



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Lenardt, Maria Helena; Michel, Tatiane; Wachholz, Patrick Alexander; da Silva Borghi, Ângela; Seima, Márcia Daniele

O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 5, outubro, 2009, pp. 638-644

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023846007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental\*

*Institutionalized elder women's performance in the mini-mental state examination*

*El desempeño de adultas mayores institucionalizadas en el mini examen del estado mental*

Maria Helena Lenardt<sup>1</sup>, Tatiane Michel<sup>2</sup>, Patrick Alexander Wachholz<sup>3</sup>, Ângela da Silva Borghi<sup>4</sup>, Márcia Daniele Seima<sup>5</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o desempenho, no miniexame do estado mental, de mulheres idosas residentes em uma instituição de longa permanência para idosos no município de Curitiba – PR. **Métodos:** Estudo quantitativo descritivo transversal realizado com amostra de 34 idosas residentes em instituição de longa permanência. Os dados foram obtidos mediante a aplicação do miniexame do estado mental e analisados por estatística descritiva e distribuição de freqüência. **Resultados:** A idade média foi de  $79,82 \pm 8,23$  anos e o escore médio global de  $16,62 \pm 5,60$ . O desempenho médio no grupo das analfabetas foi de 14,90 pontos, das alfabetizadas de 19,75 pontos, daquelas com 65 a 79 anos foi de 18 pontos e nas de 80 anos ou mais de 15,65 pontos. **Conclusões:** Observou-se elevado número de idosas com declínio cognitivo segundo o miniexame na amostra estudada (26,5%). A baixa escolaridade e idades mais avançadas correlacionaram-se com menor pontuação. **Descriptores:** Instituição de longa permanência para idosos; Idoso; Avaliação da deficiência; Assistência a idosos

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate institutionalized elder women's performance in the mini-mental state examination. **Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted among 34 elder women who were residents in a long term facility in Curitiba, PR. Data were collected with the mini-mental state examination (MMSE) and analyzed with descriptive statistics. **Results:** Participants had a mean age of  $79.82 \pm 8.23$  and their overall mean score on the MMSE was  $16.62 \pm 5.60$ . The mean score of performance among illiterates and literate participants were 14.90 and 19.75 points, respectively. The mean score of performance among participants aged 65 to 79 and participants aged 80 and over were 18 and 15.65 points, respectively. **Conclusion:** There were a large number of elder women (26.5%) with cognitive impairment. Lower educational level and advanced age were associated with lower scores on the mini-mental status examination.

**Keywords:** Homes for the aged; Aged; Disability evaluation; Old age assistance

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el desempeño, en el mini examen del estado mental, de mujeres adultas mayores residentes en una institución de larga permanencia para adultos mayores en el municipio de Curitiba – PR. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo descriptivo transversal realizado con una muestra de 34 adultas mayores residentes en una institución de larga permanencia. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación del mini examen del estado mental y analizados por estadística descriptiva y distribución de frecuencia. **Resultados:** La edad promedio fue de  $79,82 \pm 8,23$  años y el escore medio global de  $16,62 \pm 5,60$ . El desempeño promedio en el grupo de las analfabetas fue de 14,90 puntos, de las alfabetizadas de 19,75 puntos, de aquellas con 65 a 79 años fue de 18 puntos y en las de 80 años o más de 15,65 puntos. **Conclusiones:** Se observó un elevado número de adultas mayores con declinio cognitivo según el mini examen en la muestra estudiada (26,5%). La baja escolaridad y edades más avanzadas se correlacionaron con una menor puntuación.

**Descriptores:** Hogares para ancianos; Evaluación de la discapacidad; Asistencia a los ancianos

\* Estudo desenvolvido na Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), Brasil.

<sup>1</sup> Professora sênior do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR. Líder do Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Idosos (GMPI - UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR. Membro do GMPI, Curitiba (PR) – Brasil

<sup>3</sup> Médico Geriatra. Membro do GMPI - Curitiba (PR) – Brasil.

