

RASTREAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS¹

COGNITIVE TRACKING OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY IN LONG-STAY CARE CENTERS FOR OLD PEOPLE

Ingrid da Silva Macêdo de Souza²
Karla Maria Damiano Teixeira³
Simone Caldas Tavares Mafra⁴
Adelson Luiz Araújo Tinôco⁵

1. RESUMO

O estudo objetivou caracterizar o estado mental dos idosos institucionalizados residentes na instituição de longa permanência para idosos São Vicente de Paulo de Ubá/MG, e verificar se existe correlação entre as variáveis idade e nível educacional. Para a coleta de dados, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Para análise dos dados utilizou-se o método estatístico descritivo simples e a correlação de Pearson. Os resultados indicaram que não houve correlação entre a variável idade e a pontuação do MEEM, mas da variável nível educacional. O baixo nível educacional e o longo tempo de residência em ILPIs são fatores que tendem a favorecer o desenvolvimento de doenças que acometem o estado mental do idoso. Novas investigações sobre as alterações cognitivas dos idosos institucionalizados na referida devem ser realizados, pois o MEEM é um instrumento de detecção de perdas cognitivas, sendo necessária uma avaliação neuropsicológica mais detalhada para o diagnóstico de demência.

Palavras Chave: Déficit cognitivo. Idoso. ILPIs.

¹ Este artigo é parte da dissertação de mestrado da primeira autora, intitulada “Avaliação da qualidade de vida de idosos de uma instituição de longa permanência para idosos de Ubá-MG” do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, MG, Brasil. Agência financiadora: Capes.

² Mestre em Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil. (ingridsouza@vicosa.ufv.br).

³ PhD em Ecologia Humana pela Michigan State University, Estados Unidos e Professora Adjunta do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil (kdamiano@ufv.br).

⁴ Doutora em Engenharia de Produção pela UFSC e Professora Associada do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil (sctmafra@ufv.br).

⁵ Doutor em Ciência Animal pela UFMG e Professor Associado do Departamento de Nutrição e Saúde da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil (altinoco@ufv.br).

2. ABSTRACT

This study aimed to characterize the mental state of elderly residents NHs St. Vincent de Paul City Uba / MG and to verify if there is a correlation between the variables age and educational level. The sample was selected based on the Mini Mental State Examination - MMSE. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson Correlation. The results indicated that there was not a correlation between age and the MMSE punctuation, but with the variable educational level. The low educational level and the long-term staying in NHs are important factors that may imply in the mental state of the elderly population. New investigations regarding cognitive alteration in the elderly should be developed once the MMSE is a instrument that detect cognitive loses. Therefore, it is necessary in-depth neuropsychological avaliation to the demency diagnostic.

Key-Words: Cognitive deficit. Elderly. NHs.

3. INTRODUÇÃO

A proporção de idosos na população brasileira tem crescido de forma rápida e, com isso, o Brasil vem deixando de ser um país jovem. O envelhecimento da população brasileira tornou-se mais evidente nos anos 1990 com a redução generalizada da fecundidade e da mortalidade iniciadas nos anos 1960 (MOREIRA, 2000). Outros fatores que também têm contribuído para o aumento da população idosa nas últimas décadas são os avanços da medicina moderna, que permitem melhores condições de saúde e, conseqüentemente, o aumento da esperança de vida em todos os segmentos etários (KALACHE, 2007).

O acelerado crescimento da população idosa trás grandes desafios e preocupações para os governantes, pois o processo de envelhecimento está ocorrendo de forma contrária aos países desenvolvidos, onde o aumento da população idosa ocorreu lentamente e acompanhado do crescimento econômico permitindo, assim, o planejamento de políticas públicas para que essas alterações demográficas não interferissem negativamente na qualidade de vida da população (KALACHE, 2007).

Em razão das desigualdades sociais, dificuldades econômicas e indisponibilidade de um membro que tenha tempo para cuidar do idoso, muitas famílias recorrem aos

serviços das instituições de longa permanência para idosos - ILPIs, a fim de preservar a vida do seu idoso, pois já não dispõem de recursos para manter e arcar com os cuidados demandados pela velhice. Isto porque os idosos passam a representar um ônus que nem sempre os familiares conseguem absorver, em virtude das próprias carências ou do qual se eximem por razões diversas, como limitação do espaço físico das habitações, as dificuldades de dedicação permanente aos velhos e a inserção da mulher no mercado de trabalho, que a impede de exercer o papel que lhe é tradicionalmente atribuído, de cuidadora das crianças e idosos, motivam os familiares a colocarem os idosos nas instituições asilares (GOMEZ *et al.*, 2002; ARAÚJO *et al.*, 2006).

