

## Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF

*Cognitive profile of elderly residents in Long-stay Institutions of Brasilia-DF*

*Perfil cognitivo de los ancianos residentes en Instituciones de Larga Permanencia de Brasilia-DF*

**Luzia Sousa Ferreira<sup>1</sup>, Maria do Socorro Pereira Pinho<sup>1</sup>,  
Moisés Wesley de Macedo Pereira<sup>2</sup>, Aparecido Pimentel Ferreira<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Faculdades Integradas Promove de Brasília, Curso de Enfermagem. Brasília-DF, Brasil.

<sup>2</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Hospital Regional de Santa Maria. Brasília-DF, Brasil.

<sup>3</sup>Faculdades Integradas Promove de Brasília, Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa. Brasília-DF, Brasil.

**Submissão:** 20-12-2012    **Aprovação:** 27-01-2014

### RESUMO

O envelhecimento expõe os indivíduos a uma série de limitações, como a capacidade física, nutricional e cognitiva, as quais podem levá-los a internação em Instituições de Longa Permanência. Neste estudo, objetivou-se avaliar o perfil cognitivo de idosos institucionalizados por meio de três instrumentos. Sessenta idosos institucionalizados em Instituições de Longa Permanência foram submetidos à avaliação dos instrumentos Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Trilha A e a Escala de Demência (CDR). Verificou-se que o percentual de idosos com perda cognitiva por meio do MEEM foi de 30% da amostra, sendo mais prevalente em mulheres (36,2% de perda cognitiva), quando comparado aos homens (7,7% de perda cognitiva). Não houve consistência entre os resultados verificados por meio do MEEM com os demais instrumentos testados.

**Descritores:** Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Comprometimento Cognitivo Leve.

### ABSTRACT

Aging exposes the individuals to a number of limitations, such as the physical, nutritional and cognitive, which can cause them to hospitalization in long-stay institutions. In this study, it was aimed to evaluate the cognitive profile of elderly institutionalized through three instruments. Sixty institutionalized elderly people in long-stay institutions underwent assessment through the Mini Mental State Examination (MMSE), the Trail Making Test and the Clinical Dementia Rating. It was found that the percentage of seniors with cognitive impairment by the MMSE was 30% of the sample, being more prevalent in women (36.2% of cognitive loss) compared to men (7.7% of cognitive loss). There was no consistency between the results obtained by the MMSE with the other instruments tested.

**Key words:** Aged; Homes for the Aged; Mild Cognitive Impairment.

### RESUMEN

El envejecimiento expone a los individuos a una serie de limitaciones, como la capacidad física, nutricional y cognitiva, que pueden causar que se queden en instituciones de larga estadía. En este estudio, se tuvo como objetivo evaluar el perfil cognitivo de los ancianos institucionalizados a través de tres instrumentos. Sesenta personas mayores institucionalizadas en centros de larga estadía se sometieron a evaluación con los instrumentos Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Pista de Pruebas A y Escala de Demencia. Se encontró que el porcentaje de personas mayores con deterioro cognitivo por el MMSE era 30% de la muestra, siendo más frecuente en las mujeres (36,2% con pérdida cognitiva) en comparación con los hombres (7,7% con pérdida cognitiva). No hubo consistencia entre los resultados obtenidos por el MMSE con los demás instrumentos probados.

**Palabras clave:** Anciano; Hogares para Ancianos; Deterioro Cognitivo Leve.

**AUTOR CORRESPONDENTE**

**Aparecido Pimentel Ferreira**

E-mail: cidopimentel@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O rápido crescimento da população idosa serve como alerta ao governo brasileiro, assim como à iniciativa privada, para a necessidade de se criar políticas sociais que preparem a sociedade para essa realidade haja vista que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida da população brasileira verificada no ano de 2010 era de 73,5 anos, de modo que o Brasil será o sexto país do mundo até 2025 com maior número de habitantes idosos<sup>(1)</sup>.

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações orgânicas que podem resultar em redução da capacidade de manutenção homeostática, ocasionando uma série de complicações à saúde, que comprometem diversas esferas, como as funções executivas, a memória e a perda cognitiva, que predispõe o aparecimento de doenças neurodegenerativas, com maior incidência para a Doença de Alzheimer (DA)<sup>(2)</sup>.

