



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá

Brasil

Dutra de Mello, Bruna Luiza; Lourenço Haddad, Maria do Carmo; Gomes Dellaroza, Mara Solange

Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 34, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 95-102

Universidade Estadual de Maringá

Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226630014>

- 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



Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados

Bruna Luiza Dutra de Mello*, Maria do Carmo Lourenço Haddad e Mara Solange Gomes Dellarozza

*Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Rod. Celso Garcia Cid, PR-445, km 380, 86051-990, Londrina, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. E-mail: buica_mello@hotmail.com*

RESUMO. No Brasil, a institucionalização do idoso ocorre quando ele apresenta baixos níveis de dependência e um dos fatores que leva a isso é o comprometimento cognitivo. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar o estado cognitivo de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILP), Londrina, Estado do Paraná, detectando possíveis perdas cognitivas, reafirmando diagnóstico prévio de demência e subsidiando o desenvolvimento de atividades lúdico-pedagógicas. O instrumento aplicado na avaliação cognitiva contemplava questões socioeconômicas, demográficas e psicológicas. O estado cognitivo dos idosos foi verificado por meio do Mini-Exame do Estado Mental, associado a uma escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) de Katz. Os pontos de corte utilizados no MEEM foram diferenciados pela escolaridade. Da população de 44 idosos, residentes na instituição, foi possível realizar os testes de avaliação do estado cognitivo em 28, desses 39,3% apresentaram comprometimento cognitivo, valor aumentado para 71,4% quando aplicado ponto de corte padrão. Todos os indivíduos demenciados submetidos aos testes cognitivos apresentaram escores baixos. Assim, exercícios que envolvam a atenção, concentração, pensamento lógico e memória, necessitam ser empregados a fim de preservar a capacidade funcional do indivíduo que envelhece, valorizando sua autonomia.

Palavras-chave: enfermagem, idoso, instituição de longa permanência para idosos, cognição.

Cognitive evaluation of institutionalized elderly

ABSTRACT. In Brazil, the institutionalization of the elderly occurs when they present low dependence level due to the cognitive commitment. Thus this study assessed the cognitive state of the elderly living in homes for the aged, Londrina (Paraná State), detecting possible cognitive impairment, confirming previous diagnosis of dementia and subsidizing the development of recreational-educational activities. The tool applied in the cognitive evaluation was comprised by questions social and economic, demographic and psychological. The elderly cognitive state was verified through the Mini-Mental State Examination (MMSE) and Activities of Daily Living (ADL) from Katz. The cut-off points used in the MMSE were differentiated based on the schooling degree. Of the total population of 44 elderly, it was possible to accomplish the cognitive state test to 28 of them; from this 39.3% presented cognitive commitment, and this value increased for 71.4% when we applied standard cut-off points. All the people with dementia submitted to cognitive tests presented low scores. Therefore, exercises that involve the attention, concentration, logical thinking and memory, are required to preserve the individual functional capacity that ages, valuing his autonomy.

Keywords: nursing, elder, homes for the aged, cognition.

Introdução

No Brasil, segundo indicadores demográficos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a expectativa de vida da população brasileira em 2007 era de 72,48 anos e os idosos representavam 9,6% da população. De acordo com estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), em 2025, haverá aproximadamente 32 milhões idosos no Brasil. Com o aumento da expectativa de vida, a saúde pública tem encontrado como um dos seus maiores desafios, a promoção da qualidade de vida dos indivíduos em envelhecimento.

Para Vieira (1996), o envelhecimento é visto como um fenômeno do processo da vida que, como a infância, adolescência e maturidade, denotam mudanças biopsicossociais específicas implicadas na passagem do tempo. É um processo universal, mas individual, inerente a cada pessoa, passando por situações comuns, que exigem diferentes maneiras de lidar.

O processo de envelhecer saudável, senescência, preserva as funções cognitivas, pessoais e de relação do indivíduo, podendo ser satisfatório (bem-sucedido) ou usual (com prejuízos, porém com

capacidade de melhorar as perdas funcionais). Já a senilidade, ocorre quando há danos ou prejuízos em maior intensidade, com deficiências funcionais marcantes, podendo haver mudanças no sistema nervoso, levando ao déficit cognitivo com prejuízo nas realizações de atividades cotidianas (PAPALÉO NETO, 2006).

