estudada.

Resultados e Discussão

Do número total de idosos institucionalizados com DA, 69% eram do sexo feminino e 31% eram do sexo masculino. Esta tendência de predomínio do sexo feminino na ocorrência de demências é decorrente da distribuição dos casos de DA em ambos os sexos⁸. Entretanto, no estudo de prevalência, não se pode afirmar que as mulheres possuem risco aumentado para o desenvolvimento da DA. Em função do aumento da expectativa de vida das mulheres, a ocorrência de DA especificamente neste gênero pode estar aumentada, sem necessariamente estar ligada ao fato desta ser do sexo feminino⁴.

Com relação à faixa etária, 61% dos idosos tinham idade entre 60 e 84 anos (idosos jovens); 25% tinham mais que 85 anos (idosos velhos) e 14% deles não conseguiram responder.

No estudo de Lopes e Bottino⁹ (2002) observou-se que “parece existir tendência a uma aproximação das taxas de prevalência geral de demência acima dos 65 anos em todo o mundo”, taxas que variam de 4,2% a 7,2%. Neste mesmo estudo, os autores referem sobre a relação entre doença de Alzheimer e demência vascular (DV), apresentando que a DA foi mais prevalente do que a DV em todas as regiões pesquisadas, de forma especial, em estudo realizado por Herrera Jr⁵ (1998), no Brasil, o resultado apresentou-se “duas a três vezes maiores do que em outras regiões”.

Com relação ao estado civil 48% eram viúvos, 28% eram solteiros, 8% eram casados, 3% amasiados, 3% divorciados e 8% não responderam.

Os idosos apresentaram os seguintes níveis de escolaridade: 44,44% primário incompleto; 27,77% analfabetos; 2,77% ginásio incompleto, 8,33% ginásio completo, 5,55% faculdade incompleta 2,77% faculdade completa, 2,77% não conseguiu terminar o exame e 5,55% não responderam.

Quando da aplicação do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), que utilizou-se como *screening* das condições demenciais dos indivíduos institucionalizados, observou-se na Tabela 1, uma variação muito grande nos dados encontrados.

O MEEM é composto de sete categorias: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos),

Tabela 1. Mini Exame do Estado Mental. Campinas, 2006

Nível de escolaridade	Mini Mental	Idade																Não respondeu	
		62	66	67	70	72	74	75	78	80	82	83	84	85	86	87	90		92
1 – Analfabeto	8																		1
	9																	1	
	10			1															
	11																		1
	12													1					
	14											1							
	15									1					1				
	16																		1
	18	1																	
2 – Primário	7							1											
	10										1								
	12														1	1			
	16										1	1		1					
	18											1							
	19							1											
	20							1											
	21								1										
	22				1														
	24																	1	
	25																1		
	26			1															
	28					1													
3 – Ginásio incompleto	10								1										
4 – Ginásio completo	14											1		1					
	21									1									
5 – Faculdade incompleta	11												1						
	18														1				
6 – Faculdade completa	15														1				
7 – Não respondeu	0																	2	
8 – Não terminou	6																	1	

registro de 3 palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O ponto de corte de 23/24 pontos foi encontrado por Tombaugh e McIntyre¹³ (1992), como tendo boa a excelente sensibilidade e especificidade ao se diagnosticar demências.

No Brasil, o MEEM foi usado por Bertolucci *et al.*² (1994), foi proposto com utilização de pontos de cortes diferentes de acordo com a escolaridade, portanto, seriam usados para analfabetos 13 pontos, para escolaridade baixa e média 18 pontos, e para alta escolaridade, 26 pontos.

O MEEM não era o objetivo principal do estudo, foi realizado para poder caracterizar de forma mais detalhada esta amostra, porém se tornou um item relevante, cujos

resultados obtidos, se apresentaram bastante diversificados entre idade e nível de escolaridade com relação ao valor do exame. Por não ter encontrado estudos comparativos e de característica semelhantes, estes dados deverão ainda ser objeto de aprofundamento.