A perda cognitiva ou demência tem sido extensamente estudada, sendo caracterizada principalmente pela dificuldade de memória, sintoma principal para o diagnóstico da DA, pois indivíduos apresentam precocemente déficits na realização de novas aprendizagens e perda de informação no resgate tardio<sup>(3)</sup>.

Na velhice, o idoso queixa da dificuldade de memorizar acontecimentos que ocorrem no dia a dia<sup>(4)</sup>, declínio cognitivo que pode estar associado à idade, ao estilo de vida ou a ambos<sup>(5)</sup>. O diagnóstico sindrômico de demência está diretamente associado à avaliação cognitiva e funcional do indivíduo<sup>(6)</sup>. A debilitação do idoso, principalmente com a demência, associada a diversos outros fatores como a mudança de status socioeconômico, repercute no ambiente familiar, contribuindo para o abandono, a rejeição da família e, conseqüentemente, a busca por uma instituição de longa permanência<sup>(7)</sup>.

Com o diagnóstico do perfil cognitivo do idoso, as instituições de longa permanência têm um ganho considerável e de fundamental importância nos cuidados individualizados daqueles que apresentam determinado grau de dependência, além de agregarem a possibilidade de aditar recursos que permitam manter este idoso o mais ativo possível<sup>(8)</sup>, elaborando metas objetivas, como a formação de cuidadores, e traçando terapias para a melhora na qualidade de vida do idoso.

Com o aumento da expectativa de vida e a importância de uma vida longa com independência e qualidade, é essencial que se avalie que a saúde mental em idosos é um dos fatores fundamentais para uma boa qualidade de vida. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar o perfil cognitivo em idosos institucionalizados por meio de três instrumentos.

## MÉTODO

O estudo é caracterizado como transversal descritivo, com amostra constituída por sessenta idosos que se enquadraram nos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, ser residentes em Instituições de Longa Permanência e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A participação foi voluntária em todos os testes e sua aplicação ocorreu em um formato de entrevista livre, em local onde se sentiam bem acomodados e que não gerasse constrangimento. A

seleção das instituições e dos voluntários foi feita por conveniência, de forma que as quatro maiores Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF foram convidadas a participar do estudo, sendo que duas delas aceitaram. Uma vez que a direção aceitava participar do estudo, escolheu-se um dia para realizar a coleta dos dados. No dia da coleta de dados, todos os idosos que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, e todos os que assinaram o TCLE foram incluídos na amostra.

Os instrumentos utilizados para a avaliação do perfil cognitivo dos idosos foram: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Trilha A e a Escala de Demência (CDR), que podem ser aplicados por profissionais de saúde de atenção primária, pois não requer treinamento intensivo<sup>(3)</sup>. Os resultados verificados por meio do MEEM foram considerados para traçar o perfil cognitivo dos idosos, por ser o teste mais indicado e utilizado no Brasil atualmente<sup>(9)</sup>.

O MEEM pode ser utilizado isoladamente ou em conjunto com outros instrumentos, testando a orientação, registro de informações, atenção, cálculo, memória, linguagem e habilidade motora. Ele foi adequado ao Brasil com a seguinte pontuação de corte: analfabeto - 13 pontos; escolaridade de 1 a 8 anos incompletos - 18 pontos; 8 anos ou mais - 26 pontos, de um total de 30 pontos<sup>(10)</sup>.

O Teste Trilha A (*Trail Making Test*) avalia a antecipação da aptidão mental em geral, ou seja, testa a velocidade de processamento de informação e a capacidade de mantê-la<sup>(11)</sup>. O Teste de Trilha A consistiu na ligação em ordem crescente dos números 1 a 25 marcados em círculos com tempo máximo adaptado em até 7 minutos ou 3 erros.

A Escala de Demência, ou escala de avaliação clínica da demência (*clinical dementia rating*-CDR) é extensamente aceita pelos médicos como uma precaução, para a DA<sup>(12)</sup>, além de quantificar o grau de demência e seu estadiamento. No Brasil o CDR foi validado com os seguintes resultados CDR=0 nenhuma disfunção cognitiva, CDR=0,5 questionável, CDR=1 leve, CDR=2 moderada e CDR=3 Grave<sup>(13)</sup>.

