



Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil

Cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil

Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade¹
Joelma Maria Rebouça de Lima²
Kalyne do Nascimento Moreira Fidelis²
Javier Jerez-Roig¹
Kenio Costa de Lima¹

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de incapacidade cognitiva e seus fatores associados em idosos institucionalizados. **Métodos:** Estudo transversal, realizado entre Outubro a Dezembro de 2013, nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, com 326 idosos de ambos os sexos. A avaliação do declínio cognitivo foi classificada por meio do teste de Pfeiffer. Foram aferidas informações sobre condições sociodemográficas e estado de saúde. O estado nutricional foi avaliado mediante a aplicação da Mini Avaliação Nutricional e capacidade funcional por meio do Índice de Katz. Para identificação dos fatores associados com a presença de incapacidade cognitiva moderada ou severa foi realizada a análise múltipla de regressão logística das variáveis com valor de $p \geq 0,20$, utilizando-se o método *Stepwise Forward*. **Resultados:** Observou-se que 83,6% (IC 95%: 78,9-87,3%) dos idosos possuíam incapacidade cognitiva. O modelo final, ajustado pelo tipo de ILPI, mostrou que ter 83 anos ou mais foi considerado fator de risco para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. Todavia, ter Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ter sido institucionalizado por opção própria foram considerados fator de proteção para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. **Conclusão:** As variáveis idade, ter HAS e ter sido institucionalizado por opção estão associadas diretamente, seja como fator de risco ou proteção, à presença de incapacidade cognitiva severa ou moderada da população idosa. O diagnóstico precoce desses fatores acarreta em maior zelo para que sejam traçadas metas de prevenção e atenção à saúde, melhorando, conseqüentemente, a qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-chaves: Saúde do idoso institucionalizado. Instituição de longa permanência para idosos. Idosos fragilizados. Envelhecimento cognitivo. Estudos transversais.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons. **Methods:** A cross-sectional study was conducted from October to December 2013 in Long-Term Care Facilities for the elderly in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil, featuring 326 elderly persons of both genders. The assessment of cognitive decline was classified using the Pfeiffer test. Information on sociodemographic conditions and health status was also recorded. Nutritional status was assessed by applying

Keywords: Health of Institutionalized Elderly. Homes for the Aged. Frail Elderly. Cognitive Aging. Cross-Sectional Studies.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Odontologia. Natal, RN, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia. Natal, RN, Brasil.

Correspondência/Correspondence

Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade
E-mail: fabi.louise@gmail.com

the Mini Nutritional Assessment tool and functional capacity with the Katz Index. To identify the factors associated with the presence of moderate or severe cognitive impairment multiple logistic regression analysis of variables with a p value ≥ 0.20 was performed, using the Stepwise Forward method. *Results:* It was observed that 83.6% (95% CI: 78.9 to 87.3%) of the elderly persons had cognitive impairment. The final model, adjusted for type of LTCF, showed that being 83 years old or older was considered a risk factor for moderate or severe cognitive impairment. However, having systemic arterial hypertension (SAH) and having been institutionalized through their own choice were considered protective factors for moderate or severe cognitive impairment. *Conclusion:* the variables age, having SAH and having been institutionalized through their own choice are directly associated, as risk or protection factors, with the presence of severe or moderate cognitive impairment of the elderly population. The early diagnosis of these factors can lead to greater focus in setting goals for prevention and health care, thus improving the quality of life of these individuals.

INTRODUÇÃO

O rápido crescimento da população idosa serve como alerta ao governo brasileiro, para a necessidade de criar políticas públicas que preparem a sociedade para tal realidade. Além disso, esse aumento do número de idosos tem como consequências o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e a modificação do perfil epidemiológico de morbimortalidade da população, acarretando uma sobrecarga aos serviços de saúde pelos idosos, trazendo consequências sociais e econômicas à saúde pública¹.

O processo de envelhecimento caracteriza-se pelo comprometimento no funcionamento de todos os sistemas do organismo, sendo o Sistema Nervoso Central um dos mais afetados com o desenvolvimento de alterações no sistema de neurotransmissores e hipotrofia cerebral. Essas modificações acontecem preferencialmente nas regiões responsáveis pelas funções cognitivas e, conseqüentemente, é comum observar desde mínimos até significativos prejuízos dessa função entre os indivíduos idosos². Durante esse processo, 15% das pessoas desenvolvem inicialmente incapacidade cognitiva progressiva. Desse total, mais ou menos 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 desenvolvem demência de grau moderado a grave³.