<sup>4</sup> Professora da Faculdades Integradas do Brasil – UniBrasil. Gerente do GMPI- Curitiba (PR) – Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira do Hospital Cajuru. Membro do GMPI- Curitiba (PR) – Brasil.

## INTRODUÇÃO

Os declínios funcionais inerentes ao avanço da idade, associados ou não a doenças, podem causar impacto nas habilidades corporais necessárias à manutenção plena da independência, do cuidado de si e da autonomia. Algumas doenças crônicas relacionadas ao processo de envelhecimento precipitam esses declínios, desencadeando mudanças profundas na vida das pessoas afetadas.

São causas freqüentes de declínio cognitivo entre os idosos as demências pela Doença de Alzheimer e de Parkinson e algumas doenças psiquiátricas, como a esquizofrenia e a depressão<sup>(1-4)</sup>. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, estas condições estão entre as principais causas de anos vividos com incapacidade<sup>(5)</sup>. Com o avançar da doença pronunciam-se as dificuldades na realização das atividades da vida diária e nas relações sociais, bem como as alterações de comportamento.

Dentre as perdas associadas à senescência e à senilidade, indubitavelmente as perdas cognitivas são as que agregam maior impacto aos idosos, familiares e sociedade, pela amplitude de suas repercussões e pela indisponibilidade de tratamentos eficazes que possam reverter os déficits já instalados.

A deficiência cognitiva é uma das principais causas desencadeantes da utilização de serviços de saúde a longo prazo e institucionalização em idosos<sup>(6)</sup>. Estima-se que no Estado do Paraná existem 863.002 pessoas idosas, e 5542 dessas residem em instituição de longa permanência para idoso (ILPI), o que corresponde a aproximadamente 0,6% dessa população<sup>(7)</sup>.

Como muitas destas perdas nas aptidões físicas, cognitivas e no suporte social são permanentes, estes declínios traduzem-se em desafio para os profissionais que cuidam de idosos institucionalizados, especialmente no que tange ao modo de promover a assistência e o cuidado a esta população, para atender às especificidades da pessoa idosa.

Os modelos capacitadores da assistência propostos pela Organização Mundial de Saúde visam estimular a adoção de atitudes que prolonguem a independência à medida que as pessoas envelhecem<sup>(5)</sup>. O envelhecimento ativo, segundo a mesma fonte, é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

O envelhecimento ativo dos idosos residentes em ILPI deve permear todas as ações de cuidado dos profissionais de saúde, inclusive junto àqueles idosos que são frágeis, fisicamente incapacitados e que requerem cuidados. O cuidado gerontológico deve estar pautado no princípio da integralidade, voltado para a promoção da saúde e almeja o envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida para os idosos<sup>(8)</sup>.

O reconhecimento das aptidões cognitivas em idosos residentes em ILPI mediante a aplicação de testes neuropsicológicos (como, por exemplo, o miniexame do estado mental), permite ao gestor e aos profissionais de saúde adequar o cuidado prestado às necessidades e às possibilidades do idoso. A partir desse reconhecimento, é possível identificar os hóspedes mais frágeis e potencialmente expostos a riscos, bem como direcionar esforços para a manutenção das habilidades, potencialidades e capacidade funcional. Destacam-se, ainda, a obtenção de subsídios para a utilização do instrumental da educação em saúde e da promoção e orientação para o cuidado de si, pelos profissionais.

“A descrição da distribuição de um agravo de saúde em uma população é uma das fontes imprescindíveis para o planejamento e administração de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual”<sup>(9)</sup>. Os diagnósticos situacionais têm como objetivo revelar as circunstâncias e o contexto para propor ações e possíveis intervenções<sup>(10)</sup> e trazem subsídios fundamentais para qualquer modalidade de ação junto à população idosa. No estado do Paraná ainda são escassos os diagnósticos situacionais relativos aos comprometimentos associados ao processo de envelhecimento e às doenças crônicas da população que reside ILPI, em especial aos comprometimentos cognitivos. Das 251 instituições de longa permanência existentes no Estado do Paraná, aproximadamente 40% delas abrigam somente idosos independentes, enquanto 25% abrigam semidependentes e 35%, idosos dependentes para a realização das atividades de vida diária<sup>(7)</sup>.

