

# Comparação entre Estado Mental, a independência Funcional e Incontinência Urinária em Idosos no Interior de Minas Gerais

## *Comparison Between Mental Status, Functional Independence and Urinary Incontinence of Elderly in the Country side of Minas Gerais*

Rosimeire de Souza Huebra<sup>1</sup>, Renatha de Carvalho<sup>1</sup>, Suelen Aparecida Ferreira Alves<sup>1</sup>,  
Aline Matos de Andrade<sup>1</sup>, Edivan Aredes<sup>2</sup>, Roberta Xavier Bruno<sup>3</sup>

### RESUMO

Estudos atuais mostram que a população idosa tem aumentado consideravelmente no Brasil e no mundo, o que tem despertado o interesse de diversos pesquisadores acerca das mudanças que ocorrem nesta fase da vida e suas conseqüências para a população idosa. Este trabalho tem por objetivo verificar e comparar o estado mental, as atividades de vida diária (AVD's) e a incontinência urinária (IU), em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Trata-se de um estudo quantitativo de coorte transversal realizado com 52 idosos institucionalizados e não institucionalizados entre 60 e 99 anos de idade na cidade de Muriaé/MG; divididos em três grupos: um grupo de 19 idosos não-institucionalizados (GC), e dois grupos com 17 e 16 idosos respectivamente, institucionalizados (GI) em duas instituições distintas (IA e IB). A amostra foi predominantemente feminina (84,6%). A análise dos resultados sugeriu que entre os idosos institucionalizados não existiu relação entre o estado mental e a independência nas AVD's; a IU com a independência nas AVD's, com estado mental e ainda com a idade, pois não apresentaram valores significativos. Porém quando comparados GC com GI houve diferença significativa ( $p < 0,05$ ). O declínio principalmente funcional e cognitivo podem ter como um fator agravante ou mesmo causal a condição da institucionalização.

### Palavras-chave:

Idoso; Estado Mental; Independência Funcional e Incontinência Urinária.

### ABSTRACT

Current studies show the elderly population has been increasing substantially in Brazil and in the world, this fact has aroused many researchers' interest about the changes that happen during this part of the life and consequences for the elderly population. The aim of this paper is verify and compare the mental status, activities of daily living (ADLs) and the urinary incontinence in elderly institutionalized and non-institutionalized. This is a cross-sectional quantitative study accomplished with 52 elderly institutionalized and non-institutionalized between 60 and 99 years old in Muriaé/MG city; divided into three groups: one group of 19 elderly called living group (GC), and two groups with 17 and 16 elderly respectively, institutionalized (GI) in two different nursing homes, referred to as IA and IB groups. The sample was predominantly female with 84,6%. The results suggest that among IA and IB there is no relation between mental status and the independence in daily activities; the urinary incontinence and the independency in daily activities; the mental status and the age, therefore they do not present significant values. However, comparing GC with GI there was significant difference, especially the functional and the cognitive decline may have, as an aggravating factor or even causal, the condition of institutionalization.

### Key words:

Elderly; Mental Status; Functional Independence and Urinary Incontinence.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é incontestável e vem acompanhado de alterações progressivas em diversos aspectos. Neri (2001) afirma que o envelhecimento é um processo que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais, devendo ser entendido em suas várias dimensões. Essas alterações progressivas variam de um indivíduo para outro e são influenciadas tanto pelo estilo de vida quanto por fatores genéticos. Dentre as modificações provenientes do en-

velhecimento destaca-se a diminuição da capacidade funcional do indivíduo ocasionada principalmente, pelo desuso físico e mental. (GUIMARÃES et al., 2006). Os déficits mais comuns relacionados ao envelhecimento são caracterizados pela perda da funcionalidade. Entre elas a funcionalidade motora, tem sido a mais descrita, mas a diminuição nos mecanismos de defesa natural do organismo e de adaptação ao ambiente além de perda da reserva funcional, estende-se a outras esferas cognitivas como a linguagem (GARCIA; MANSUR, 2006).

O cérebro é o principal órgão do sistema nervoso a sofrer

1. Acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Minas - FAMINAS – Muriaé/MG.

2. Graduação em Agronomia e Mestrado em Engenharia Agrícola, ambos pela Universidade Federal de Viçosa, Licenciatura Plena em Ciências Biológicas, pela Universidade Salgado de Oliveira, e Pós-Graduação Lato Sensu em Matemática e Estatística, pela Universidade Federal de Lavras. Professor adjunto da Faculdade de Minas – FAMINAS.

3. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Católica de Petrópolis - UCP, Especialista em Fisioterapia Respiratória em Terapia Intensiva pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva – ASSOBRAFIR, Mestranda em Educação e Promoção para a Saúde na Universidade

Trás-os-Montes e Alto Douro - UTAD em Portugal e, Docente da disciplina de Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Minas – FAMINAS – Muriaé/MG.

Recebido: 31/03/2010

Aceito: 01/12/2010

Autor para correspondência: Rosimeire de Souza Huebra.

E-mail: rosimeirehuebra@yahoo.com.br

os efeitos do envelhecimento: seu peso diminui com idade e o mesmo acontece com seu volume (FILHO et al., 2006). Conforme estudos de Papaléu Netto (2007) são descritas perdas de célula em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam progressivamente com o passar dos anos. A partir da terceira década de vida, o desempenho funcional dos indivíduos declina progressivamente, devido ao processo fisiológico do envelhecimento. Muitas vezes, limitações funcionais apresentam maior repercussão na vida diária de um idoso do que as doenças crônicas (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008). Riscos de doenças, freqüentes no envelhecimento também interferem na capacidade funcional do indivíduo (GARCIA e MANSUR, 2006).

As alterações decorrentes do envelhecimento, como a atrofia dos músculos e tecidos, queda funcional do sistema nervoso e circulatório e também a diminuição do volume vesical podem contribuir para o aparecimento da incontinência urinária (IU). Esses fatores, conjuntamente, contribuem com a redução da elasticidade e contratilidade da bexiga e causam a irritabilidade e instabilidade deste órgão (LAZARI et al., 2009). As principais causas da IU são: alterações teciduais da senilidade que comprometem o trato urinário inferior e o assoalho pélvico, do sistema nervoso central e periférico, alterações hormonais como a menopausa, poliúria noturna, alterações psicológicas. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não permitindo a definição de um ponto exato de transição (PAPALÉU NETTO, 2007).

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é verificar e comparar o estado mental, AVD's e IU, em idosos não institucionalizados e institucionalizados em uma cidade no Interior de Minas Gerais.

### ***O Envelhecimento Atual:***

A longevidade é uma das grandes conquistas do século XX, que, juntamente com a queda na taxa de natalidade, vem ocasionando o envelhecimento da população mundial. A expectativa de vida média do brasileiro, de acordo com o IBGE (2001), é de 68 anos, chegando a 75 anos nas regiões mais desenvolvidas, o que vem a confirmar que o Brasil também presencia um momento de envelhecimento populacional (ARAÚJO et al., 2003).

Entre os anos 2003 e 2050, o Brasil aumentará de 14,5 milhões para mais de 64 milhões de habitantes com mais de 60 anos de idade, ou idosos, segundo dados do IBGE, sendo que em 2006 cerca de 10,2% da população nacional já se enquadravam nessa categoria (2007 apud QUADROS JR et al., 2008). Conforme estudos de Carvalho (2000) neste contexto, o Brasil no ano 2025 deverá ter a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos.

Araújo et al. (2003) descreve que o aumento significativo da população de idosos vem sendo motivo de grande preocupação pelas implicações que podem trazer no atendimento às necessidades básicas deste segmento etário. Tal situação implica no desenvolvimento de políticas públicas de ação específicas sobre idosos, para promoção de seu bem estar físico, social, econômico e psicológico.

### ***Alterações Cognitivas:***

Segundo Reichel et al. (2001) demência é a síndrome de

deficiência cognitiva crônica. Suas características principais são o começo gradual e insidioso, nenhuma alteração da consciência, exceto nos estágios finais, e a deterioração da memória e de outras funções cognitivas, capaz de causar prejuízo no funcionamento social e laborativo. Esse requisito de prejuízo funcional é importante porque permite a distinção entre a demência e as queixas de perda de memória associadas ao envelhecimento normal e a deficiência cognitiva leve, uma condição que se acredita ser um pródomo da demência, especialmente da doença de Alzheimer.