A cognição envolve toda a esfera do funcionamento mental e implica habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade de produzir respostas às solicitações e estímulos

externos⁴. Alguns fatores, como socioeconômico, psicológico e de saúde, podem contribuir para o declínio gradual das funções cognitivas⁵.

As modificações e os deficit causados por essa perda na cognição acarretam conseqüências diretas sobre a qualidade de vida dos idosos, podendo levar ao declínio funcional, com diminuição e/ou perdas das habilidades para o desenvolvimento das atividades da vida diárias (AVD). Sabe-se que tanto as doenças físicas como as mentais podem levar à perda da independência e autonomia, sendo fatores de risco importantes para a mortalidade⁶.

Para o idoso, a perda do desempenho para o desenvolvimento das AVDs, não representa apenas um risco para a mortalidade, mas também um preditor, em muitos casos, de institucionalização. Segundo Maseda et al.⁷, dentre os principais preditores de institucionalização destacam-se a baixa frequência de convívio com parentes e amigos e maior idade.

Com o diagnóstico do perfil cognitivo do idoso, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) têm informação fundamental para planejar e guiar os cuidados individualizados daqueles que apresentam determinado grau de dependência, além de agregarem a possibilidade de aditar recursos que permitam manter esse idoso o mais ativo possível, elaborando metas objetivas, como a formação de cuidadores e traçando terapias para a melhoria na qualidade de vida do idoso⁸.

Desta forma, a identificação das condições de saúde dos idosos, bem como do seu estado cognitivo,

podem contribuir para que sejam traçadas metas que possibilitem uma melhor assistência a essa população, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e diminuindo a institucionalização do idoso pela falta de autonomia e independência. Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência de incapacidade cognitiva e seus fatores associados em idosos institucionalizados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado entre Outubro a Dezembro de 2013. Todos os idosos com 60 anos ou mais e que residiam em ILPI privadas ou filantrópicas da cidade de Natal, RN, Brasil, foram incluídos no estudo. Das 14 ILPI cadastradas na Vigilância Sanitária no município do Natal, RN, 10 (71,4%) ILPI concordaram em participar do estudo, sendo cinco privadas e cinco sem fins lucrativos. Os idosos que não se encontravam na ILPI por internação hospitalar, bem como aqueles residentes com deficiência auditiva ou não falavam português, que se encontrava em estado terminal, coma ou sob cuidados paliativos foram excluídos do estudo.

A variável dependente do estudo foi a presença/ausência de incapacidade cognitiva, classificada por meio do teste de Pfeiffer, que avalia a memória a longo e curto prazo, orientação, informação sobre feitos cotidianos e capacidade matemática. Tal instrumento permite a classificação do idoso em função mental intacta, incapacidade cognitiva leve, moderado ou severo, levando em consideração a escolaridade do avaliado⁹.

Para cada idoso foram aferidas informações sobre condições sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, tipo de ILPI, motivo de institucionalização, residente por cuidador, aposentadoria e plano de saúde) e estado de saúde (doenças crônicas, histórico de queda nos últimos 30 dias, mobilidade, capacidade funcional, uso diário e número de fármacos). O estado nutricional foi avaliado mediante a aplicação da Mini Avaliação Nutricional (MAN). O mesmo é dividido em quatro partes: avaliação antropométrica [Índice de Massa Corporal (IMC), perímetro do braço, perímetro da panturrilha e perda de peso]; avaliação global (perguntas relacionadas com o modo de vida, medicação, mobilidade e problemas psicológicos);

avaliação dietética (perguntas relativas ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos, assim como autonomia na alimentação); e autoavaliação (autopercepção da saúde e da condição nutricional). A soma dos *scores* da MAN permite classificar os idosos em três grupos distintos: indivíduos com estado nutricional adequado ($MAN \geq 24$), em risco de desnutrição ($MAN \geq 17$ e < 24); e com desnutrição ($MAN < 17$).

A capacidade funcional foi avaliada por meio do Índice de Katz, instrumento validado no Brasil, que contém seis Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho¹⁰. Quanto à avaliação da mobilidade, consideraram-se os estados: caminha sem ajuda, caminha com ajuda, cadeirante e acamado. Tais informações foram obtidas nos prontuários ou foram fornecidas por funcionários das instituições (assistentes sociais, técnicos de enfermagem ou cuidadores).