Esse trabalho teve como objetivo avaliar o desempenho, no miniexame do estado mental, de mulheres idosas residentes em uma Instituição de longa permanência para idosos (ILPI), no município de Curitiba - PR.

## MÉTODOS

Trata-se de pesquisa quantitativa, com delineamento transversal e caráter descritivo. O estudo foi realizado em uma instituição de longa permanência de caráter privado e filantrópico, onde residem somente mulheres idosas, no município de Curitiba – PR.

A população do estudo foi composta pelas 153 mulheres residentes na ILPI, no período de dezembro de 2007 a julho de 2008, c, cujos prontuários multiprofissionais foram analisados individualmente, com o intuito de selecionar as idosas aptas a participar do estudo, por intermédio da aplicação dos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; tempo de institucionalização superior a três meses; e concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídas aquelas com surdez, afasia ou retardos mentais clinicamente

significativos, conforme documentados nos prontuários.

Considerou-se idoso, para este estudo, aquele com idade igual ou maior de 65 anos, parâmetro utilizado em alguns centros de pesquisa no Brasil sobre a população idosa. Tem, como objetivo, facilitar os critérios de comparação com pesquisas realizadas em outros países. São significativos os estudos apresentados na literatura internacional em países considerados desenvolvidos que definem o idoso como aquele que tem idade igual ou mais de 65 anos. Para obter maior rigor na seleção da amostra não foram consideradas as idosas recém-admitidas.

Após a seleção inicial dos 153 prontuários, 46 idosas não preencheram o critério etário, 2 não foram incluídas por habitarem a ILPI há menos de três meses, e 17 preencheram o critério de exclusão, emergindo a amostra provisória de 88 idosas.

A partir de observação e entrevistas preliminares com as 88 idosas inicialmente selecionadas como amostra, foi identificado que algumas destas também preenchiam os critérios de exclusão propostos por comprometimento

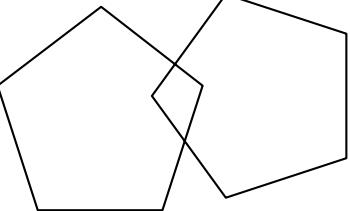
cognitivo acentuado, devido a doenças neurológicas ou psiquiátricas. Excluídas estas, a amostra definitiva foi composta por 34 idosas.

Os dados primários foram obtidos a partir da aplicação do miniexame do estado mental (MEEM) em 34 idosas participantes para estabelecer o desempenho de cada uma delas, conforme as pontuações obtidas. Os dados secundários foram coletados dos registros dos prontuários, mediante a utilização de instrumento elaborado.

O MEEM originalmente proposto<sup>(11)</sup>, validado para o português em 1994<sup>(12)</sup> e modificado<sup>(13)</sup>; constitui-se em um dos instrumentos de avaliação e rastreio de comprometimento cognitivo mais utilizados pelos profissionais de saúde no mundo. É composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma das com o objetivo de avaliar um grupo de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual<sup>(13)</sup>.

A pontuação total no MEEM pode variar de zero até

**Quadro 1 – Miniexame do estado mental (MEEM)**

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada? Em que dia da semana estamos? Que dia do mês é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos? Que local é este aqui? Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.

o máximo de 30 pontos. Utilizou-se nesse estudo o miniexame do estado mental<sup>(11)</sup> adaptado<sup>(13)</sup> (Quadro 1), e os pontos de corte conforme propostos<sup>(12)</sup>, de 13 pontos para idosas analfabetas, 18 pontos para aquelas com escolaridade baixa e média e 26 pontos para idosas com escolaridade alta.