Alterações características do envelhecimento levam aos déficits cognitivos comumente observados como naturais no envelhecimento: esquecimento de fatos recentes, dificuldades de cálculo, alterações de atenção. Muitas vezes, a perda só pode ser observada se o paciente requer mais de sua memória que o comum; pessoas com uma rotina estabelecida, sem necessidade de muita atividade intelectual, só perceberá quando a perda for mais pronunciada, o que pode atrasar o diagnóstico de algo mais grave (NORDON et al., 2007).

### ***Alterações Funcionais***

As síndromes geriátricas e a dependência funcional se revelam como grandes indicadoras dos fatores precipitantes da institucionalização, demonstrando que o idoso asilado é mais frágil, requerem maior cuidado e monitoramento (PETRI et al., 2006). Uma deficiência nas AVD's frequentemente indica a necessidade de um serviço domiciliar. O número e os tipos de deficiência apresentadas irão indicar a quantidade de assistência necessária (REICHEL et al., 2001).

Conforme estudos de Parahyba et al. (2006) a OMS definiu incapacidade funcional como a dificuldade, devido a uma deficiência, para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade. A dependência foi definida como a necessidade de auxílio para realizar pelo menos uma atividade (CAMARGOS et al., 2005).

Segundo Quadros Jr et al. (2008) infelizmente, uma parte considerável desta vida idosa pode ser vivida com incapacidades funcionais, evoluindo muitas vezes para a dependência. Como consequência, é provável um aumento do número de idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos, popularmente conhecidas por asilos.

### ***Alterações do Sistema Urinário:***

A IU é definida como perda involuntária de urina (REICHEL et al., 2001). Segundo estudos de Filho et al. (2006), a musculatura da bexiga e da uretra do idoso torna-se mais fraca, diminuindo sua força de contração. Além disso, o tecido conjuntivo da parede vesical torna-se menos inelástico. Com isto, a bexiga além de se contrair com menos força durante a micção, também se dilata menos. Devido à falta de dilatação a bexiga do idoso tem capacidade de reter somente cerca de 250 ml de urina, ou seja, menos da capacidade de um jovem (600 ml). Devido a se contrair com menos força a bexiga sempre retém cerca de 100 ml de urina, após a micção.

Recentemente, a IU vem sendo classificada a partir dos sintomas específicos referidos pelos pacientes, como incontinência total, por estresse, de transbordamento, funcional e mista (SILVA et al., 2005). A incontinência pode ser transitória ou permanente afirma Reis et al. (2003).

A idade avançada, o gênero feminino, a debilidade das

extremidades superior e inferior, a demência, os transtornos afetivos e uma história de cirurgia ginecológica ou urológica são fatores associados ao risco de incontinência (REICHEL et al., 2001).

### Idosos Institucionalizados

Dentre as principais causas da inserção de idosos em instituições asilares destacam-se: condições precárias de saúde, distúrbios de comportamento, necessidade de reabilitação, falta de espaço físico para que seus familiares o abriguem, falta de recursos financeiros, abandono do idoso pela família que não consegue manter o idoso sob os seus cuidados (PESTANA et al., 2008). Segundo estudos de Quadros et al. (2008), a cognição pode sofrer influência direta e indireta dos sintomas depressivos, muito prevalente em idosos institucionalizados. O idoso, agora institucionalizado, tende a diminuir seu nível de atividade física, seja pela idade avançada ou pela incapacidade funcional. Todo este quadro (de influência físico/motora na cognição e vice-versa) pode levar às demências.

As características da institucionalização compreendem segundo Gader et al. (2006) em: rotina diária, ausência de autonomia, distanciamento familiar e isolamento social. Nestas instituições, o indivíduo vive na forma de internato, por tempo determinado ou não. Quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso (MARTINS et al., 2006).

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste em um estudo de coorte transversal quantitativo com análise descritiva em uma amostra previamente definida. A população do estudo é composta de com 52 idosos de ambos os sexos, institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade no Interior de Minas Gerais.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da FAMINAS, de acordo com a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997) que regulamenta a pesquisa em seres vivos. O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos responsáveis das Instituições Asilares e pelo Coordenador do Grupo de Convivência, sendo que, todos os entrevistados aceitaram participar do estudo.

Os idosos foram selecionados aleatoriamente em duas instituições asilares e em um grupo de convivência, para participarem do estudo. Os critérios de exclusão foram: indivíduos não institucionalizados ou não vinculados a um grupo de convivência de terceira idade, idade inferior a 60 anos, e idosos com déficits cognitivos e alto grau de dependência.