O presente trabalho faz parte de um projeto intitulado “Envelhecimento humano e saúde – a realidade dos idosos institucionalizados da cidade do Natal, RN”, com parecer de aprovação número 308/2012, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Os residentes e cuidadores diretos das ILPI que aceitaram participar nesse projeto de pesquisa assinaram os correspondentes Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A equipe de pesquisa foi composta por dois alunos de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRN e 18 alunos do curso de graduação em Fisioterapia da UFRN, que foram devidamente treinados para a utilização dos instrumentos. Foram realizadas reuniões prévias ao início da coleta de dados a fim de explicar o projeto de pesquisa e os objetivos do trabalho. Após, foram realizados treinamentos com os instrumentos de coletas de dados, especialmente com a aplicação dos questionários, objetivando assegurar a uniformidade de entendimento e aplicação dos critérios que foram avaliados na pesquisa. O estudo piloto foi realizado em duas das ILPI filantrópicas. Foram aplicados 25 questionários para revisão minuciosa das informações coletadas e detecção de possíveis vieses, dados perdidos ou discordantes.

Para a análise dos dados, inicialmente utilizou-se a análise descritiva, mediante a apresentação de valores absolutos e relativos. As variáveis quantitativas foram descritas por meio das médias, com desvio-padrão ($\pm dp$) e, posteriormente, categorizadas em variáveis dicotômicas pela mediana. Após, foi realizada a análise bivariada por meio do teste qui-quadrado (ou teste de Fisher) para as variáveis categóricas nominais. Verificou-se a magnitude da associação através da razão de *odds* para cada uma das variáveis independentes em relação a variável dependente.

Para identificação dos fatores associados com a presença de incapacidade cognitiva moderada ou severa foi realizada a análise múltipla de regressão logística das variáveis com valor de *p* igual ou menor que 0,20, utilizando-se o método Stepwise Forward. A permanência da variável na análise múltipla deu-se através do teste da razão de verossimilhança (*Likelihood Ratio Test*), ausência de multicolinearidade, bem como sua capacidade de melhorar o modelo através do teste de Hosmerand Lemeshow. As variáveis inatividade física, imobilidade, incapacidade funcional, quedas, incontinência urinária e fecal não foram testadas na análise múltipla em decorrência da relação de causalidade com a variável dependente. Considerou-se o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Das 14 ILPI cadastradas na Vigilância Sanitária (VISA) no município do Natal, RN, 10 (71,4%) ILPI aceitaram participar do estudo. Do total de idosos ($n=326$), 10 (3,0%) indivíduos foram excluídos do estudo: quatro (1,2%) possuíam deficiência auditiva ou não falavam português, quatro (1,2%) encontravam-se hospitalizados no período de coleta, um (0,3%) idoso em fase terminal e um (0,3%) menor de 60 anos de idade. Além disso, 12 (3,7%) recusaram a participação. Assim, a amostra total foi constituída por 304 indivíduos, a maioria do sexo

feminino (76,6%), com idade média de 81,4 anos ($dp\pm 8,9$). A maior parte dos residentes pertencia a instituições sem fins lucrativos, era aposentada, solteira, analfabeta ou com Ensino Fundamental I e não possuía plano de saúde. Verificou-se que 50,5% idosos tinham filhos e o tempo médio de residência foi de 60,4 meses ($dp\pm 57,9$) e existiam em média 8,0 residentes por cuidador ($dp\pm 5,1$) nas instituições.

Quanto ao estado de saúde, 81,6% não praticavam atividade física, 41,0% apresentavam risco de desnutrição, 37,2% caminhavam sem ajuda, e 26,3% possuíam dependência funcional total. Foi verificado que 88,2% dos residentes apresentavam doenças crônicas e 6,6% sofreram quedas nos 30 dias prévios. O uso de medicação esteve presente em 95,4% dos indivíduos e o número médio de medicamentos por idoso foi de 4,5 ($dp\pm 2,8$). Observou-se que 83,6% (IC 95%: 78,9-87,3) dos idosos possuíam incapacidade cognitiva moderada ou severa.

A Tabela 1 mostra outras características sociodemográficas e relacionadas ao estado de saúde.

A Tabela 2 contém as variáveis independentes com valor de *p* igual ou menor que 0,20, as quais foram testadas na análise múltipla, porém não foram incluídas no modelo final.

O modelo final, ajustado pelo tipo de ILPI, mostrou que ter 83 anos ou mais foi considerado fator de risco para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. Todavia, ter Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ter sido institucionalizado por opção própria foram considerados fator de proteção para a incapacidade cognitiva moderada ou severa (Tabela 3). Foi identificada a presença de colinearidade entre as variáveis estado civil e ter sido institucionalizado por morar sozinho ($p<0,001$). Já as variáveis doenças crônicas, número de doenças, diabetes, número de medicamentos, uso de medicação do grupo A e do grupo C foram colineares com HAS. O valor do teste de Hosmer-Lemeshow foi de 0,997.