Associado a isso, o déficit na realização de tarefas cotidianas e no estado mental predispõe o encaminhamento de idosos às instituições de longa permanência (ILP), muitas vezes por familiares.

No Brasil, observa-se frequentemente a institucionalização definitiva de idosos com baixos níveis de dependência, em diferentes faixas etárias, entretanto, a literatura internacional revela a institucionalização de idosos mais velhos ou acima dos 85 anos, vítimas de múltiplas perdas funcionais ou atividade de vida diária comprometida e demenciados (BORN; BOECHAT, 2002).

Com o envelhecimento o sistema nervoso central é o mais comprometido, por ser atingido por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (meio ambiente, metabolismo, radicais livres e outros) que afetam as funções mais importantes do organismo, como aquelas que capacitam o indivíduo para a vida social. Assim, reduz a capacidade intelectual, seja essa de memória, raciocínio lógico, juízo crítico, funções práxicas e gnósicas, afetividade, personalidade e atitude (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

As alterações do estado cognitivo e a não realização de atividades antes exercidas, estão entre os principais motivos da institucionalização dos idosos. Essa mudança de ambiente leva, na maioria das vezes, as pessoas a apresentarem menor desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, pois a maioria dessas ILPs não possui recursos financeiros e humanos para oferecer ao idoso uma atenção integral. Com isso, é necessário que as alterações nos idosos sejam acompanhadas, exames físicos e avaliações do estado cognitivo empregados, a fim de distinguir a senescência da senilidade, possibilitando dessa forma o desenvolvimento de atividades específicas aos diferentes processos de envelhecer, sejam eles saudáveis ou não.

Considerando esses aspectos, este estudo teve por objetivo avaliar o estado cognitivo de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência (ILP), Londrina, Estado do Paraná, detectando possíveis perdas cognitivas, reafirmando diagnóstico prévio de demência e subsidiando o desenvolvimento de atividades lúdico-pedagógicas.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, individuado e observacional realizado com 44 idosos de uma Instituição de Longa Permanência, mantida pela Igreja Presbiteriana e Prefeitura Municipal de Londrina, Estado do Paraná. A coleta de dados foi realizada por duas docentes e dois estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), por meio da utilização de um formulário. O instrumento contemplava questões socioeconômicas, demográficas e psicológicas retiradas do prontuário ou do relato do familiar responsável pelo idoso na instituição. O estado cognitivo dos idosos foi verificado através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (BRUCKI et al., 2003).

O MEEM é utilizado como um rastreamento do estado cognitivo, auxiliando no diagnóstico de demência e avalia cinco áreas da cognição: orientação, registro, atenção e cálculo, recuperação e linguagem.

Inicialmente, os escores para o MEEM seriam uma adaptação de um estudo (BRUCKI et al., 2003) que considerava um ponto de corte de 20 para analfabetos, 25 para um a quatro anos de escolaridade, 26,5 para cinco a oito anos, 28 para 9 a 11 anos e 29 ou mais para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. Porém, no decorrer da pesquisa percebeu-se que eram valores elevados para a população desse estudo, pelo índice significativo de analfabetismo e de baixa escolaridade. Assim baseado em outras pesquisas (BERTOLUCCI et al., 1994), optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade.

Também se aplicou uma escala funcional, de Atividades Básicas de Vida Diária (AVD), uma vez que Bustamante et al. (2003) relatam que a associação de um teste cognitivo com escalas funcionais aumenta a confiabilidade dos resultados, levando a detecção de casos leves ou moderados de demência. Mesmo em amostras de população diversificada em relação ao nível socioeconômico e educacional, como a brasileira, há aumento da confiabilidade dos resultados. Com isso, optou-se por aplicar os dois testes na população desse estudo.

A escala de AVD de Katz avalia as atividades fundamentais à manutenção da independência: capacidade de alimentar-se, ter continência, locomover-se, banhar-se, vestir-se e utilizar o banheiro. A pontuação resulta da soma de respostas sim e seis pontos significam independência para as AVD; quatro pontos, dependência parcial e dois dependência importante (KATZ et al., 2006, p. 1534).