Em muitos casos, a busca por instituições asilares ocorre devido à redução da rede de apoio social dos idosos, já que o envelhecimento é um processo universal, evolutivo e gradual, que pode conduzir o idoso à perda de seus entes queridos, ao abandono familiar e a uma debilitação de sua saúde (SILVA *et al.*, 2006; CAOPPI, 2005). De acordo com Ximenes e Côrte (2007), outros motivos que levam a institucionalização são a presença do alcoolismo ou doenças intercorrentes e transtorno mental. Além dessas razões que levam ao asilamento, há de se considerar que muitos idosos optam por residir em ILPIs por encontrar nessas instituições a prestação de serviços que atendam as suas necessidades básicas.

Devido ao processo de envelhecimento, as doenças mentais são mais prevalentes na população idosa, sendo ocasionadas tanto por fatores intrínsecos (genéticos) como extrínsecos, afetando, por conseguinte, as funções mais nobres do organismo, como aquelas que capacitam o indivíduo para a vida social, diminuindo a capacidade intelectual, com alterações da memória, raciocínio lógico, juízo crítico, fala e outras formas de comunicação, falta de orientação espacial, e ainda na afetividade, na personalidade e na conduta (CONVERSO, 2007).

O meio ambiente físico e social onde o processo de envelhecimento ocorre constitui um elemento importante para o envelhecer bem sucedido (WILMOTH, 2002). Diante disso, alguns autores argumentam que a instituição asilar é um instrumento de controle, sendo ao mesmo tempo, uma estrutura decorrente de necessidades sociais, indispensáveis ainda em nossos dias (XIMENES e CÔRTE, 2007). No entanto, o longo tempo de institucionalização pode desencadear déficits cognitivos em idosos devido ao ambiente pouco estimulante, ao excesso de medicação e a outros fatores que são

encontrados nesses locais (HARVEY *et al.*, 1997, *apud* LAKS *et al.*, p. 160, 2000). Assim, a realização do rastreamento cognitivo nos idosos institucionalizados pode trazer informações úteis que subsidiem tanto o diagnóstico etiológico do quadro em questão, quanto o planejamento e execução das medidas terapêuticas e de reabilitação a serem desempenhadas em cada caso (REYS, 2006).

Nos últimos anos, foram desenvolvidos instrumentos para auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. A exemplo, tem-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é uma escala de avaliação cognitiva que auxilia na averiguação e monitoração da evolução de possíveis déficits cognitivos em pessoas com risco de demência.

A primeira versão do MEEM foi elaborada em 1975, nos Estados Unidos, por Folstein e colaboradores, sendo traduzido e validado no Brasil em 1994, por Bertolucci e colaboradores (KUSUMOTA, 2005). Em 2003, uma equipe de pesquisadores realizou modificações no MEEM, a fim de uniformizá-lo para o uso na cultura brasileira, adequando-o para ser aplicado em ambientes hospitalares, ambulatoriais e para estudos populacionais (BRUCKI *et al.*, 2003). De fácil aplicação, o MEEM é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo, podendo ser utilizado na detecção de perdas cognitivas.

O instrumento envolve respostas verbais e não verbais. Os subtestes verbais medem, em particular, a orientação espaço-temporal, a memória imediata, a evocação e memória de procedimento, a atenção e a linguagem. Os subtestes não verbais medem a coordenação perceptivo-motora e a compreensão de instruções (SANTANA e FILHO, 2007). É um teste semi-estruturado composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma desenhada com o objetivo de avaliar funções específicas e com determinada pontuação como orientação temporal (05 pontos), orientação espacial (05 pontos), memória imediata (03 pontos), cálculo e atenção (05 pontos), evocação das palavras (03 pontos), linguagem (08 pontos) e construção visual (01 ponto). Os escores podem variar de, no mínimo, zero, até um total de 30 pontos (KUSUMOTA, 2005). Porém, a escolaridade e a idade do indivíduo influenciam nos escores do MEEM, sendo que a pontuação diminui com o avançar da idade e aumenta com o nível educacional.

Com as influências significativas da idade e da escolaridade no resultado do teste, é necessário a utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade (ALMEIDA, 1998). A tabela 01 mostra alguns estudos nacionais e os respectivos escores médios e/ou medianos por escolaridade encontrados no MEEM para o diagnóstico de demência.