Tabela 1. Características dos idosos participantes (n=304). Natal, RN, 2013.

Características	N (%)
Sexo	
Masculino	71 (23,4)
Feminino	233 (76,6)
Idade (anos)	
60-69	35 (11,5)
70-79	87 (28,6)
80-89	129 (42,2)
90 ou mais	53 (17,7)
Escolaridade	
Analfabeto	71 (23,4)
Alfabetizado	5 (1,6)
Ensino Fundamental I	70 (23,0)
Ensino Fundamental II	23 (7,6)
Ensino Médio	41 (13,5)
Ensino Superior	44 (14,5)
Não soube responder	50 (16,4)
Estado civil	
Solteiro	143 (47,0)
Casado	38 (12,5)
Divorciado	33 (10,9)
Viúvo	79 (26,0)
Não soube responder	11 (3,6)
Aposentado*	
Não	14 (4,6)
Sim	289 (95,4)
Filhos*	
Não	147 (49,5)
Sim	150 (50,5)
Tipo de Instituição	
Com fins lucrativos	113 (37,2)
Sem fins lucrativos	191 (60,8)
Motivo da institucionalização	
Não tinha cuidador	143 (47,0)
Morava sozinho	41 (13,5)
Sem moradia	11 (3,6)
Doença	36 (11,9)
Opção própria	8 (2,6)
Sem trabalho	1 (0,3)
Outros motivos	26 (8,6)
Vários motivos	27 (8,9)
Não soube responder	11 (3,6)
Plano de Saúde*	
Não	116 (38,3)
Sim	187 (61,7)

Atividade física	
Não	248 (81,6)
Sim	56 (18,4)
Índice de Massa Corporal*	
Baixo peso	132 (49,4)
Eutrofia	69 (25,9)
Sobrepeso	66 (24,7)
Estado nutricional (Mini Avaliação Nutricional)*	
Desnutrição	72 (25,0)
Risco de desnutrição	118 (41,0)
Eutrofia	98 (34,0)
Mobilidade	
Acamado	63 (20,7)
Cadeira de rodas	65 (21,4)
Caminha com ajuda	63 (20,7)
Caminha sem ajuda	113 (37,2)
Capacidade Funcional	
Grau A - Independente	76 (25,0)
Grau B - Independente, exceto uma	22 (7,2)
Grau C - Independente, exceto banho e outra	7 (2,3)
Grau D - Independente, exceto banho, vestir-se e outra	9 (3,0)
Grau E - Independente, exceto banho, vestir-se, banheiro e outra	17 (5,6)
Grau F - Independente, exceto banho, vestir-se, banheiro, transferência e outra	70 (23,0)
Grau G - Dependente	80 (23,3)
Outra não classificável	23 (7,6)
Queda nos últimos 30 dias	
Não	284 (93,4)
Sim	20 (6,6)
Doenças crônicas	
Não	36 (11,8)
Sim	268 (88,2)
Medicamentos	
Não	14 (4,6)
Sim	290 (95,4)
Incapacidade Cognitiva	
Intacto	26 (8,6)
Leve	24 (7,8)
Moderado	64 (21,1)
Severa	190 (62,5)

*Os dados perdidos não foram incluídos

Tabela 2. Análise bivariada entre a incapacidade cognitiva e as variáveis independentes. Natal, RN, 2013.