Optou-se pela utilização desses pontos de corte por tratar-se de população residente em instituição de longa permanência, em sua maioria analfabetas ou com baixa escolaridade e, ainda, a aplicação do miniexame compreendeu etapa de *screening* cognitivo para a seleção de idosas cognitivamente aptas a responder um questionário multidimensional de saúde como etapa subsequente do estudo. Os pontos de corte propostos<sup>(13)</sup> demonstraram-se elevados para a etapa de *screening* cognitivo, revelando a prevalência de 88,2% de declínio cognitivo e impossibilitando a etapa subsequente pela amostra muito reduzida.

Os dados coletados foram organizados por estatística descritiva e distribuição de freqüência, empregando-se o programa Epi Info versão 6.01.

As questões éticas deste estudo foram alicerçadas na Resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto foi e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, por meio do Parecer nº 475.012.08.02. Os dirigentes da ILPI foram consultados e esclarecidos quanto à viabilidade do estudo, e consentiram a, sua realização.

## RESULTADOS

A faixa etária predominante das participantes do estudo foi composta por idosas com 80 anos ou mais (n=20; 58,8%), seguido daquelas com 70 a 79 anos (n=8; 23,5%) e, por fim, pelo grupo de idosas mais jovens com 65 a 69 anos (n=6; 17,7%).

Quanto ao tempo de institucionalização, 19 idosas (55,9%) residiam na instituição há menos de dez anos, e 15 (44,1%) há mais de dez anos. A média do tempo de institucionalização não foi apresentada, porque algumas das residentes viviam na instituição desde a juventude, tendo sido encontrado o tempo máximo de 55 anos.

A maior parte da amostra foi composta por idosas com até dois anos de educação formal (n=22; 64,7%). Dez residentes (29,4%) possuíam entre três e dez anos de escolaridade, e duas (5,9%) declararam ter mais de dez anos de escolaridade.

Das participantes do estudo, seis (17,6%) obtiveram menos de 13 pontos no MEEM, 13 idosas (38,2%) obtiveram de 13 a 17 pontos, 12 (35,3%) totalizaram entre 18 e 25 pontos e três (8,9%) alcançaram 26 pontos ou mais.

A Tabela 1 apresenta as médias calculadas para os itens idade e escore do MEEM para a amostra, bem como as

médias observadas nos subgrupos alfabetizadas e analfabetas.

**Tabela 1** – Médias de idade e DP, e escores no MEEM na amostra de idosas institucionalizadas segundo alfabetizadas e analfabetas. Curitiba – PR, dezembro/2007 a julho/2008

Amostra	Global (dp)	Alfabetizadas (dp)	Analfabetas (dp)
Idade	79,82 (8,23)	81,75 (3,53)	78,77 (5,66)
Escore	16,68 (5,60)	19,92 (6,53)	14,90 (4,21)

\* dp = desvio-padrão

MEEM - Miniexame do estado mental

Das idosas com 65 a 79 anos (n=14) a média de escore foi de 18 pontos (mínimo = 9; máximo = 30) e aquelas com 80 anos ou mais (n=20) a média foi de 15,65 pontos (mínimo = 6; máximo = 26). Na Tabela 2 observam-se os escores médios obtidos para as idosas alfabetizadas e analfabetas segundo a idade. Dentre as idosas alfabetizadas os escores médios daquelas com 65 a 79 anos foi de 25 pontos e daquelas com 80 anos ou mais foi 18,23 pontos. A média dos escores das idosas analfabetas com 65 a 79 anos foi de 16,09 pontos e daquelas com 80 anos ou mais foi de 13,73 pontos.