A escala demencial foi avaliada em uma entrevista realizada com o profissional mais antigo da instituição. No presente estudo adotaram-se os seguintes critérios de classificação: CDR rígido no qual foi adotado o resultado de 0.5 como ponto de corte para a determinação da demência (tradicionalmente utilizado) e CDR brando no qual foi adotado o resultado de 1 como ponto de corte para a determinação da demência.

Para análise do estudo foi utilizada a estatística descritiva com dados de média e desvio padrão. A diferença entre as frequências percentuais foram comparadas por meio do Teste Qui-quadrado. O índice Kappa foi usado para testar a concordância entre os instrumentos utilizados. O valor de  $p < 0,05$  foi adotado para apontar as diferenças estatisticamente significativas. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa Stata<sup>sm</sup>, versão 9.1.

## RESULTADOS

A amostra constituiu-se de 60 idosos, sendo que 47 (78,3%) são do sexo feminino e 13 (21,7%) do sexo masculino.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra com os valores médios, desvio padrão, valores mínimos e máximos da idade, MEEM, Teste de Trilha A e CDR.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra

	Média ± DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	78,8 ± 9,5	60	103
MEEM	19,9 ± 5,5	6	30
Teste de Trilha A	6,0 ± 2,4	1	15
CDR	0,9 ± 0,8	0	3

MEEM: *Mini Exame do Estado Mental*;  
CDR: *Escala de Demência*;  
DP: *Desvio Padrão*.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao percentual de idosos com perda cognitiva de acordo com o sexo, escolaridade e faixas etárias para os resultados do MEEM, Teste de Trilha A e CDR.

**Tabela 2** – Frequência percentual de perda cognitiva dos idosos, de acordo com o sexo, escolaridade e idade em função do MEEM, Trilha A, CDR brando e rígido

	MEEM	TRILHA A	CDR-BRANDO	CDR-RÍGIDO	P
Grupo Total	30%	39%	22%	48%	
Masculino	7,7%	46,2%	30,8%	84,6%	0,001
Feminino	36,2%	70,2%	38,2%	78,7%	
Não alfabetizados	21,1%	94,7%	57,9%	89,5%	0,001
Ensino fundamental	16%	60%	36%	76%	
Ensino médio	62,5%	37,5%	12,5%	75%	
Menos de 70 anos	14,3%	28,6%	35,7%	78,6%	0,060
71 - 80 anos	41%	68%	36%	82%	
81 - 90 anos	24%	82%	29%	77%	
Mais de 90 anos	43%	86%	86%	57%	

MEEM: *Mini Exame do Estado Mental*;  
CDR: *Escala de Demência*;  
P: *Teste Qui-quadrado*.

De acordo com a Tabela 2 verifica-se 30% de perda cognitiva para o grupo total, sendo que a perda cognitiva verificada pelo Trilha A e pelo CDR rígido foi maior, enquanto que o CDR brando foi menor.

O teste do Qui-quadrado mostrou que o percentual de perda cognitiva no sexo masculino foi menor que no sexo feminino ( $p < 0,05$ ). Também se verificou que houve diferença significativa entre a perda cognitiva verificada de acordo com a escolaridade, de modo que, exceto no MEEM, todos os demais instrumentos mostraram que, quanto menor o tempo de escolaridade, maior a perda cognitiva ( $p < 0,05$ ). Já em relação aos estratos formados pela idade, verificou-se que não houve diferenças entre a idade e a perda cognitiva.

A comparação entre os resultados obtidos pelo MEEM para o grupo total em comparação com os demais instrumentos realizado por meio do índice de concordância Kappa mostrou que o MEEM em relação ao Trilha A e ao CDR rígido tem um índice de concordância considerado fraco (0,23 e 0,26) respectivamente. Já a classificação obtida pelo CDR brando, mostrou um índice de concordância moderado (0,55).

## DISCUSSÃO

Os principais resultados do presente estudo demonstram que houve perda cognitiva em um grande número de idosos, sendo que, na amostra total (idosos e idosas) verificou-se perda de 30% no MEEM, 39% no Teste de Trilha A, 48% no CDR rígido e 22% no CDR brando. Estes resultados corroboram outro estudo, que defende a utilização de instrumentos combinados para maior precisão na triagem de demências, especialmente em casos iniciais<sup>(14)</sup>.