Antes da institucionalização os idosos tinham as seguintes residências: 36% residiam em Campinas; 28% residiam em outras cidades do Estado de São Paulo; 28% residiam em outros Estados e 8% não responderam.

Com relação ao tempo de institucionalização, nas quatro instituições pesquisadas, 37% eram institucionalizados há menos de 2 anos; três a sete anos, 25% da nossa amostra, 3% há oito anos; 3% há doze anos; 3% há 15 anos, 3% há vinte e quatro anos, um total de 12% e 14% não responderam.

Em estudo realizado por Monteiro *et al.*¹¹ (2001) os autores encontraram em amostra de uma única instituição, onde foram entrevistados nove idosos, que os mesmos se encontravam há menos de dois anos, cinco idosos (55,55%), cinco a sete anos, dois idosos (22,22%), e acima de 13 anos de moradia, dois idosos (22,22%), amostra portanto semelhante a que foi encontrada.

Quanto à percepção salarial, 72% dos idosos recebem um salário mínimo; 8% dois salários mínimos; 6% quatro salários mínimos; 3% três salários mínimos, 3% 0 salários mínimos e 8% não responderam. Entende-se que o alto percentual de baixos salários, está diretamente relacionado ao nível de escolaridade e profissão exercida anteriormente à institucionalização. Parte destes recursos é utilizada para o sustento dos idosos em suas respectivas instituições quando as mesmas são de caráter filantrópico. Quando o caráter da instituição é privado, estes recursos financeiros são administrados pelos seus responsáveis.

Quanto ao recebimento de visitas, 70% dos idosos disseram que recebem visitas; 22% disseram que não recebem visitas e 8% não responderam. Com relação ao tipo de visitas: 58% referem receber visitas de familiares; 17% recebem visitas de amigos; 14% recebem visitas de membros de instituições e associações, 3% recebem visitas de companheiro e 8% não responderam. A alteração do número de visitas com o passar do tempo desde a institucionalização se deu da seguinte forma: 42% dos idosos alteraram o número de visitas; 30% não alteraram o número de visitas; 14% não sabem e 14% não responderam. Dos idosos que responderam que houve alteração no número de visitas recebidas, 45% disseram que diminuiu o número de visitas; 22% não responderam; 14% disseram que aumentou o número de visitas e 19% não souberam.

Entende-se que a institucionalização vem a partir das necessidades do cuidador em dividir ou transferir a responsabilidade pelos cuidados que o portador de DA vai necessitando no decorrer da evolução da doença. O impacto familiar e social, bem como a carga que sobrevêm ao cuidador de idosos, em especial com DA pode desestruturar os laços afetivos, bem como impor maiores custos. O conjunto de dificuldades inclui tarefas de higiene, cuidados com alimentação, cuidado com as eliminações, cuidado do ambiente e da infra-estrutura, cuidados com o tratamento e o apoio emocional, cuidados com o transporte do idoso e com a questão financeira^{1,3,9}.

Em estudo sobre a relação entre a severidade da doença de Alzheimer e os custos do cuidado, do Canadian Study of Health and Aging, foi utilizado o MEEM para mensurá-los. Os idosos canadenses que apresentavam Alzheimer leve (com MEEM de 21-26 pontos) tiveram um custo estimado de \$ 9.451 dólares; os que apresentavam Alzheimer de leve a moderado (com MEEM de 15-20 pontos) tiveram custo estimado de \$16.054 dólares; os que apresentavam Alzheimer moderado (com MEEM de 10-14 pontos) tiveram custo estimado de \$ 25.724 dólares e os que apresentavam Alzheimer severo (com MEEM menor que 10 pontos)

tiveram custo estimado de \$ 36.794 dólares. Estes custos levaram em conta o uso de Nursing Home, medicações, serviços de suporte comunitário para os cuidados e o tempo de cuidado. Em caso de institucionalização, este é um componente que eleva o custo em mais 84%, para os idosos com doença de Alzheimer severa¹³. No Brasil, não existe um sistema semelhante ao Nursing Home tanto canadense como americano. Os idosos vão diretamente às instituições quando seus familiares não podem, não querem ou não conseguem exercer o papel de cuidadores. Não se encontra semelhante estudo que avalie os custos de institucionalização dos idosos no Brasil, mas os números acima, permitem considerar o investimento necessário para o atendimento adequado a esta população.