**Tabela 2** – Escores médios e DPno MEEM das idosas institucionalizadas alfabetizadas e analfabetas segundo idade. Curitiba – PR, dezembro/2007 a julho/2008

Idade	65 a 79 anos (dp)	80 anos ou mais (dp)
MEEM alfabetizadas	25,00 (8,45)	18,23 (3,53)
MEEM analfabetas	16,09 (3,11)	13,73 (4,95)

\* dp = desvio-padrão

MEEM - Miniexame do estado mental

Na Tabela 3 observa-se a distribuição das idosas classificadas com declínio cognitivos segundo as características individuais de idade, escolaridade e tempo de institucionalização. Segundo os pontos de corte utilizados, foram classificadas com declínio cognitivo nove idosas (26,5%), oito delas possuíam idade igual ou maior de 80 anos (88,9%) e apenas uma com idade entre 65 e 69 anos (11,1%). Quanto à escolaridade, cinco delas eram analfabetas (55,6%), três possuíam entre três e dez anos de ensino formal (33,3%) e uma possuía nível educacional elevado (11,1%). Das idosas com declínio cognitivo, seis (88,9%) residiam na ILPI há até dez anos, enquanto três idosas (33,3%) residiam há mais de uma década.

Na Tabela 4 apresenta-se a distribuição das idosas segundo escolaridade e pontuação nos sub-itens do miniexame. Das 22 idosas analfabetas, 10 (45,5%) obtiveram entre 0 e 1 ponto na orientação temporal, 21 (95,5%) não obtiveram pontos na atenção e cálculo e nem no ler e executar, e 20 (90,9%) não pontuaram nos sub-itens escrever e no diagrama.

**Tabela 3** – Idosas institucionalizadas com declínio cognitivo segundo idade, educação formal e tempo de institucionalização. Curitiba - PR, dezembro/2007 a julho/2008

Características	Com declínio cognitivo	
	n	%
Faixa etária (anos)	65-69	1 11,1
	70-79	- -
	> 80	8 88,9
Educação formal (anos)	0 a 2	5 55,6
	3 a 10	3 33,3
	15 ou mais	1 11,1
ILPI (anos)	1 a 10	6 66,7
	mais de 10	3 33,4
Total	9	100,00

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idoso

**Tabela 4** – Idosas institucionalizadas segundo escolaridade e pontuação nos sub-itens do MEEM. Curitiba - PR, dezembro/2007 a julho/2008

Sub-Item	Nº de pontos	Escolaridade (nº de anos)					
		0 a 2		3 a 10		15 ou mais	
		n	%	n	%	n	%
Orientação temporal	0-1	10	45,5	2	20,0	-	-
	2-3	8	36,4	3	30,0	-	-
	4-5	4	18,2	5	50,0	2	100,0
Orientação espacial	0-1	3	13,6	1	10,0	-	-
	2-3	8	36,4	3	30,0	-	-
	4-5	11	50,0	6	60,0	2	100,0
Registro	0-1	5	22,7	1	10,0	-	-
	2	8	36,4	2	20,0	1	50,0
	3	9	40,9	7	70,0	1	50,0
Atenção e cálculo	0-1	21	95,5	5	50,0	1	50,0
	2-3	1	4,5	2	20,0	-	-
	4-5	-	-	3	30,0	1	50,0
Memória de evocação	0-1	6	27,3	6	60,0	-	-
	2	9	40,9	-	-	1	50,0
	3	7	31,8	4	40,0	1	50,0
Nomeação	1	1	4,5	-	-	-	-
	2	21	95,5	10	10,0	2	100,0
	3	15	68,2	6	60,0	2	100,0
Repetição	0	5	22,7	2	20,0	-	-
	1	17	77,3	8	80,0	2	100,0
	2	5	22,7	4	40,0	-	-
Comando	1	2	9,1	-	-	-	-
	2	5	22,7	4	40,0	-	-
	3	15	68,2	6	60,0	2	100,0
Escrever	0	20	90,9	6	60,0	-	-
	1	2	9,1	4	40,0	2	100,0
	2	1	4,5	5	50,0	-	-
Ler e executar	0	21	95,5	5	50,0	-	-
	1	1	4,5	5	50,0	2	100,0
Diagrama	0	20	90,9	5	50,0	2	100,0
	1	2	9,1	5	50,0	-	-
Total		22	100,0	10	100,0	2	100,0