Os diagnósticos de patologias presentes nos idosos, assim como o tratamento utilizado foram dados obtidos dos prontuários. E, em relação à sensação dolorosa considerou-se o relato verbal dos participantes. A profissão/ocupação foi categorizada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2002).

Os dados foram coletados, no período de agosto de 2007 a maio de 2008, após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, registrado no protocolo nº 0245.0.268.000-07, autorização por escrito da direção da instituição em que a pesquisa foi realizada e, dos familiares responsáveis pelos idosos.

Os resultados e a análise estatística foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2003, analisados por porcentagem simples, seguindo as normas preconizadas para um estudo descritivo e comparativo.

Resultados e discussão

Da população constituída de 44 idosos, 16 (36,4%) residentes apresentaram algum tipo de déficit - motor, visual, auditivo - ou diferença linguística e cultural que não permitiu a realização dos testes de avaliação do estado cognitivo - MEEM. Com isso, 28 (63,6%) idosos conseguiram preencher o instrumento completamente.

A amostra total (N = 44) residente na instituição abrangeu idosos entre 60 e 97 anos, sendo 41 (93,2%) do sexo feminino e três (6,8%) do sexo masculino, 31 (70,5%) eram idosos jovens com uma média de idade de 79,02 anos, 30 (68,2%) eram viúvos, 29 (65,9%) não possuíam filhos ou tinham até dois descendentes e 15 (34,1%) dos idosos não tinham descendentes (Tabela 1).

Toda a população era aposentada, 15 (34,1%) realizavam trabalho em casa antes de aposentar-se ou serem institucionalizados, 30 (68,2%) residia na ILP de dez dias até cinco anos e, 23 (52,3%), além da aposentadoria, pagavam uma quantia a mais à instituição por receberem atendimento particular.

No quesito escolaridade, necessário à avaliação do desempenho no MEEM, 17 (38,6%) da amostra pesquisada era analfabeta, 22 (50%) cursaram de um a quatro anos de estudo e cinco idosos (11,4%) de cinco a oito anos. Porém, das efetivamente pesquisadas (n = 28) que conseguiram realizar o MEEM, 11 (39,3%) eram analfabetos, 15 (53,6%) estudaram de um a quatro anos e dois (7,1%), de cinco a oito anos.

Da população em estudo (N = 44), 28 (63,6%) dos idosos apresentaram um ou mais diagnósticos de doenças neuropsíquicas, 22 (50%) de

cardiovasculares, 12 (27,3%) tinham história de traumas ou morbidades osteoarticulares, dez (22,7%) endócrinas, cinco (11,4%) gastrintestinais, quatro (9,1%) respiratórias e, a mesma porcentagem, de geniturinárias, dois (4,5%) oftálmicas - déficit visual bilateral e catarata - e um (2,3%) otorrinolaringológica.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de idosos residentes em uma ILP, Londrina, Estado do Paraná, Brasil, 2007/2008.

Perfil dos idosos	Frequência	Porcentagem
Idade		
60 a 84 anos	31	70,5
Acima de 85 anos	13	29,5
Estado Civil		
Viúvo	30	68,2
Solteiro	10	22,7
Separado/ divorciado	4	9,1
Nº de filhos		
Nenhum a dois	29	65,9
Três a cinco	11	25,0
Seis a oito	2	6,8
Nove ou mais	1	2,3
Profissão/ Ocupação prévia		
Dona-de-casa	15	34,1
Empregada doméstica	10	22,7
Trabalhadora rural	8	18,2
Costureira	4	9,0
Cabeleireira	1	2,3
Balconista	1	2,3
Governanta	1	2,3
Missionária	1	2,3
Professora	1	2,3
Ignorado	2	4,5
Há quanto reside no lar		
Menos de 1 ano	12	27,3
1 a 5 anos	18	40,9
6 a 10 anos	8	18,2
Mais de 10 anos	6	13,6
Tipo de convênio		
Particular	23	52,3
Prefeitura	21	47,7
Total de idosos avaliados	44	100

As alterações neuropsíquicas encontradas foram demências, depressão, esquizofrenia, transtorno obsessivo compulsivo, esclerose múltipla, doença de Parkinson, distúrbios relacionados às drogas e outros transtornos psiquiátricos, sendo as demências as mais prevalentes. Estas acometiam 17 (38,6%) dos 44 idosos, sendo a mais prevalente Alzheimer com 26 (58,8%), seguido das demências vasculares com dez (23,5%). Além disso, sete (15,9%) pessoas da amostra pesquisada apresentavam depressão e seis (13,6%) esquizofrenia.