No presente estudo, o índice de concordância Kappa mostrou que os diferentes instrumentos não apresentaram consistência considerada determinante entre si, contradizendo outro estudo<sup>(15)</sup> em que os resultados revelam integração considerável entre dois testes. É necessário ponderar que, no presente estudo, foram adotados os pontos de corte tradicionalmente utilizados, os quais foram diferentes do estudo mencionado. Em contrapartida, desenvolveu-se estudo semelhante<sup>(16)</sup>, porém adotando outros instrumentos, verificando-se dados semelhantes ao presente estudo, em que a consistência dos instrumentos não foi evidenciada. Essas informações reforçam a necessidade da utilização de mais de um instrumento na prática clínica a fim de confirmar o rastreamento de perda cognitiva.

Constatou-se também que a perda cognitiva foi mais frequente no sexo feminino em relação ao masculino, contradizendo os achados de outro estudo, que também analisou idosos por meio do MEEM e encontrou dados similares em ambos os sexos<sup>(17)</sup>. Estudos confirmam ainda que o sexo feminino tem maior predisposição para desenvolver a DA e maior expectativa de vida, mesmo com a maior prevalência da DA em comparação aos homens<sup>(18)</sup>.

Na análise do resultado da frequência percentual de perda cognitiva, em relação à escolaridade, foi percebido que os idosos não alfabetizados apresentaram 21,1% de perda cognitiva, os que tinham o ensino fundamental 16%, e os idosos com maior escolaridade (ensino médio) apresentaram 62,5% de perda cognitiva, quando analisados os dados pelo MEEM. Contudo, estes dados são completamente discrepantes dos demais instrumentos aplicados no presente estudo, uma vez que tanto a Trilha A como as duas classificações do CDR mostraram que o percentual de idosos com maior escolaridade é os que apresentaram menores valores percentuais de perda cognitiva, inclusive significativamente menor que os considerados não alfabetizados.

Essa informação é importante para cuidadores e profissionais da saúde que atuam em instituições que atendem idosos de diferentes níveis de escolaridade, uma vez que os instrumentos habitualmente utilizados parecem apresentar resultados controversos em detrimento ao nível de escolaridade.

Atualmente existem vários instrumentos para avaliar a capacidade funcional dos idosos, particularmente em relação à avaliação da capacidade cognitiva. Contudo, várias sugestões de pontos de cortes são propostas, o que dificulta a comparação dos resultados, mesmo quando se usa o mesmo instrumento<sup>(19)</sup>. Ademais, alguns instrumentos propositalmente usam pontos de corte mais altos com o intuito de detectar mesmo os casos mais leves<sup>(20)</sup>. Essa medida pode aumentar a capacidade preditiva do instrumento em detectar casos mais leves, porém, aumenta concomitantemente o diagnóstico dos falsos positivos, ou seja, diagnosticando como portadores de perda cognitiva, idosos considerados saudáveis. Tal medida influenciaria significativamente na atuação dos profissionais da saúde no cuidado com idosos nessa situação, uma vez que teríamos uma amostra muito heterogênea sendo submetida aos mesmos padrões de cuidados. Neste sentido, deve haver cuidado e maior preocupação ao propor novos valores de referências, uma vez que, a utilização de pontos de cortes diferentes do tradicionalmente utilizado pode além de atrapalhar no cuidado aos idosos, aumentar a discrepância de dados apresentadas na literatura, inclusive se levarmos em consideração os resultados do presente estudo.

Acredita-se que o fator tempo seja um dos responsáveis pela limitação das informações apresentadas, uma vez que o convívio maior com os idosos entrevistados, provavelmente levaria ao maior detalhamento e riqueza das informações coletadas, pois se sabe que pacientes em estado de internação tendem a ser mais participativos com pessoas nas quais apresentam maior contato<sup>(21)</sup>.