Os métodos utilizados para a obtenção dos dados foram os seguintes: (a) Avaliação do Estado Mental para cognição espaço-temporal, linguagem falada, escrita e memória, por meio do Mini Exame do Estado Mental/MEEM (Folstein, 1975); (b) Avaliação da Independência funcional nas AVD's (IF) pelo questionário de Katz (Katz, 1983) que verificou a independência em tomar banho, vestir-se, controle esfinteriano, transferências, alimentação e higiene pessoal; (c) avaliação da IU, onde foi considerado se o paciente é incontinente ou independente, para estimativa da prevalência entre os idosos analisados.

Para o MEEM, foram adotadas as notas de corte de Folstein (1975), que considerou o tempo de escolaridade dos indivíduos: (a) para analfabetos e semi-analfabetos, a nota de corte foi de 19 pontos; (b) de um a três anos de escolaridade a

nota foi de 23 pontos; (c) de quatro a sete anos de escolaridade, a nota foi igual a 24 pontos; e (d) acima de sete anos de escolaridade, um total de 28 pontos foi atribuído de nota. Deve-se ressaltar que nas análises que envolveram o MEEM, levou-se em consideração o nível de escolaridade ou a nota de corte.

O questionário de IF de Katz (1983) foi composto por seis questões. Nelas, os idosos foram classificados em: "A" ou independente em todas as atividades avaliadas; "B" ou dependente em apenas uma das atividades; "C" dependentes no banho e mais uma atividade; "D" ou dependente no banho, vestuário e mais uma atividade; "E" ou dependente no banho, vestuário, ir ao toalete e mais uma atividade; "F" ou dependente no banho, vestuário, ir ao toalete, transferências e mais uma atividade; "G" ou dependente em todas; e "outros", ou dependente em duas atividades pelo menos, mas não classificado em C, D, E ou F. De acordo com o desempenho em cada questão, individualmente, eram classificados em: nível zero, ou dependente total; nível um, ou dependente parcial; nível dois ou independente. Dessa maneira era possível, para cada sujeito, atingir o somatório total das questões em dados numéricos para aplicação dos testes.

A partir da prevalência da IU os grupos tiveram seus indivíduos subdivididos em incontinentes (GIN) e Não-incontinentes (GNI) ou independentes.

Para análise estatística dos dados obtidos através dos questionários aplicados, foi utilizado o teste f de Snedecor para verificar a variância, a partir de então foi realizado o teste t de Student, para comparação das médias, adotando-se o valor de referência de  $p < 0,05$ .

As relações estudadas foram: institucionalização com o resultado do MEEM (IA x IB; GI x GC); a relação da institucionalização com o resultado do Katz (IA x IB; GI x GC); a relação do Katz com o MEEM (IA; IB; GC); a relação do Katz com a IU (IA; IB; GC); a relação da IU com o MEEM (IA; IB; GC); a relação da IU com a idade (IA; IB; GC).

## RESULTADOS

Para melhor apresentação dos dados, os resultados estão apresentados em três grupos (Tabela 1), sendo que todos os grupos apresentados apresentam ambos os gêneros. Sob esse aspecto, o feminino prevaleceu com 84,6% da amostra enquanto o masculino teve 15,4% do total de indivíduos. A média de idade geral dos grupos estudados foi de 76,3 anos no sexo feminino, enquanto para o sexo masculino foi 72,9 anos.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos idosos institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade do interior de Minas Gerais em 2009.

Gênero		GC (n=19)		IA (n=17)		IB (n=16)	
	Masculino	---		3	17,5%	5	31,2%
	Feminino	19	100%	14	82,0%	11	68,8%
Idade	60-70	6	31,6%	2	11,8%	3	18,7%
	71-80	10	52,6%	8	47,0%	11	68,8%
	81-90	3	15,8%	5	29,4%	2	12,5%
	91-100	---	---	2	11,8%	---	---
Média Idade (± DP) anos	F = 76,3 ± 7,9 M = 72,9 ± 5,4	74,4 ± 7,2anos		79,6 ± 8,1anos		73,3 ± 6,4anos	
Escolaridade	Analfabetos	---		7	41,1%	8	50,0%
	1-3	---		3	17,7%	4	25,0%
	4-7	12	63,1%	5	29,4%	3	18,7%
	> 7	7	36,9%	2	11,8%	1	6,3%

O primeiro grupo foi constituído por 19 idosos, não institucionalizados, participantes de um grupo de convivência (GC) da terceira idade; neste grupo GC, a média etária foi de 74,4anos, onde a idade mínima foi de 63anos e a máxima de 90anos. Os dois grupos restantes foram formados por idosos institucionalizados em dois diferentes asilos: um grupo chamado IA, composto por 17 idosos cuja média etária foi de 79,6anos, sendo a idade mínima 68anos e a máxima de 99anos; um grupo chamado IB de 16 idosos, cuja média etária foi de 73,3anos, com mínima de 60anos e máxima 82anos.