## DISCUSSÃO

Os resultados apontaram desempenho inferior no MEEM das idosas analfabetas e os grupos com os escores mais baixos no MEEM (menor de 13 e entre 13 e 17 pontos) foram compostos, em sua maioria, por idosas analfabetas

(83,5% e 76,9%, respectivamente). Alguns autores<sup>(12-15)</sup> têm constatado escores menores nos indivíduos com níveis educacionais mais baixos, sugerindo a forte influência da escolaridade sobre o estado cognitivo dos idosos.

Uma das hipóteses para explicar a associação entre demência e baixa escolaridade é a menor capacidade de compensação de déficits cognitivos entre os indivíduos com baixa escolaridade, enquanto o padrão neuropsicológico do comprometimento cognitivo em indivíduos com escolaridade alta é diferente, estando algumas áreas cerebrais mais preservadas do que outras<sup>(16)</sup>.

A baixa escolaridade é considerada fator de risco para a perda cognitiva em idades avançadas<sup>(15,17)</sup>. A associação entre o baixo nível educacional e o maior risco de desenvolver quadros demenciais pode estar relacionado à maior exposição a fatores ambientais deletérios ao sistema nervoso central, tais como: nutrição inadequada, escassa estimulação neuropsicomotora e maior exposição a condições precárias de vida, em especial na vida fetal e durante os primeiros anos de vida, prejudicando o seu desenvolvimento e se refletindo em piores performances cognitivas<sup>(18)</sup>.

Vários sub-itens do MEEM sofrem influência da escolaridade, tais como: orientação temporal e espacial, atenção, leitura, cópia dos pentágonos e escrita<sup>(12)</sup>. Para minimizar o viés da escolaridade, são utilizados pontos de corte distintos conforme os níveis de escolaridade. Entretanto, existe discrepância entre os diversos autores quanto aos pontos de corte a serem utilizados para os escores do MEEM. A comparação entre os diversos estudos se torna mais difícil devido a influência de variáveis sócio-demográficas, como idade, escolaridade, culturais, utilização de medicamentos, dentre outras. A escassez de outros estudos utilizando o miniexame junto à população de idosas residentes em instituição de longa permanência dificulta a interpretação e comparação dos resultados obtidos.

Outros autores optam por não determinar pontos de corte e salientam que haverá diferentes perfis no desempenho do miniexame, conforme a doença basal do indivíduo. Assim, os indivíduos parkinsonianos apresentam maiores dificuldades nos sub-itens do MEEM referentes ao sete seriado, no desenho ou na repetição. Os pacientes com doença de Alzheimer inicial poderão apresentar apenas queda mais evidente na recordação das palavras. Os indivíduos com quadros de confusão mental provavelmente terão maior comprometimento nos itens de orientação<sup>(13)</sup>, e entre os idosos deprimidos as funções executivas são as que apresentam maior comprometimento, seguidas de déficits atencionais e queda na velocidade de processamento, além de desempenho rebaixado em testes de memória<sup>(2)</sup>.

Utilizando-se os pontos de corte de 13 pontos para analfabetas, 18 para idosas com escolaridade baixa e média e 26 àquelas com escolaridade alta<sup>(12)</sup>, obteve-se a prevalência de 26,5% (n=9) de declínio cognitivo. Essa

prevalência encontrada entre as idosas institucionalizadas é elevada comparando-se com estudos realizados na comunidade. Entre idosos residentes em uma comunidade em Santo Antônio de Pádua – RJ<sup>(17)</sup>, observou-se a prevalência de declínio cognitivo de 16,5%, enquanto em uma comunidade de Viçosa – MG<sup>(14)</sup> a prevalência foi de 36,5%. Esses pesquisadores utilizaram pontos de corte mais altos daqueles utilizados no presente estudo, o que aumenta a sensibilidade e o número de casos identificados pelo miniexame.