As patologias cardiovasculares foram a de segunda maior prevalência. Alguns idosos tinham mais de um tipo dessas doenças, com predomínio da hipertensão arterial presente em 17 (38,6%) dos 44 participantes. Além disso, 13 (29,5%) desses apresentavam história e/ou sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE).

As alterações endócrinas estavam representadas por distúrbios da tireoide, obesidade e diabetes

mellitus. Esta última estava diagnosticada em nove (20,4%) dos residentes e, além disso, 55,6% destes tinham a hipertensão arterial associada.

Os prejuízos no sistema osteoarticular resultavam de osteoporose, dores articulares, artrose, atrofia de membros e fraturas de tornozelo (por atropelamento) e fêmur, a incidência desta última nos participantes foi de cinco (11,4%).

As doenças gastrintestinais encontradas foram o megacólon chagásico, constipação e gastrite. Nas doenças pulmonares, três (6,8%) dos idosos eram portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e um (2,3%) de fibrose cística. Já nas geniturinárias, encontravam-se a incontinência urinária, prolapso uterino e infecção do trato urinário de repetição.

Em relação ao tabagismo, 17 (38,6%) eram ex-tabagistas, já o etilismo foi descrito em seis (13,6%) dos prontuários pesquisados. Os portadores de DPOC, cinco (45,5%) dos sequelados de AVE e quatro (23,5%) daqueles com diagnóstico de demência mantiveram o vício do tabaco em algum período da vida.

As sensações dolorosas são comumente encontradas em pessoas com idade mais avançada, decorrente das modificações corpóreas ocorridas e/ou de doenças existentes. Estas estavam presentes em 13 participantes (45,5%) da amostra, em seis (13,6%) entrevistas o dado ficou prejudicado pelo déficit cognitivo apresentado que não possibilitou a resposta verbal.

As dores acometiam diversas regiões corpóreas, desde pés, mãos até o corpo todo, relacionada, na maior parte das vezes, a alguma patologia ou trauma. Estavam presentes em seis (54,5%) dos sequelados de AVE e, em nove (56,2%) dos 16 cadeirantes e/ou acamados, que não apresentaram nenhum prejuízo em responder. A característica dolorosa mais presente foi a do tipo pontada, que acometia sete (53,8%) idosos que relataram dor.

Quanto à deambulação, 19 (43,2%) eram acamados/cadeirantes, 18 (40,9%) caminhavam sem auxílio e, sete (15,9%) com auxílio, seja este bengala, andador ou outro apoio como, a mão de outra pessoa.

Com relação à aplicação do MEEM, os dados mostram que 11 (39,3%) idosos apresentaram déficit cognitivo e a média neste teste referente aos 28 participantes foi de 17,7, pontuação baixa se considerado o ponto de corte padronizado internacionalmente equivalente a 23.

No entanto, com base no ponto de corte adotado neste estudo, percebe-se que tanto a média do escore para analfabetos, 14 versus 13 (ponto de corte), quanto daqueles com escolaridade de um a oito anos, 20,1 versus 18 encontram-se acima do mínimo esperado.

Aplicou-se também a escala de Avaliação de Vida Diária (AVD) de Katz (Tabela 2) na amostra total (N = 44), em que a pontuação média foi de 2,4 e 37 (84,1%) idosos possuíam algum grau de dependência, seja parcial ou total. Estes achados demonstraram um grau elevado de dependência dos residentes nesta instituição, uma taxa de grau de independência igual a sete (15,9%) e seis (85,7%) dos independentes eram idosos jovens (de 60 a 85 anos).

Porém, ao considerar-se separadamente a AVD de Katz dos 28 idosos em que se aplicou o MEEM (Tabela 2) viu-se que 19 (67,8%) destes possuíam algum grau de dependência e que 21 (75%) eram idosos de 60 a 85 anos e apresentavam uma pontuação média de 3,5. Em relação aos idosos acima de 85 anos, todos possuíam algum grau de dependência e apresentaram uma média de pontuação de 1,9.