Tabela 1 - Escores do MEEM em diferentes estudos no Brasil

Autores	Ano	Escores / nível educacional	Amostra
Bertolucci <i>et al.</i>	1994	Analfabetos: 13; 1 a 7 anos de escolaridade: 18 e 26 para 8 anos ou mais de escolaridade	530 controles/ 94 pacientes
Almeida	1998	Corte por escolaridade: analfabetos: 19; escolarizados: 23.	211 idosos (≥ 60 anos)
Herrera Junior <i>et al.</i>	1998	Analfabetos: 19; 1 a 3 anos de escolaridade: 23; 4 a 7 anos: 24 e > 8 anos: 28	1.660 idosos (≥ 65 anos)
Bertolucci <i>et al.</i>	2001	Escolaridade média de 7,9 anos, nível de corte: 26.	85 idosos saudáveis e 31 pacientes com doença de Alzheimer
Laks <i>et al.</i> ,	2003	Médias por escolaridade: analfabetos: 17.08 (4.42); alfabetizados: 22.34 (4.94).	341 idosos (≥ 65 anos)
Brucki <i>et al.</i> ,	2003	Analfabetos: 20; para idade de 1 a 4 anos: 25; de 5 a 8 anos: 26,5; de 9 a 11 anos: 28; para indivíduos com escolaridade > 11 anos: 29	433 controles (16 a 92 anos)
Valle <i>et al.</i> ,	2009	Os escores foram estratificados em percentis: abaixo do 5º (≤ 13), entre o 5º e abaixo do 25º (14-21) e quartis superiores (≥ 22).	1.558 idosos (≥ 60 anos).

Fonte: Dados da Pesquisa.

Além dos fatores genéticos, a idade, a escolaridade e o longo tempo de institucionalização podem causar déficits cognitivos em idosos. Desta forma, problematiza-se que os idosos institucionalizados há mais tempo possuirão menores escores no MEEM, quando estratificados de acordo com a idade e grau de escolaridade.

4. MÉTODO

A ILPIs São Vicente de Paula, no período da pesquisa, maio de 2009, abrigava 99 pessoas, oriundas do próprio município, da região e de outros Estados brasileiros.

A amostra foi constituída por 49 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, estratificada por sexo, idade e escolaridade. Foram excluídos 31 idosos que apresentavam impossibilidade de participar da pesquisa, por motivos de saúde,

problemas na fala ou audição, e doenças mentais. Três idosas se recusaram a participar do estudo e um idoso faleceu. Também foram excluídos 15 indivíduos que não eram considerados idosos segundo a definição do Estatuto do Idoso, mas portadores de necessidades especiais.

A coleta de dados consistiu na aplicação de dois instrumentos. O primeiro consistiu de um questionário socioeconômico, fundamentado em um roteiro semi-estruturado, que teve a finalidade de caracterizar a população residente na ILPIs São Vicente de Paulo, quanto aos aspectos de identificação, idade, sexo, local de nascimento, escolaridade, estado civil, renda, e tempo de residência na instituição.

O segundo instrumento utilizado foi o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), proposto por Bertolucci *et al.* (1994) e por Brucki *et al.* (2003), com suas respectivas modificações, como podem ser observadas no Quadro 1. Este instrumento teve por objetivo realizar o rastreamento cognitivo dos idosos, ou seja, indicar que funções devem ser melhor investigadas. Este método não serve para diagnóstico e não substitui uma avaliação mais detalhada, embora avalie vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho).

Os escores utilizados foram adotados de acordo com a escolaridade: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (de 4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (> 8 anos) seguindo as recomendações de Bertolucci *et al.* (1994).

Os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora, após o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento informado. As entrevistas foram realizadas individualmente durante as visitas realizadas à instituição no período de 06 de maio a 01 de junho de 2009.

Para a análise dos dados socioeconômicos, foi utilizado o método estatístico descritivo simples e a correlação de Pearson para verificar a associação entre a pontuação do MEEM e as variáveis idade e nível educacional.

Quadro 01 - Mini Exame do Estado Mental. Tradução proposta por Bertolucci *et al.* (1994), e modificada por Brucki *et al.* (2003)

<p>Orientação Temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)</p> <ul style="list-style-type: none">• Que dia é hoje?• Em que mês estamos?• Em que ano estamos?• Em que dia da semana estamos?• Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)
<p>Orientação Espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)</p> <ul style="list-style-type: none">• Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão).• Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).• Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.• Em que cidade nós estamos?• Em que Estado nós estamos?
<p>Memória Imediata - Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: (dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.</p> <ul style="list-style-type: none">• Carro; Vaso; Tijolo.
<p>Cálculo - subtração de setes seriadamente. Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.</p> <ul style="list-style-type: none">• $100-07=93$; $93-07=86$; $86-07=79$; $79-07=72$; $72-07=65$
<p>Evocação das Palavras - pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir: dê um ponto para cada resposta correta.</p>
<p>Nomeação - peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta): dê um ponto para cada resposta correta.</p>
<p>Repetição - Preste atenção, vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim. Considere somente se a repetição for perfeita (01 ponto)</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Nem aqui, nem ali, nem lá.</i>
<p>Comando - Pegue este papel com a mão direita (01 ponto), dobre-o ao meio (01 ponto) e coloque-o no chão (01 ponto). Total de 03 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</p>
<p>Leitura - mostre a frase escrita <i>FECHE OS OLHOS</i> e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando (01 ponto).</p>
<p>Frase - Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (01 ponto).</p>
<p>Cópia do Desenho - mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver dois pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (01 ponto).</p>