O estado mental, avaliado pelo MEEM e respeitadas as notas de corte de acordo com a escolaridade, mostrou que o grupo GC apresentou rendimento acima das notas de corte; no grupo IA, 94,1% ficaram abaixo das mesmas e apenas 5,9% ficaram acima; já no grupo IB, 75% tiveram desempenho inferior à nota de corte.

A IF, avaliada pelo questionário de Katz, mostrou resultados onde: 68,4% dos idosos do grupo GC foram totalmente independentes (A); 31,6% foram classificados em B e C; no grupo IA, 41,2% dos idosos foram classificados em A e 58,8% obtiveram conceitos B, C, E, F e outros (23,4%, 11,8%, 11,8%, 5,9%, 5,9%, respectivamente); no grupo IB, 25% dos idosos foram classificados como A e 75% eram parcialmente dependentes, divididos entre B (12,4%), C (25%), D (18,8%) e outros (18,8%).

Em relação à IU, 31,6% dos integrantes do grupo GC a relataram como presente enquanto 68,4% negaram. No grupo IA 64,7% e 37,5 % do IB apresentaram IU (Tabela 2).

**Tabela 2.** Percentual dos Idosos com Incontinência Urinária em uma cidade do interior de Minas Gerais em 2009.

Grupo	Incontinentes (GIN)	Não-Incontinentes (GNI)
GC	27,8%	72,2%
IA	64,7%	35,3%
IB	33,3%	66,7%

Para a análise estatística, as relações se deram a partir da comparação do estado mental, níveis de IF e prevalência de IU nos três grupos, e a correlação entre eles.

Inicialmente, foi realizada uma comparação entre ambos os grupos de institucionalizados (denominados GI) e GC, a partir dos dados obtidos pelo MEEM levando em consideração amostras homogêneas dos indivíduos com escolaridade de quatro a sete anos de estudo e, posteriormente, com mais de sete anos de estudo. Esse critério foi adotado para que não houvesse influência direta no resultado final, privilegiando o grupo com maior escolaridade.

A comparação foi realizada por meio da aplicação do teste t de Student. Para esta comparação foi encontrada diferença significativa ( $p < 0,05$ ) entre as médias comparadas entre o GC e o GI. A média de GC foi superior ao GI, o que pode indicar uma influência do ambiente, convívio social e familiar, e ainda atividades que envolvam a capacidade mental e sua funcionalidade. Quesitos estes que o idoso não institucionalizado tem maior acesso em relação ao institucionalizado, para tanto, estes apresentaram comprometimentos maiores no que dizia respeito ao estado mental, desta amostra.

A mesma comparação não mostrou diferença significativa ( $p > 0,05$ ) quando realizada apenas entre os grupos de institucionalizados, ou seja, entre os grupos IA e IB. Isso significa que independente da instituição ou asilo, os rendimentos foram semelhantes, reforçando a idéia sugerida de que o ambiente exerce influência direta sobre o estado mental. Diferenças significantes foram encontradas apenas entre os idosos com menor nível de escolaridade, ou seja, de um a três anos de estudo, e neste caso, o melhor resultado foi dos idosos do grupo IB.

Na análise do desempenho funcional, foram relacionados os resultados dos testes de Katz entre os indivíduos GI e GC e, posteriormente, entre os grupos IA e IB, por meio do teste t de Student. Não houve diferença significativa entre os institucionalizados, mas houve diferença significativa entre GI e GC também para as médias de desempenho no Katz, sendo as médias maiores encontradas em GC. Essa diferença pode estar relacionada com o fato já descrito por alguns estudiosos, que a institucionalização de um indivíduo pode ser devido à dependência funcional, ou mesmo que estes déficits podem se agravar devido a este processo de reclusão.