Juntamente a isso, verificou-se que os idosos com déficit cognitivo apresentado no MEEM tiveram uma média de 2,5 pontos no cumprimento da AVD, já os sem comprometimento cognitivo de 3,4 pontos. Além disso, sete (63,6%) dos 11 idosos com possível comprometimento cognitivo eram totalmente dependentes, segundo a escala de AVD, valor aumentado se comparado aos sete (38,9%) dos que não possuíam alterações cognitivas.

Tabela 2. Grau de dependência de idosos residentes em uma ILP segundo a escala de Avaliação de Vida Diária (AVD) de Katz, Londrina, Estado do Paraná, Brasil, 2007/2008.

Grau de dependência	Idosos de 60 – 84 anos (%)		Idosos de 85 anos ou mais (%)	
	Todos os idosos (N = 44)	Idosos com aplicação do MEEM (n = 28)	Todos os idosos (N = 44)	Idosos com aplicação do MEEM (n = 28)
Independente	13,6	32,2	2,3	-
Parcialmente dependente	13,6	10,7	4,6	7,1
Dependente	43,2	28,6	22,7	21,4
Total	70,4	71,5	29,6	28,5

Ao realizar-se uma comparação entre as variáveis escolaridade, estado cognitivo e nível de atividade de vida diária nos 28 idosos submetidos ao teste cognitivo (Tabela 3), estatisticamente, não se percebeu uma correlação entre as variáveis - baixa escolaridade, desempenho no teste cognitivo e dependência funcional. Porém, descritivamente verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o estado cognitivo e menor a dependência nas atividades de vida diária.

Tabela 3. Valores médios de idade, escolaridade, aspecto cognitivo e desempenho funcional de idosos residentes, em uma ILP, Londrina, Estado do Paraná, Brasil, 2007/2008.

Variável	Média total	Alfabetizadas média	Analfabetas média
Idade (anos)	78	74,8	82,8
Escolaridade (anos)	1,8	3,0	–
MEEM (pontos)	17,7	20,1	14
KATZ (pontos)	2,4	3,5	2,4

Adotando-se uma mesma faixa etária de idosos jovens (de 60 a 85 anos) em grupos de analfabetos e alfabetizados percebe-se claramente a influência que a escolaridade traz no desempenho do teste cognitivo, com um aumento de quase 80% no MEEM (Tabela 4).

Tabela 4. Média de variável estudada em idosos jovens residentes em uma ILP segundo a idade, Londrina, Estado do Paraná, Brasil, 2007/2008.

Variável	Idade (60 a 85 anos)	MEEM
Idosos jovens analfabetos	76,80	11,4
Idosos jovens alfabetizados	72,53	20,4

Baseado no perfil sociodemográfico e psicológico da população deste estudo pode-se confirmar o que Born e Boechat (2002) relatam ser fator de risco para institucionalização, a síndrome de imobilidade, pois foi verificado que 59,1% necessitavam de alguma ajuda para se mobilizar; múltiplos problemas decorrentes de patologias, cada idoso possuía pelo menos um diagnóstico de alguma patologia; depressão, presente em 15,9% deles; ser do sexo feminino, no caso dessa instituição 93,2% da amostra pertencia a este sexo; ter acima de 70 anos, 88,64% estavam inclusos nesta faixa etária; ser solteiro ou viúvo, 90,9% encontravam-se em um desses dois estados civis; sem filhos, 34,1% deles não possuíam filhos e, 65,9% totalizavam os indivíduos com nenhum ou, até dois filhos.

Em relação à dor, 45,6% dos idosos pesquisados apresentaram essa queixa. Achado condizente com a revisão bibliográfica feita por Augusto et al. (2004), em que aproximadamente 45-80% dos idosos institucionalizados manifestam pelo menos um tipo de dor, e os sintomas são referidos como contínuos em 34% desses.

Quanto às patologias encontradas, no presente estudo pode-se encontrar semelhança dos dados com o estudo realizado por Herédia et al. (2004), realizado com idosos residentes em 14 instituições de longa permanência no Rio Grande do Sul, em que se constatou alta prevalência das doenças cardiocirculatórias, como hipertensão arterial, cardiopatias, isquemia e varizes, com 43,2%. As

doenças osteoarticulares que atingiam 26%, depressão 10,2%, problemas urológicos 5,7%, gastrite 5,1%, problemas respiratórios 4,6%.