Fonte: Bertolucci *et al.* (1994), e modificada por Brucki *et al.* (2003).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 49 idosos que participaram deste estudo, 21 (43%) eram mulheres e 28 (57%) homens. Ao contrário da proporção aqui verificada, em termos gerais, nota-se uma prevalência do sexo feminino nas instituições de longa permanência para idosos – ILPIs. Chaimowicz e Greco (1999), Souza e Santos (2007) e Santos (2007) afirmam que a porcentagem de mulheres em seus estudos desenvolvidos em ILPIs foi de 81,1, 62,8 e 56,4%, respectivamente. As informações contidas no banco de dados do Centro de

Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas de Minas Gerais – CAOPDI/MG, obtidas em 2005, também demonstram que 57% da população residente em ILPIs são do sexo feminino. Isso indica que, em Minas Gerais, mais de cinco mil mulheres residem em asilos.

Uma explicação para esse fato é que, as mulheres vivem mais do que os homens e o grau de dependência para atividades da vida diária é menor, adaptando de forma mais rápida à situação de asilamento. Isso se deve, provavelmente, ao fato de as mulheres participarem mais do que os homens de atividades extradomésticas, apresentarem maior flexibilidade para desempenhar novos papéis sociais e maior habilidade para estabelecer e manter amizades e relações com familiares, amigos, vizinhos e outros (SALGADO, 2002). Outra explicação é que as mulheres ficam viúvas mais cedo e apresentam dificuldades para casar novamente após a separação ou a viuvez (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

Vinte e quatro dos 49 idosos entrevistados apresentaram comprometimento cognitivo (48,97%), sendo 14 (28,57%) mulheres e 10 (20,44%) homens. O resultado médio do MEEM foi similar para ambos os sexos (Tabela 2). Em um estudo com idosos participantes do Programa Municipal da Terceira Idade – PMTI, em Viçosa/MG, Machado *et al.* (2007) observaram que a porcentagem de homens com declínio cognitivo foi ainda menor em relação às mulheres, 4,05 e 32,40%, respectivamente.

Tabela 02 - Representação das médias do MEEM em relação às características socioeconômicas dos idosos da ILPIs São Vicente de Paulo de Ubá/MG, 2009.

Variáveis	Categoria	Total		Média do MEEM	Com Déficit Cognitivo		Sem Déficit Cognitivo	
		N	%		N	%	N	%
Sexo	Masculino	28	57	16,82	10	20,44	18	36,73
	Feminino	21	43	16,47	14	28,57	07	14,28
Faixa etária	60-69	17	34,69	17,64	07	14,28	10	20,40
	70-79	19	38,77	16,52	09	18,36	10	20,40
	80 ou mais	13	26,53	15,69	08	16,32	05	10,20
Escolaridade (em anos)	Analfabetos	19	38,77	13,05	09	18,36	10	20,40
	Baixa e média	26	53,06	18,03	13	26,53	13	26,53
	08 ou mais	04	8,16	25,00	02	4,08	02	4,08
Estado civil	Solteiro	30	61,22	16,33	15	30,61	15	30,61
	Casado	01	2,04	22,00	00	00	01	2,04
	Separado	07	14,28	18,00	02	4,08	05	10,20
	Viúvo	11	22,44	16,27	07	14,28	04	8,16
Tempo	Mais de 02	33	67,34	15,90	19	38,77	14	28,57

(em anos)	Menos de 01	07	14,28	19,00	04	8,16	03	6,12
	De 01 a 02	04	8,16	21,5	01	2,04	03	6,12