Variável	Incapacidade Cognitiva		p	RP (IC: 95%)
	Sim N (%)	Não N (%)		
Sexo				
Mulher	197 (84,5)	36 (15,5)	0,249	1,34 (0,67-2,66)
Homem	57 (80,3)	14(19,7)		
Estado civil**				
Sem companheiro	206 (80,8)	49 (19,2)	0,005*	0,11 (0,01-0,84)
Com companheiro	37 (97,4)	1 (2,6)		
Aposentado**				
Não	9 (64,3)	5 (35,7)	0,062	0,33 (0,10-1,03)
Sim	244 (84,4)	45 (15,6)		
Motivo da institucionalização: não tinha cuidador**				
Sim	126 (88,1)	17 (11,9)	0,016*	2,09 (1,10-3,95)
Não	117 (78,0)	33 (22,0)		
Motivo da institucionalização: morava sozinho**				
Sim	29 (70,7)	12 (29,3)	0,026*	0,42 (0,20-0,91)
Não	214 (84,9)	38 (15,1)		
Atividade física				
Não	213 (85,9)	35 (14,1)	0,021*	2,22 (1,11-4,44)
Sim	41 (73,2)	15 (26,8)		
Índice de Massa Corporal**				
Baixo peso	118 (89,4)	14 (10,6)	0,004*	2,61 (1,32-5,17)
Eutrofia-Sobrepeso	103 (76,3)	32 (23,7)		
Índice de Massa Corporal**				
Sobrepeso	44 (66,7)	22 (33,3)	<0,001*	0,27 (0,13-0,52)
Eutrofia-Baixo peso	177 (88,1)	24 (11,9)		
Estado nutricional**				
Risco de desnutrição-Desnutrição	158 (87,3)	23 (12,7)	0,003*	2,52 (1,34-4,75)
Eutrofia	68 (73,1)	25 (26,9)		
Mobilidade				
Cadeirante-acamado	121 (94,5)	7 (5,5)	<0,001*	5,58 (2,42-12,89)
Caminha com ou sem ajuda	133 (75,6)	43 (24,4)		
Capacidade Funcional				
Dependente	202 (90,6)	21 (9,4)	<0,001*	5,36 (2,83-10,16)
Independente	52 (64,2)	29 (35,8)		
Queda nos últimos 30 dias				
Sim	13 (65,0)	7 (35,0)	0,030*	0,33 (0,12-0,87)
Não	241 (84,9)	43 (15,1)		
Doenças crônicas				
Sim	221 (82,5)	47 (17,5)	0,119	0,42 (0,12-1,45)
Não	33 (91,7)	3 (8,3)		
Número de doenças crônicas				
≥ 3	55 (75,3)	18 (24,7)	0,026*	0,49 (0,25-0,94)
0-2	199 (86,1)	32 (13,9)		

Diabetes				
Sim	54 (75,0)	18 (25,0)	0,022*	0,48 (0,25-0,92)
Não	200 (86,2)	32 (13,8)		1,00
Acidente Vascular Encefálico				
Sim	44 (89,8)	5 (10,2)	0,139	1,88 (0,70-5,02)
Não	210 (82,4)	45 (17,6)		1,00
Osteoporose				
Sim	21 (65,6)	11 (34,4)	0,007*	0,32 (0,14-0,71)
Não	233 (85,7)	39 (14,3)		1,00
Doença reumática				
Sim	10 (62,5)	6 (37,5)	0,032*	0,30 (0,10-0,86)
Não	244 (84,7)	44 (15,3)		1,00
Incontinência urinária				
Sim	167 (90,3)	18 (9,7)	<0,001*	3,53 (1,87-6,66)
Não	84 (72,4)	32 (27,6)		1,00
Incontinência fecal				
Sim	109 (86,5)	17 (13,5)	0,181	1,42 (0,74-2,69)
Não	140 (81,9)	31 (18,1)		1,00
Doença Cardiovascular				
Sim	14 (73,7)	5 (26,3)	0,185	0,52 (0,18-1,53)
Não	240 (84,2)	45 (15,8)		1,00
Dislipidemia				
Sim	39 (73,6)	14 (26,4)	0,030*	0,46 (0,23-0,94)
Não	215 (85,7)	36 (14,3)		1,00
Número de medicamentos				
≥ 5	111 (79,9)	28 (20,1)	0,075	0,61 (0,33-1,12)
0-4	143 (86,7)	22 (13,3)		1,00
Grupo A: medicamentos para o trato alimentar e metabólico				
Sim	130 (78,8)	35 (21,2)	0,013*	0,46 (0,24-0,88)
Não	121 (89,0)	15 (11,0)		1,00
Grupo C: medicamentos para o sistema cardiovascular				
Sim	141 (78,8)	38 (21,2)	0,006*	0,40 (0,20-0,81)
Não	110 (90,2)	12 (9,8)		1,00
Grupo H: medicamentos para a tireoide				
Sim	20 (74,1)	7 (25,9)	0,138	0,53 (0,21-1,33)
Não	231 (84,3)	43 (15,7)		1,00
Grupo M: medicamentos para o sistema musculoesquelético				
Sim	21 (67,7)	10 (32,3)	0,018*	0,36 (0,16-0,83)
Não	230 (85,2)	40 (14,8)		1,00
Grupo N: medicamentos para o sistema nervoso				
Sim	201 (85,2)	35 (14,8)	0,084	1,72 (0,87-3,39)
Não	50 (76,9)	15 (23,1)		1,00

* $p \leq 0,20$ (método *Stepwise Forward*); **Os dados perdidos não foram incluídos.