Os achados do presente estudo, sobre patologias neuropsíquicas coincidem com que Naranjo et al. (1995) citam como as principais doenças psiquiátricas que atingem os idosos: depressão, transtorno bipolar, ansiedade, transtornos psicóticos e demências.

Todos os idosos pesquisados com diagnóstico prévio de demência apresentaram escore mais baixo para o ponto de corte no MEEM, achado que confirma o diagnóstico. Os achados também demonstraram que 58,8% dos idosos tinham a Doença de Alzheimer (DA). Segundo Charchat et al. (2001) a DA é caracterizada pela presença de placas senis e emaranhados neurofibrilares nas regiões do hipocampo e córtex cerebral, e é a demência mais frequente, correspondendo a aproximadamente 50% dos casos em países ocidentais.

O sistema nervoso central é atingido pelo envelhecimento, tanto por fatores intrínsecos (genéticos), quanto por extrínsecos, nestes se incluem o tabagismo e o etilismo. Zhou et al. (2003) avaliaram uma população de 3.012 chineses e observaram que o tabagismo e etilismo diário tornavam-se fatores de risco para a ocorrência de déficit cognitivo. No presente estudo, foi constatado que 75% dos tabagistas e 50% dos etilistas apresentaram pontuação no MEEM abaixo do ponto de corte.

A alteração cognitiva encontrada neste estudo, mesmo que elevada, 39,3%, ainda não é das maiores se comparadas a resultados de outras pesquisas. Em um estudo realizado em uma ILP, Engelhardt et al. (1998) encontraram 52,4% dos idosos com comprometimento cognitivo. Neste mesmo estudo, 43,8% do total de escores dos idosos jovens encontravam-se abaixo do ponto de corte segundo cada nível de escolaridade e, dos idosos velhos (acima de 85 anos) este percentual era de 67,3%. Já no presente estudo, 40% dos idosos jovens e 37,5% dos velhos apresentaram escore abaixo do ponto de corte. Valores contraditórios se comparados às demais literaturas, pois idosos mais velhos têm maior propensão de desenvolver alterações cognitivas. Porém, tais valores podem ser resultantes da pequena amostra constituída de idosos muito velhos, $n = 8$, se comparados aos idosos jovens, $n = 20$; como também, da não-aplicação do teste cognitivo em 16 idosos, que, como já citado, estavam impossibilitados de responder ao MEEM.

Ao contrário de tais achados, quando usado o ponto de corte-padrão de 23 há um aumento dos

valores, provavelmente pela incorporação de “casos” falso-positivos (ENGELHARDT et al., 1998). Isso se evidencia pela mudança do déficit cognitivo de 39,3 para 71,4% da amostra submetida aos testes de cognição, de 40 para 60% a porcentagem de idosos jovens abaixo do ponto de corte e, de 37,5 para 100% de velhos, sugerindo que a divisão por escolaridade permanece mais perto da realidade.

Converso e Iartelli (2007), em um estudo sobre a caracterização e análise do estado mental e funcional de 115 idosos institucionalizados em ILPs, encontraram um déficit cognitivo de 76,7%, utilizando um ponto de corte de 19 para analfabetos e 23 para os alfabetizados. Adotando-se o mesmo ponto de corte de tal estudo para os 28 idosos, chegou-se a um valor de 60,7% indivíduos com déficit cognitivo. Valor aumentado em relação aos 39,3% idosos com comprometimento cognitivo, baseados na metodologia de pontuação desta pesquisa.

Alguns resultados aqui apresentados também se assemelham aos presentes no estudo realizado por Quadros Junior et al. (2008), em que a média de idade dos idosos submetidos aos testes de cognição foi de 74,21 anos e do desempenho no MEEM foi de 18 pontos.

Em relação às atividades de vida diária, o fato dos indivíduos, em sua maioria, não serem independentes funcionalmente faz com que necessite de supervisão, direcionamento ou auxílio, para as atividades como: banhar-se, vestir-se, utilizar o banheiro para eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter continência das eliminações e alimentar-se (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

A prevalência de independência funcional da população desse trabalho é de 15,9%, valor abaixo do encontrado em outros estudos sobre o grau de independência de idosos residentes em ILP.