Para verificação da relação entre o desempenho dos idosos no Katz e no MEEM utilizou-se novamente o teste t de Student; no que diz respeito ao MEEM os grupos IA e IB foi dividido pela nota de corte, e então essa nova organização foi utilizada para comparação os resultados do Katz, além da comparação direta entre os grupos IA e IB, que obtiveram notas abaixo da nota de corte, e entre GC e GI que obtiveram notas acima da nota de corte. Em todas estas análises, não houve diferença significativa entre os desempenhos no Índice de Katz dos idosos que se encontravam acima ou abaixo da nota de corte do MEEM, sugerindo que o estado mental não exerce influência significativa no desempenho de atividades de vida diária (AVD's).

O questionário ICIQ-SF, originalmente desenvolvido e validado na língua inglesa por Avery (2004) avalia a prevalência, a gravidade e o impacto da IU na qualidade de vida e o quanto ela afeta a vida do idoso. Este instrumento havia sido selecionado para avaliação da IU, mas em função dos déficits cognitivos apresentados pelos grupos IA e IB, que demonstrou dificuldades em responder as questões relativas ao questionário, decidiu-se não aplicá-lo. Assim apenas a existência ou não de IU foi levantada entre os participantes.

Na investigação da relação entre o estado mental e a IU, grupos IA, IB e GC foram subdivididos em GIN e GNI pelo resultado atingido no MEEM, atentando-se ainda para os níveis de escolaridade de cada indivíduo, agrupando-os de acordo com o exigido para as diferentes notas de corte do MEEM (analfabetos, de 1-3 anos, de 4-7 anos e acima de 7 anos de escolaridade). Inferindo que o estado mental não exerceu influência sobre a IU, já que as amostras não apresentaram diferenças significativas no resultado do MEEM entre GIN e GNI em nenhum dos grupos analisados.

Para comparar a IU com o Katz, foi aplicado o teste t de Student, utilizando para este, os resultados do Katz, nos três grupos distintos que constituem esta amostra, sendo os mesmos comparados através da subdivisão individual dos grupos GIN e GNI. O grupo IA e o grupo IB obtiveram resultados sem diferença estatisticamente significativa, mostrando que a IU não teve relação com o Katz, entretanto no grupo GC a IU apresentou relação como Katz, posto que houve diferença entre as médias de GIN em comparação com GNI, sendo os valores dessa média maiores nos indivíduos do grupo GNI. Isso pode ser devido ao fato de que os idosos pertencentes ao grupo GC, apresentaram como principal déficit funcional a IU, enquanto que os idosos dos outros dois grupos (IA e IB) apresentaram outros déficits, associados ou não com a IU.

Para estudar a relação da idade com a incontinência foi novamente aplicado o teste t de Student, no qual os idosos pertencentes ao grupo IA, IB e GC foram subdivididos em GIN e GNI, levando em consideração o quesito idade para realização dos cálculos. A partir dos dados obtidos pode-se afirmar que a IU não teve relação com a idade, neste estudo proposto, já

que as médias em nenhum grupo apresentaram diferenças significativas.

---

## DISCUSSÃO

---

Este estudo teve por finalidade verificar e comparar itens importantes na avaliação do idoso, tais como o estado mental, as atividades de vida diária (AVD's) e a IU, e esta análise foi realizada entre idosos institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade no Interior de Minas Gerais.

O presente estudo foi constituído por uma amostra predominantemente feminina em relação ao gênero masculino, fato este justificado pelo conceito da feminização da velhice que significa o aumento do número de mulheres na população idosa (Neri, 2001). Sendo discutido por Camarano (2002) que na década de 90, dos 12,4 milhões de idosos 54,4% eram do sexo feminino. Isso se deve à sua mais elevada taxa de crescimento relativamente à do segmento masculino. A maior longevidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo. Como consequência, quanto "mais velho" for o contingente estudado maior a proporção de mulheres.

Sabe-se que a manutenção da qualidade de vida no idoso está intimamente vinculada à autonomia e independência, que são bons indicadores de saúde para a população idosa. Reconhecendo-se, portanto, que o bem-estar funcional é de extrema importância, é necessário colocar em prática instrumentos de avaliação que permitam um diagnóstico abrangente das condições física, psíquica e social dos idosos (PAPALEU NETTO, 2007).