Com relação aos antecedentes de saúde: 23% dos idosos eram hipertensos; 20% eram diabéticos; 13% depressivos; 7% eram cardiopatas; 6% dos idosos eram pneumopatas; 4% tinham artrose; 4% tinham varizes; 4% osteoporose; 3% doença de Alzheimer; 3% Parkinson; 1% depressão; 1% reumatismo; 1% dislipidemia; 1% labirintite; 1% AVE, 1% outros e 8% não souberam. Os principais problemas dos idosos institucionalizados são os mesmos problemas que ainda hoje se encontram nas instituições.

Com relação ao uso de medicamentos: 25% da população não sabem o que usam estão entre os idosos com score do MEEM que variam de zero a 15 pontos que demonstrou que os mesmos ficaram entre o grau de severo, moderado e leve/moderado; 58,33% sabem que usam e para os que tiveram o MEEM de nove a 28 pontos de score, com grau de Alzheimer entre leve/moderado e leve predominantemente e 16,66% não usam nenhuma medicação, apresentaram de MEEM de 10 a 20 pontos com grau de comprometimento de leve/moderado a moderado.

As profissões exercidas pelos idosos antes da institucionalização eram as seguintes: 20% domésticas; 14% lavradores; 9% do lar; 9% não responderam; 6% laticínios; 6% professor; 3% bancários; 3% eletrotécnico; 3% vigilante; 3% laboratorista; 3% faxineiro; 3% fotógrafo; 3% vendedor; 3% cozinheira; 3% bordadeira; 3% fiandeira têxtil; 3% mecânico; 3% carteiro e 3% auxiliar de enfermagem.

Conclusão

Os pacientes institucionalizados com a doença de Alzheimer são indivíduos que apresentam características únicas, devido ao comprometimento cognitivo progressivo.

As instituições de longa permanência pesquisadas apresentam interesse em aprimorar o conhecimento sobre esta patologia em particular visando à melhora da qualidade da assistência aos internos.

Caracterizar os pacientes permite entrar no mundo das necessidades de atendimento diferenciado e especializado, com profissionais cada vez mais capacitados e preparados para lidar com as diferenças encontradas num universo tão heterogêneo que é uma instituição de idosos.

Referências

1. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
2. Bertolucci PHF, Bruchk SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52:1-7.
3. Garrido R, Almeida OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência – impacto sobre a vida do cuidador. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):427-34.
4. Hebert LE, Scherr PA, McCann JJ, Beckett LA, Evans DA. Is the risk of developing Alzheimer disease greater for women than for men. *Am J Epidemiol.* 2001;153:132-6.
5. Herrera Jr E, Caramelli P, Nitrini E. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo – Brasil. *Rev Psiquiatria Clin (São Paulo).* 1998;25(2):70-3.
6. Hux MJ, O'Brien BJ, Iskedjian M, Goeree R, Gagnon M, Gauthier S. Relation between severity of Alzheimer's disease and costs of caring. *Can Med Assoc J.* 1998;159(5):457-65.
7. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1987; 76:465-79.
8. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo – análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002;60(1):61-9.
9. Luzardo, AR, Waldman, BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Acta Sci Health Sci.* 2004;26(1):135-45.
10. Machado JCB. Doença de Alzheimer. *In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
11. Monteiro EMLM, Silva FMC, Henriques MERM, Batista PSS. Vivenciando o envelhecimento: percepção do idoso institucionalizado. *Nursing.* 2001;20-4.
12. Pizarro RADS. A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados – uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da cidade de São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis; Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
13. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40(9):922-35.

Recebido em 30/01/2007

Aceito em 10/4/2007