Observou-se no presente estudo que as idosas com idades mais avançadas obtiveram piores desempenhos no MEEM. A prevalência de transtornos demenciais aumenta com a idade, passando de 1,3% nos indivíduos com 65 a 69 anos para cerca de 17% entre aqueles com 80 a 84 anos, alcançando aproximadamente 37,8% entre os que possuem 85 anos e mais<sup>(19)</sup>.

A expectativa de vida das mulheres aos 60 anos de idade é maior do que a dos homens, embora elas sejam vítimas mais freqüentes de violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo e poder político ao longo de suas vidas. Isso significa que a pobreza, as deficiências físicas e mentais e outros problemas múltiplos de saúde são comumente encontrados entre as mulheres em idades avançadas<sup>(5)</sup>. As características da população idosa feminina, tais como viuvez, renda reduzida, maior pobreza e doenças crônicas, as tornam frágeis e sujeitas à institucionalização<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

Observou-se elevada prevalência de declínio cognitivo, segundo o MEEM, na amostra estudada (26,5%). Os escores médios foram menores entre os grupos com idades mais avançadas e entre as analfabetas. Salienta-se que a amostra foi selecionada entre as idosas com melhor condição cognitiva para participar do estudo, inferindo-se que ao considerar a população total residente na instituição seriam encontrados graus mais elevados de comprometimento cognitivo. No entanto, esse instrumento apresenta limitação na avaliação do estado mental em casos de estágios avançados de perda cognitiva, por exigir do avaliado a capacidade de manter diálogo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida são tendências esperadas para a redução dos fatores de risco para demência em idades avançadas. Ao pensarmos em envelhecimento enquanto curso de vida, precisamos adotar hábitos e comportamentos ao longo de nossas vidas para preservar a saúde física e mental, a fim de vislumbrar o envelhecimento

ativo. Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem.

Ao reconhecer as perdas cognitivas entre as idosas residentes em instituição de longa permanência, entende-se a necessidade de atitudes e cuidados por parte dos profissionais de saúde que atendem a essa população. Ao mesmo tempo em que é necessário encorajá-las a realizar suas atividades do dia-a-dia por si mesmas é imprescindível levarmos em conta o comprometimento cognitivo. Escolher a roupa adequada e se vestir, calçar os sapatos ou deslocar-se até o seu quarto ou ao refeitório, ainda que ela possa andar, são tarefas que podem se tornar bastante complicadas de serem realizadas sem ajuda.

Nesse sentido, os modelos capacitadores de assistência reconhecem as qualidades dos idosos e os estimulam a manter atitudes independentes, ainda que pequenas, mesmo quando doentes ou frágeis. Assim, ao lidar com pessoas idosas com deficiências cognitivas é necessário enfatizar as suas capacidades e permitir o tempo necessário para a realização das atividades.

A consciência das deficiências físicas e da condição de dependência afeta as esferas emocionais e psicológicas das pessoas acometidas, podendo causar um dano adicional e contribuir para a morbidade e mortalidade. As pessoas em idade avançada com comprometimento cognitivo mais grave poderão perder a capacidade de expressar sentimentos e necessidades, como sede ou dor. A atuação dos profissionais inclui a observação do comportamento com o intento de identificar mudanças nos padrões habituais e que podem indicar situações de alerta.

Os profissionais que cuidam de idosas podem promover a alegria e o sentimento de utilidade entre elas, ao assumir atitudes capacitadoras de cuidado e ao engajá-las em atividades que promovam a satisfação pessoal.