Pacientes com demência senil necessitam de institucionalização com frequência. Isto se deve ao progressivo aumento de dependência física e mental de seus portadores (GORZONI; PIRES, 2006). A ida para uma instituição asilar, Talheiros e Justo (2006), relatam como um momento de grande impacto pelos idosos, constitui-se ainda num processo desvitalizador para o indivíduo. Pautada na rigidez e estagnação, a cotidianidade asilar favorece a despotencialização, e lhes infringe um determinado papel, de acordo com estereótipos negativos acerca da velhice ainda vigentes. Pelo seu isolamento social, inatividade física e processos psicológicos subentende-se que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso (MARTINS et al., 2006). Validando o exposto no presente estudo, que na comparação dos desempenhos mental e funcional e prevalência de IU, em que os idosos não institucionalizados se sobressaíram aos institucionalizados.

Conforme Martins et al. (2006) capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo. A dependência física diz respeito à incapacidade funcional, ao desamparo prático ou à incapacidade individual que a pessoa apresenta para realizar atividades da vida diária conforme explica Miguel et al. (2007). Em concordância com os dados obtidos neste trabalho, já que o desempenho do grupo de idosos institucionalizados totais foi inferior em relação ao grupo GC

Bottino et al. (2006) afirmam que uma das causas mais frequentes de asilamento e de alta prevalência em idosos

institucionalizados, a IU apresenta significativa associação com quadros demenciais. Confrontando com os resultados obtidos nesta amostra, em que não houve relação significativa do estado mental com a prevalência de IU, apesar de que, a hipótese inicial era obter relação entre ambos.

Conforme Busato e Mendes (2007), quadros demenciais em estágios mais avançados e psicofármacos são causas significativas de imobilidades em asilados. Deve-se ainda ter em mente circunstâncias que provoquem dor, IU e distúrbios da força muscular, de equilíbrio e da rigidez articular. Equipes de reabilitação adequadamente motivada e treinada para a detecção de quadros de imobilidade podem reduzir sua frequência e impedir eventos decorrentes deles, como úlceras de pressão e eventos tromboembólicos, com boas chances de sucessos. A IU está associada a um aumento do risco de infecção, contribuindo para o surgimento de problemas dermatológicos e pode criar o isolamento social na comunidade de idosos. Os problemas no trato urinário podem resultar em distúrbios do sono e possibilitar um maior risco de quedas (REICHEL et al., 2001).

Conforme estudos de Busato e Mendes (2007), a IU é altamente prevalente entre idosos institucionalizados, principalmente entre mulheres, e se correlaciona inversamente com a perda da mobilidade e com a função cognitiva prejudicada, mas não com a idade. Levando em consideração as relações, neste estudo, os índices de IU foram obtidos com populações idosas institucionalizadas e não institucionalizadas, e ainda que a sua prevalência fosse maior no gênero feminino, pois este compôs a maior parte da amostra, corroborando a idéia de que a idade não mantém sempre relação com a prevalência de IU nos grupos pesquisados.

Uma das limitações encontradas neste estudo foi a dificuldade dos idosos institucionalizados em entender e concentrar-se nos testes, principalmente no MEEM, e devido aos déficits cognitivos dos mesmos, a veracidade das respostas obtidas na avaliação da IF e a prevalência de IU, necessitou de comprovação através do questionamento às enfermeiras responsáveis pelos idosos nas instituições asilares, o que pode ter possibilitado um viés a essa pesquisa.

---

## CONCLUSÃO

---

De modo geral, os resultados obtidos com este grupo de idosos não encontrou relevância significativa nas relações entre si, quando comparados IF e estado mental, e ainda, IU e IF, bem como a relação desta última com ao estado mental e à idade.

Os déficits nos três aspectos avaliados (estado mental, IF e IU) ficaram evidentes na comparação entre idosos institucionalizados e os não institucionalizados, onde idosos institucionalizados apresentaram declínio importante destas funções.

Evidenciamos limitações neste estudo e sugerimos que estudos quantitativos podem ser necessários com amostras maiores, para conclusões mais efetivas. No entanto, acreditamos que estes resultados são mais que suficientes para alertar, principalmente os profissionais de saúde, a importância de criar meios para que o declínio em diversos aspectos, mas primordialmente cognitivos e funcionais, não sejam tão crescente e evidente em idosos institucionalizados. Através de propostas de intervenção profissional em atividades diversas que associem mente e corpo, a população que mais cresce hoje no país e no Mundo, ainda poderá ter acrescida aos anos vividos, a tão desejada e merecida qualidade de vida.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ALMEIDA, Osvaldo P. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. *Revista de psiquiatria clínica*, São Paulo, v. 26, n. 2, 1999.