Ocaña et al. (2006), em um estudo com idosos moradores de um longa de longa permanência de Huelva, cidade espanhola, encontraram que da amostra de 19 residentes 36,8% desses eram independentes. Achado semelhante foi encontrado em outra pesquisa realizada em instituições da cidade de Taubaté, Estado de São Paulo, em que dos 187 idosos institucionalizados 37% eram independentes (ARAÚJO; CEOLIM, 2007).

A literatura ressalta também que quanto mais elevado o nível educacional, maior o fator de proteção quanto ao desenvolvimento de quadros demenciais, especialmente a doença de Alzheimer. Katzman (1993) fundamenta esta afirmação por meio da teoria da “reserva cerebral”, em que a educação formal aumentaria a densidade sináptica em áreas associativas neocorticais, reduzindo o

impacto das agressões ao sistema nervoso central, provocando um atraso potencial no início do desenvolvimento de quadros demenciais, de cerca de quatro a cinco anos. Assim, o baixo nível educacional pode tornar o indivíduo mais predisposto ao desenvolvimento de quadros demenciais por ter maior propensão de se expor a fatores ambientais deletérios ao SNC, principalmente na vida fetal e nos primeiros anos de vida, resultando em uma vida adulta com pior performance cognitiva (ARDILA et al., 2000).

O fator neuropsicológico envolvido no envelhecimento, seja ele patológico ou não, deixa consequências aos processos cognitivos, como aprendizagem e, principalmente, memória. Partindo-se desse pressuposto, atividades que mantenham os idosos ativos mentalmente e fisicamente, proporcionam maior autonomia e qualidade de vida.

No caso de ILPs, em que o quadro de funcionários e a multidisciplinariedade não é tão adequado, principalmente pela falta de recursos, os residentes nas mesmas tornam-se passivos em seu envelhecimento e os aspectos cognitivos e as atividades de vida diária ficam comprometidos. Assim, atividades que auxiliem no desenvolvimento da autonomia dos mesmos, de maneira direta ou indireta, necessitam ser empregadas.

Em um estudo realizado por Souza e Chaves (2005) sobre o efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis, realizou-se o MEEM em uma determinada amostra de pessoas acima de 60 anos e, a partir disso, aplicaram-se atividades estimuladoras da memória, como resolução de problemas, cálculos, memorização visual e leitura. Depois de certo período, reaplicaram o MEEM e identificaram que 66% dos idosos haviam apresentado a melhora no desempenho do teste cognitivo aplicado.

O estímulo ao cérebro com aplicação de atividades necessárias de atenção, concentração e pensamento lógico, eleva a densidade sináptica cerebral, cuja rede de transmissão é responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro (SOUZA, 2005).

Além das atividades psicopedagógicas e exercícios físicos que mantêm os idosos mais ativos e com melhora do bem-estar, por exercitar trabalhar dinamicamente os aspectos neurofisiológicos. Outro tipo de recurso que pode mantê-los com menor risco para senilidade e, quando já presente, com uma melhora e/ou não-progressão da mesma é a musicoterapia.

Quando se aborda esse tipo de atividade, não se pretende inferir que o idoso teria uma participação passiva, somente de escuta musical e, sim aprender

um instrumento, explorando o som proporcionado pelo mesmo. Desse modo, Janata e Grafton (2003) afirmam que a música, por se constituir de uma sequência de movimentos e sons, proporciona à mente múltiplas experiências. Desencadeando uma íntima relação de música-movimento, percepção-ação, a proporcionar um modo de examinar a organização cerebral de comportamentos complexos.

Assim, a partir desses resultados pretende-se desenvolver com os idosos residentes desta ILP atividades que estimulem e/ou mantenham os mesmos ativos mentalmente, por meio de exercícios que envolvam a atenção, concentração, pensamento lógico e memória. Associado a isso, o desenvolvimento da escrita e leitura nos idosos analfabetos em que o quadro cognitivo e o anseio por aprender possibilitem a utilização de tais habilidades. E, caso seja possível, inserir a musicoterapia no cotidiano dos mesmos, envolvendo os idosos na aprendizagem de algum instrumento, baseado nas possibilidades físicas e mentais individuais.

Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo assemelham-se aos de outras pesquisas realizadas, utilizando o mesmo ponto de corte.

Constatou-se a necessidade de estudos com uma amostra maior de idosos em ILP's, utilizando-se testes cognitivos com pontos de corte baseados na escolaridade do idoso, a fim de subsidiar a real fidedignidade desta pontuação no rastreamento de alterações cognitivas.

Preservar a capacidade funcional do indivíduo que envelhece, significa valorizar sua autonomia, tornando sua autoestima mais elevada, possibilitando uma senescência proveitosa. Isso pode ser proporcionado pelo estímulo mental e físico constante, pelas atividades que retardem um possível declínio cognitivo e/ou preservem habilidades cerebrais presentes.

Referências

- ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 378-385, 2007.
- ARDILA, A.; OSTROSKY-SOLIS, F.; ROSSELLI, G. C. Age-relates cognitive decline during normal aging: the complex effect of education. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 15, n. 6, p. 495-513, 2000.
- AUGUSTO, A. C. C.; SOARES, C. P. S.; RESENDE, M. A.; PEREIRA, L. S. M. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. **Textos Sobre Envelhecimento**, v. 7, n. 1, p. 89-104, 2004.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1131-1141.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos do Brasil 2008**. Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2008.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação brasileira de ocupações. **Listagem da CBO**. Brasília: Esplanada dos Ministérios, 2002.
- BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.
- BUSTAMANTE, S. E. Z.; BOTTINO, C. M. C.; LOPES, M. A.; AZEVEDO, D.; HOTOTIAN, S. R.; LITVOC, J.; JACOB FILHO, W. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-A, p. 601-606, 2003.
- CHARCHAT, H.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K. Investigação de marcadores clínicos dos estágios iniciais da doença de Alzheimer com testes neuropsicológicos computadorizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 2, p. 305-316, 2001.
- CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 565, n. 4, p. 267-272, 2007.
- ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; MARINHO, V. M. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, p. 74-79, 1998.
- FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELETTI, I. A.; RAMALHO, M. H.; SASSI, A.; BORGES, M. N. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos Sobre Envelhecimento**, v. 7, n. 2, p. 9-21, 2004.
- JANATA, P.; GRAFTON, S. T. Swinging in the brain: shared neural substrates for behaviors related to sequencing and music. **Nature Neuroscience**, v. 6, n. 7, p. 682-687, 2003.
- KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R.; GROTZ, R. C. Progress in the development of the index of ADL. In:

- FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1534.
- KATZMAN, R. Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. **Neurology**, v. 43, n. 1, p. 3-20, 1993.
- NARANJO, C. A.; HERRMAN, N.; MITTMANN, N.; BREMMER, K. E. Recent advances in geriatric pharmacology. **Drugs and Aging**, v. 7, n. 3, p. 184-202, 1995.
- OCAÑA, M. J. R.; GÓMEZ, A. T.; PONCE, C. R.; RODRÍGUEZ, J. B. R. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. **Gerokomos**, v. 17, n. 1, p. 6-23, 2006.
- OMS-Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). **Saúde das pessoas idosas**. Genebra, 1998. (Resolução CE 122.R9).
- PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 2-12.
- QUADROS JUNIOR, A. C.; SANTOS, R. F.; LAMONATO, A. C. C.; TOLEDO, N. A. S.; COELHO, F. G. M.; GOBBI, S. Estudo do nível de atividade física, independencia funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: análise por gênero. **Brazilian Journal of Biomotricity**, v. 2, n. 1, p. 39-50, 2008.
- SOUZA, J. N.; CHAVES, E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 13-19, 2005.
- SOUZA, S. L. Educação musical com idosos. **Textos Sobre Envelhecimento**, v. 8, n. 3, p. 411-427, 2005.
- VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- ZHOU, H.; DENG, J.; LI, J.; WANG, Y.; ZHANG, M.; HE, H. Study of the relationship between cigarette smoking, alcohol drinking and cognitive impairment among elderly people in China. **Age Ageing**, v. 32, n. 2, p. 205-210, 2003.

Received on August 23, 2009.

Accepted on September 21, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.