Tabela 3. Modelo final para a presença de incapacidade cognitiva em idosos institucionalizados (n=304).

	Incapacidade cognitiva			Bivariada OR (IC: 95%)	p	Multivariada OR (IC: 95%)
	Sim N (%)	Não N (%)	p			
Idade (anos)						
83 ou mais	137 (90,1)	15 (9,9)	0,002*	2,73 (1,42-5,25)	0,007*	2,62 (1,30-5,29)
60-82	117 (77,0)	35 (23,0)		1,00		
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Sim	98 (78,4)	33 (25,2)	<0,001*	0,32 (0,17-0,61)	0,001*	0,33 (0,17-0,64)
Não	156 (90,2)	17 (9,8)		1,00		
Motivo da institucionalização: opção própria**						
Sim	3 (37,5)	5 (62,5)	0,004*	0,11 (0,02-0,48)	0,009*	0,13 (0,03-0,60)
Não	240 (84,2)	45 (15,8)		1,00		
Tipo de Instituição de Longa Permanência para Idosos						
Sem fins lucrativos	153 (80,1)	38 (19,9)	0,024*	0,47 (0,23-0,95)	0,148	0,57 (0,27-1,22)
Com fins lucrativos	101 (89,4)	12 (10,6)		1,00		

* Estatisticamente significativo ($p < 0,005$); **Os dados perdidos não foram incluídos.

DISCUSSÃO

A prevalência de incapacidade cognitiva foi mais significativa nas classificações moderada ou severa, com 83,6% dos idosos acometidos neste estudo. Esse menor desempenho cognitivo em idosos residentes em ILPI pode sugerir que a institucionalização pode agravar esse quadro. Em sua revisão, Bertoldi et al.¹¹ justificam em seus achados que diversos fatores podem influenciar o déficit cognitivo em idosos institucionalizados, quando comparado com os não institucionalizados, dentre eles, a idade avançada, a baixa escolaridade, o sexo feminino, a falta de atividades físicas e o isolamento social provocado pela própria institucionalização. Pelos dados obtidos no estudo de Trindade et al.¹², foi possível concluir que idosos institucionalizados apresentam menor desempenho cognitivo que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento da depressão em relação a idosos que vivem na sociedade e participam de alguma atividade física.

Foi identificado, no presente estudo, que as variáveis possuir idade de 83 anos ou mais foi considerado fator de risco para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. Esse achado também pôde ser observado no estudo de Herrera et al.¹³, que avaliaram os fatores associados com a funcionalidade

cognitiva dos idosos residentes em lares de idosos em Cartagena, por meio do teste de Pfeiffer, encontrando que o funcionamento cognitivo dos idosos mostrou associação com a idade cronológica, contando com 192 idosos, dos quais, 80% apresentaram algum tipo de comprometimento cognitivo.

Esse declínio pode ser explicado pelo fato de que o envelhecimento é um processo cumulativo, irreversível, universal, não patológico, onde ocorre degradação do organismo, incapacitando muitas vezes o indivíduo cognitivamente e funcionalmente¹⁴. Associado a isso, a população idosa que vive em ILPI, torna-se cada vez mais sedentária perdendo muito sua autonomia e piorando cada vez mais sua capacidade cognitiva¹⁵. Esse déficit cognitivo influencia diretamente na capacidade funcional, implicando dano a independência e autonomia com procedente perda da qualidade de vida do idoso¹⁶.

Segundo Mejía-Arango¹⁷, o comprometimento cognitivo está associado ao aumento da faixa etária, assim como a diversas doenças. Em seu estudo, reportando a prevalência de comprometimento cognitivo em idosos e sua relação com fatores sociodemográficos e de saúde na população mexicana, os resultados apontaram que comorbidades como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica

(DPOC), doenças cerebrais, depressão e doenças cardíacas têm relação não só com o declínio cognitivo, mas também com o declínio funcional. Devido a isso, os comprometimentos representam condições que afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos e implicam maior utilização dos serviços de saúde.