ARAÚJO, Maria A. S. et al. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia – GO. *Revista da UFG, Goiânia*, v. 5, n. 2, dez 2003.

BOTTINO, Cássio M. C. et al. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.

BUSATO JUNIOR, Wilson F. S.; MENDES, Francieli M. Incontinência urinária entre idosos institucionalizados: Relação com mobilidade e função cognitiva. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v. 36, n. 4, 2007.

CAMARANO, Ana A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. IPEA- Instituto de Pesquisa de Economia Aplicada. Rio de Janeiro, jan. 2002.

CAMARGOS, Mirela C. S.; PERPÉTTUA, Ignez H. O.; MACHADO, Carla. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Washington, v. 17, n. 5-6, mai/jun 2005.

CARAMELLI, Paulo; NITRINI, Ricardo. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 46, n. 4, Out/Dez 2000.

CARVALHO, Aline M. Demência como fator de risco para queda seguida de fratura grave em os idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, Ago 2002.

CARVALHO FILHO, Eurico T. et al. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

GADER, Samária A. et al. Perfil da qualidade de vida e da autonomia funcional de idosos asilados em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro. *Fitness e Performance Journal*, Rio de Janeiro, nº. 4, 2006.

GARCIA, Flavia H. A.; MANSUR, Letícia L. Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável. *Acta Fisiatr.*, São Paulo, v. 1, n. 13(2), p. 87-89, 2006.

GORZONI, Milton I.; PIRES, Sueli L. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 18-23, 2006.

GUIMARÃES, Adriana C. A. et al. Idosos praticantes de atividades físicas: tendência a estado depressivo e capacidade funcional. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, n. 94, mar 2006.

IARTELLI, Isabele; CONVERSO, Maria E. R. Caracterização e análise do estado mental e funcional dos idosos institucionalizados de presidente prudente. *J. bras. psiquiatr.*, Presidente Prudente, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007.

KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, 1987.

LAKS, Jerson et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 61, n. 3, Set 2003.

LAZARI, Izabel C. F.; LOJUDICE, Daniela C.; MARIOTA, Amanda G. Avaliação da qualidade de vida de idosas com incontinência urinária: idosas institucionalizadas em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 103-112, jan/mai 2009.

LOURENÇO, Roberto A.; VERAS, Renato P. Mini-Exame do Estado Mental características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MARTINS, Gilmar B.; MEDEIROS, Fabiana D. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2006.

MIGUEL, Maria E. G. B.; PINTO, Meyre E. B.; MARCON, Sonia S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 784-95, 2007.

Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996; diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, n. 192, 03 out 2003. Seção 1, p. 1-6.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. *Anais do 2º Congresso paulista de geriatria e gerontologia*, Campinas, 2001.

NORDON, David G.; GUIMARÃES, Rodrigo R.; KÖZÖNE, Debora Y. Perda Cognitiva em Idosos. *Rev. Fac. Ciências Médicas de Sorocaba*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 5-8, 2009.

PAPALÉO NETTO, Matheus. *Tratado de Gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PARAHYBA, Maria I.; SIMÕES, Celso C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Out/Dez 2006.

PESTANA, Luana C.; SANTO, Fátima H. E. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 42, n. 2, jun 2008.

PETRI, Ana C.; BASTOS, Laudelino C. Sistema Informatizado de Controle de Dados do Idoso Institucionalizado. PUC - PR. Curitiba, 2006.

QUADROS JUNIOR, Antônio C. et al. Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. *Brazilian Journal of Biomotricity*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 39-50, 2008.

REICHEL, William et al. *Assistência ao idoso: Aspectos clínicos do envelhecimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REIS, Rodolfo B. et al. Incontinência urinária no idoso. *Acta cir. bras.*, São Paulo, v. 18 (supl. 5), p. 47-51, 2003.

SCHNEIDER, Rodolfo H.; MARCOLIN, Daniel; DALACORTE, Roberta R. *Scientia Médica*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan/mar 2008.

SILVA, Anderson P. M.; SANTOS, Vera L. C. G. Prevalência da incontinência urinária em adultos e idosos hospitalizados. *Rev. esc. enferm.*, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar 2005.