O resultado do presente estudo serve de alerta para a importância do cuidado com a capacidade cognitiva dos idosos, uma vez que apresenta relação com a qualidade de vida, seja ela no âmbito familiar ou na instituição de longa permanência. O que

torna a prestação de serviços, bem como a atenção dos cuidadores e familiares, uma ferramenta importante na detecção precoce de sinais e sintomas relacionados à perda cognitiva.

É importante agir preventivamente evitando ou retardando o aparecimento da perda cognitiva na população idosa, instigando-o a ler, brincar, movimentar, dançar, raciocinar, memorizar e torná-lo mais ativo, apagando a impressão de que não é mais útil. Neste sentido, é importante que novos estudos sejam conduzidos com o intuito de trazer uma maior contribuição para cuidadores e familiares, como a construção de materiais simples e práticos, a fim de facilitar a percepção de alguns sinais que podem preceder a perda cognitiva, bem como na prevenção e tratamento de idosos com quadro de déficit cognitivo instalado.

## CONCLUSÃO

Verificou-se que o percentual de idosos com perda cognitiva por meio do MEEM foi de 30% quando analisado o grupo total, sendo mais prevalente em mulheres (36,2% de perda cognitiva) do que nos homens (7,7% de perda cognitiva). Isso demonstra que mulheres idosas devem ter um acompanhamento maior no desempenho cognitivo, bem como que se deve desenvolver estratégias para diminuir a incidência da perda cognitiva nesta população.

Não houve consistência entre os resultados verificados por meio do MEEM e os dos demais instrumentos testados. Essa informação implica na necessidade de interpretar os dados de perda cognitiva com maior cuidado quando analisado por testes diferentes. Contudo, existe a necessidade de desenvolver mais estudos para que os pontos de corte sejam ajustados e que os testes de análise dos aspectos cognitivos apresentem maior poder de sensibilidade e de especificidade.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. 60 p.
2. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010;37(1):23-6.
3. Chaves MLF, Godinho CC, Porto CS, Mansur L, Carthery-Goulart MT, Yssuda MS, et al. Doença de Alzheimer Avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dement Neuropsychol.* 2011;5(0 Suppl 1):21-33.
4. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol Estud.* 2009;14(1):3-10.
5. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH, Xavier TT. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010;34(1):19-30.
6. Fornari LHT, Garcia LP, Hilbig A, Fernandez LL. As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? *Sci Med.* 2010;20(2):185-93.
7. Creutzberg M, Gonçalves LHT, Santos BL, Santos SSC, Pelzer MT, Portella MR, et al. Acoplamento estrutural das instituições de longa permanência para idosos com sistemas societários do entorno. *Rev Gaúch Enferm.* 2011;32(2):219-25.
8. Smanioto FN, Haddad MCFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev Rene.* 2011; 12(1):18-23.
9. Lenard MH, Michel T, Wachholz PA. Autoavaliação da saúde e satisfação com a vida de idosas institucionalizadas. *Ciênc Cuid Saúde.* 2010;9(2):246-54.
10. Valle EA, Castro-Costa É, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(4):918-26.
11. Steibel NM, Almeida RMM. Estudo de caso: avaliação neuropsicológica: depressão x demência. *Aletheia [periódico na internet].* 2010 Abr [acesso em 06 fev

- 2014];(31):111-20.
12. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):109-21.
  13. Montaña MB, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):913-7.
  14. Bustamante SE, Bottino CMC, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J, et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3):601-6.
  15. Almeida OP. Mini Exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3B):605-12.
  16. Banhato EFC, Nascimento E. Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da Escala WAIS-III. *Psico USF.* 2007;12(1):65-73.
  17. Borges PLC, Bretas RP, Azevedo SF, Barbosa JMM. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(12):2798-808.
  18. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;21(3):395-406.
  19. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio Cognitivo de Idosos e sua Associação com Fatores Epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):109-21.
  20. Brito CJ, Mendes EL, Ferreira AP, De Paula SO, Nóbrega OT, Córdova C. Impacto do treinamento resistido na força e hipertrofia muscular em HIV-soropositivos. *Motriz Rev Educ Fís.* 2013;19(2):313-24.
  21. Souza IM, Teixeira KMD, Mafra SCT, Tinôco ALA. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados em instituições de longa permanência para idosos. *Oikos: Rev Bras Economia Doméstica.* 2011;22(2):3-18.
-