No presente estudo, também foi observado que a presença de HAS e ter sido institucionalizado por opção própria foram considerados fatores de proteção para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. Foi identificado que 88,2% dos idosos institucionalizados no referido estudo apresentavam doenças crônicas, sendo o uso de medicação presente em 95,4% dos indivíduos. Em nossos achados, a HAS foi considerada fator de proteção para a incapacidade cognitiva. Esse achado pode ser explicado devido ao uso da medicação anti-hipertensiva, que pode ter influência na prevenção do declínio cognitivo devido ao seu efeito deletério, que age podendo levar a um menor grau de alterações nos pequenos vasos, reduzindo os riscos de lesões sobre a substância branca cerebral e na função cerebrovascular¹⁸. Já Duron e Hanon¹⁹ propõem que a hipertensão não só aumenta o risco de declínio cognitivo, mas também o risco de demência. Para esses, autores há argumentos epidemiológicos sólidos para apoiar uma associação entre a hipertensão, especialmente na meia-idade, e o desenvolvimento de transtornos cognitivos e demência, incluindo Alzheimer.

Esses achados corroboram com Chaves¹⁸ que sugere que a hipertensão não tratada poderia ser um preditor para a perda cognitiva, sendo o uso de medicamentos anti-hipertensivos um importante protetor da cognição. Porém, estudos demonstraram conclusões controversas em relação ao tratamento anti-hipertensivo na relação hipertensão e declínio cognitivo²⁰⁻²². Diante dos resultados encontrados por Holanda et al.²³, foi verificado que os idosos hipertensos possuem maior risco de apresentarem declínio da função cognitiva, quando comparados aos idosos normotensos. Considerando as alterações e consequências que a HAS pode ocasionar na população idosa, associada à alteração cognitiva que pode afetar diretamente sua qualidade de vida, são necessárias mais evidências no intuito de prevenção e tratamento precoce dessa disfunção.

Com relação à institucionalização, ter sido institucionalizado por opção própria, teve associação significativa com a incapacidade cognitiva moderada ou severa, sendo um fator de proteção para a sua ocorrência. Segundo Cordeiro²⁴, diversos motivos podem levar o idoso a uma institucionalização por opção própria, seja por morar sozinho, por se considerar um fardo ou se sentir desprezado pela família ou por ter consciência de que passou a necessitar de cuidados em saúde. Duarte²⁵ também cita os motivos para a institucionalização dos idosos que, embora possuam o convívio familiar, preferem viver na instituição por motivos como a falta do cônjuge, a independência dos filhos no papel de cuidadores formais e por maus-tratos dos familiares, porém através de uma decisão mais autônoma e não imposta por outros.

Da mesma forma, Pereira e Besse²⁶ encontraram como resultado que os idosos institucionalizados por vontade própria apresentaram um maior nível de independência funcional em relação aos idosos que foram institucionalizados por vontade familiar e aqueles idosos que não têm família e opção de moradia. Esse achado pressupõe que os idosos que foram institucionalizados por opção própria também apresentavam melhor estado funcional, pois a cognição e a funcionalidade estão diretamente ligadas. O comprometimento cognitivo gera danos a capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária, implicando perda na independência e autonomia. Autonomia esta que está ligada à interdependência desta com uma memória íntegra que implica capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitam a adaptação psicossocial e ser responsável pelos próprios atos¹⁶. Segundo o estudo de Javier et al.²⁷, abordando a prevalência de incapacidade funcional em idosos institucionalizados, utilizando a mesma amostra do presente trabalho, a institucionalização mostrou relação com a incapacidade funcional em idosos que foram institucionalizados por motivo de ausência de cuidador informal na comunidade. Incapacidade essa que justifica a dependência dos idosos e a sua conseqüente maior mortalidade.

Em relação a qualidade de vida de idosos institucionalizados por opção própria, Cordeiro²⁴ entende que os motivos que levam a institucionalização do idoso podem provocar níveis baixos de qualidade

de vida, por uma possível dificuldade de adaptação, fazendo com que ele permaneça na instituição por orgulho ou necessidade de saúde. Ao contrário, idosos portadores de morbidades ou abandonados pelos familiares, provavelmente encontram nova oportunidade de recomeço.

Dentre as limitações, o teste de Pfeiffer ainda não se encontra validado no Brasil. Porém, esse instrumento foi utilizado para avaliação da incapacidade cognitiva na presente amostra, devido à baixa complexidade das perguntas e resultando numa aplicação rápida e fácil. Além disso, foi colhida a máxima quantidade de informações por meio de entrevista com os profissionais das instituições e pela coleta de dados nos prontuários, tentando minimizar os subdiagnósticos e sub-registros.

CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo, podemos concluir que os indivíduos com maior idade tendem a apresentar grande probabilidade de incapacidade cognitiva moderada ou severa, devido as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. A escolha de institucionalização por opção própria,

ajustado pelo tipo de ILPI, foi considerada fator de proteção para o deficit cognitivo, haja vista que idosos residentes em ILPI são mais susceptíveis ao sedentarismo e a perda da capacidade funcional e cognitiva. Já a hipertensão arterial sistêmica foi apontada como um fator de proteção, achado esse que sinaliza a necessidade de mais estudos no que diz respeito ao diagnóstico cognitivo dessa população como forma de elaborar estratégias mais específicas e que promovam um envelhecimento mais saudável.

Portanto, a incapacidade cognitiva é um tema que necessita de mais estudos, haja vista os inúmeros fatores que a predispõe e ao crescente número de idosos em nossa população. Além disso, é preciso maior atenção nas variáveis predisponentes no intuito de que sejam traçadas metas de prevenção e atenção à saúde dessa população, resultando em melhora na qualidade de vida e redução da dependência.

AGRADECIMENTOS

Aos estudantes do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte que contribuíram nas coletas de dados.

REFERÊNCIAS

1. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993;27(2):87-94.
2. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;23(4):386-93.
3. Laks J, Rozenghal M, Engelhardt E. Sintomas psiquiátricos na doença de Alzheimer e sua relação com o estado cognitivo. *Rev Bras Neurol Psiquiatr*. 1995;31(5):225-34.
4. Vieira EB, Koenig AM. Avaliação Cognitiva. In: De Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 921-8.
5. Canineu PR, Bastos A. Transtorno Cognitivo Leve. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 128-32.
6. Gurian MBF, Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):275-83.
7. Maseda A, Balo A, López LL, Fernández LL, Villamil JSR, Calenti JCM. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clin Interv Aging*. 2014; 9:887-94.
8. Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de longa permanência de Brasília - DF. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(2):247-51.

9. Martinez LJ, Duenas HR, Onis VMC, Aguado TC, Albert CC, Luque LR. Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age. *Med Clín.* 2001;117(4):129-34.
10. Cruz EP, Sánchez DCL, Esteves MRM. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr Hosp.* 2014;29(4):901-6.
11. Bertoldi JT, Batista AC, Ruzanowsky S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. *Rev Dep Educ Fís Saúde Mest Promoç Saúde Unive Santa Cruz Sul.* 2015;16(2):1-5.
12. Trindade APNT, Barboza MA, De Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov.* 2013;26(2):281-89.
13. Herrera EM, Lopez ADA, Osorio DAP. Cognitive functionality of elderly residents in social protection centers in Cartagena, 2012. *Indian J App Res.* 2015;5:146-150.
14. Burnside IM. *Enfermagem e os idosos.* São Paulo: Organização Andrei; 1979.
15. Borges MGS, Rocha LR, Couto EAB, Mancini PC. Comparação do equilíbrio, depressão e cognição entre idosos institucionalizadas e não-institucionalizadas. *Rev CEFAC.* 2013;15(5):1073-9.
16. Abreu ID, Forlenza OV, Barros LH. Demência de Alzheimer : correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005;32(3):131-36.
17. Mejía-Arango S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica* 2007;49(4):475-81.
18. Chaves AS, Santos AM, Alves MTSSB, Salgado Filho N. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev. Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):545-56.
19. E Duron, O Hanon. Hypertension, cognitive decline and dementia. *Arch Cardiovasc Dis.* 2008;101:81-189.
20. Di Nucci FRCF, Coimbra AMV, Neri AL, Yassuda MS. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010;37(2):52-6.
21. Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(1):7-17.
22. Posner HB, Tang X, Luchsinger J, Lantigua R, Stern Y, Mayeux R. The relationship of hypertension in the elderly to AD, vascular dementia, and cognitive function. *Neurology.* 2002; 58(8):1175-8.
23. Holanda GM, Santos CCC, Pedrosa R, Costa FA, Mendonça KMPP. Análise da função cognitiva e capacidade funcional em idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(2):241-50
24. Cordeiro LM, Paulino JL, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Qualidade de vida do idoso fragilizado e institucionalizado. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(4):361-66.
25. Duarte LMN. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar? *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2014;19(1):201-17.
26. Pereira FM, Besse M. Fatores associados à independência funcional de idosos residentes em instituição de longa permanência. *Acta Fisiat.* 2011;18(2):66-70.
27. Jerez-Roig J, De Medeiros JF, Fidélis KNM, De Lima Filho BF, De Oliveira NPD, Amaral FLJS, et al. Activity limitations in Brazilian institutionalized older people. *J Geriatr Phys Ther.* 2016:1.

Recebido: 09/08/2016

Revisado: 08/02/2017

Aprovado: 22/03/2017