Alguns cuidados poderão ser benéficos ao promover a estimulação sensorial e da memória, como atividades de passeios ao ar livre, conversas com pessoas mais jovens, encontros com fotografias e a utilização no dia-a-dia de relógios e calendários. Sugere-se o toque humano, além de ser um meio de estimulação sensorial, também é uma manifestação de calor humano e preocupação. Ainda, são úteis as tecnologias assistivas para compensar deficiências, como óculos, bengala, andador, aparelho auditivo e corrimão que contribuem para maximizar as capacidades dos idosos.

A prevenção de riscos deve ser uma preocupação constante dos profissionais que cuidam de pessoas idosas com declínio cognitivo. As medidas ambientais para

prevenir os acidentes devem ser observadas, em especial aquelas relacionadas às quedas, pois essas poderão ser desastrosas na manutenção da autonomia e independência.

A utilização de instrumentos para quantificar e monitorar os declínios cognitivos oferece parâmetros de avaliação e possibilita a adequação dos cuidados prestados, de acordo com as reais possibilidades das pessoas idosas. Em estágios iniciais do declínio cognitivo haverá comprometimento das atividades instrumentais de vida diária, que são complexas e exigem mais raciocínio e, ao evoluir para estágios avançados, as atividades básicas de vida diária também poderão necessitar de auxílio. Essa evolução negativa das doenças degenerativas é desestimulante, tanto para as idosas como para aqueles que cuidam delas. Mesmo assim, devemos acreditar na

capacidade delas em manter ou melhorar seu desempenho, encorajando-as sempre que possível. Essas situações exigirão dos profissionais atitudes de compreensão, paciência e tolerância.

Neste estudo infere-se sobre os dados de modo circunscrito, limitado ao contexto estudado, em razão da amostra reduzida. Ao aumentar a casuística neste tipo de estudo, espera-se o aumento de casos com transtorno cognitivo nessa faixa etária.

Dante da constatação da progressão do declínio cognitivo entre as pessoas com idade avançada, especificamente das residentes em instituição de longa permanência, os profissionais têm papel meritório de preservar a dignidade, o valor pessoal, a liberdade e a individualidade.

## REFERÊNCIAS

- Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(4):316-20.
- Pittella JEH. Neuropatologia da doença de Alzheimer. In: Tavares A, organizador. *Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica*. Rio de Janeiro: MEDSI; Guanabara Koogan; c2005.
- de Lau LM, Schipper CM, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM. Prognosis of Parkinson disease: risk of dementia and mortality: the Rotterdam Study. *Arch Neurol.* 2005;62(8):1265-9.
- Laks J, Fontenelle LF, Chalita A, Mendlowicz MV. A esquizofrenia de início tardio não evolui para demência: acompanhamento de um ano de uma série brasileira de casos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2006;64(4):946-9.
- Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS; 2005.
- Finlayson M. Changes predicting long-term care use among the oldest-old. *Gerontologist.* 2002;42(4):443-53.
- Camarano AM. Condições de funcionamento e infraestrutura nas instituições de longa permanência: pesquisa IPEA [Internet]. Julho, 2008. Disponível em: [www.ipardes.gov.br](http://www.ipardes.gov.br).
- Hammerschmidt KSA, Zagonel IPS, Lenardt MH. Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(3):362-7.
- Klein CH, Bloch KV. Estudos seccionais. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003-2006. p. 125-50.
- Nogueira-Martins MCF, Bóguis CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):44-57.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
- Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa - MG. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4):592-605.
- Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miníexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2007;34(1):13-7.
- Machado JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Laks J, Batista EMR, Faria MEV, Figueira I, Engelhardt E. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):782-5.
- Ardila A, Ostrosky-Solis F, Rosselli M, Gómez C. Age-related cognitive decline during normal aging: the complex effect of education. *Arch Clin Neuropsychol.* 2000;15(6):495-513.
- Nitrini R, Caramelli P, Mansur LI, editores. *Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação*. São Paulo: Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.
- Papaléo Netto M, Yuaso DR, Kitadai FT. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *Mundo Saúde (1995).* 2005;29(4):594-607.