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação à faixa etária, constatou-se uma predominância de idosos com idade entre 70 e 79 anos (38,77%), seguida dos que tinham entre 60 e 69 anos (34,69%) e os com mais de 80 anos (26,53%). A idade da amostra variou de 60 a 95 anos, com média de 73,51 anos e desvio padrão de 8,58 anos. Ao relacionar a faixa etária ao declínio cognitivo, verificou-se que a maioria dos idosos com déficit cognitivo pertencia ao grupo etário de 70-79 anos (18,36%) e ao grupo dos com mais de 80 anos (16,32%). Observou-se que 14,28% dos idosos com idade entre 60-69 anos também apresentaram comprometimento cognitivo. Engelhaardt *et al.* (1998) ao realizarem o rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados, verificaram que 67,29% dos idosos com mais de 85 anos apresentavam declínio cognitivo. Machado *et al.* (2007) averiguaram que a maioria dos idosos com idade entre 60-69 anos demonstraram problemas cognitivos. Contudo, ao comparar a variável idade aos resultados do MEEM observou-se que não houve correlação ($r = -0,12$) entre as variáveis. Resultado semelhante também foi observado por Converso e Iartelli (2007).

Quanto ao grau de escolaridade dos entrevistados, 38,77% eram analfabetos; 53,06%, com baixa e média escolaridade; e, 8,16%, com alta escolaridade. Em outros estudos com idosos institucionalizados foi observada uma maior porcentagem de idosos analfabetos. A exemplo, Converso e Iartelli (2007) verificaram que 50,45% dos idosos não eram alfabetizados e Oliveira (2006), que 66,66% nunca estiveram em uma escola.

Ao relacionar o nível de escolaridade dos idosos com o déficit cognitivo, observou-se que 26,56% com baixa e média escolaridade apresentaram problemas cognitivos, 18% dos analfabetos e 4,08% com alta escolaridade. Avaliando o grau de associação entre a variável escolaridade e os resultados do MEEM, observou-se uma correlação positiva moderada ($r = 0,61$). Esse dado comprova que os resultados do instrumento podem sofrer a influência da variável escolaridade.

Resultado similar também foi observado por Converso e Iartelli (2007). Da mesma forma Diniz *et al.* (2007), ao avaliarem 127 idosos do Centro de Saúde Amílcar Vianna Martins, na região oeste de Belo Horizonte/MG, encontraram que tanto a idade quanto o nível educacional influenciam na *performance* cognitiva dos idosos na pontuação do MEEM. Assim, pode-se inferir que, quanto mais jovem é o indivíduo e

quanto mais alto for o nível educacional, maior será o escore final do MEEM. (ALMEIDA *et al.*, 1998; HERRERA *et al.*, 1998; LACKS *et al.*, 2003). Deste modo, conclui-se que um elevado nível educacional pode contribuir para manutenção da capacidade cognitiva e como consequência, agir como fator protetor do déficit cognitivo.

Em relação ao estado civil, 2% dos idosos eram casados, embora não vivessem com seu cônjuge na instituição, 61,22% solteiros, 22,44% viúvos e 14,28% separados. A presença de idosos solteiros e viúvos também foi encontrada nos resultados de Chaimowicz e Greco (1999), Converso e Iartelli (2007), Dias *et al.* (2007) e Santos (2007).

Ao verificar se o estado civil dos idosos influenciava os resultados do MEEM, observou-se que 30,61% (n = 15) dos idosos solteiros e 14,28% (n = 7) dos idosos viúvos apresentaram comprometimento cognitivo. Característica também associada ao baixo desempenho no MEEM nos estudos de Valle *et al.* (2009). Fratiglioni *et al.* (2000) também observaram que indivíduos solteiros estão sob maior risco de deterioração cognitiva. Segundo esses autores, a ausência de uma extensa rede social (família, cônjuge, amigos) pode acarretar o surgimento de problemas cognitivos. Ao contrário, uma ampla rede de apoio social pode proteger o indivíduo contra a demência.

Para Lesbaupin e Malerbi (2006), à medida que se envelhece, a rede social enfraquece. Os idosos passam a ter menos oportunidades sociais para renovar seus vínculos e estabelecer novos contatos, ao mesmo tempo em que tendem a adoecer mais e afastar ainda mais daquelas relações anteriormente firmadas. Pouco a pouco, o idoso vai perdendo seu interesse em expandir a rede e vai fechando-se naquele centro mínimo e mais próximo, geralmente composto pela família nuclear.

Referindo-se ao tempo de asilamento dos idosos com problemas cognitivos na ILPIs São Vicente de Paulo, constatou-se que o longo tempo de institucionalização também foi uma das características associada ao baixo desempenho dos idosos no MEEM. Observou-se que 38,77% dos idosos com déficit cognitivo já residiam na instituição há mais de dois anos, 8,16% menos de um ano, e um idoso (2,04%) há um ano e onze meses. Em termos gerais, os idosos com deterioração cognitiva já conviviam em média há 7,83 anos na instituição, o que favorece a exclusão social, pois se tornam limitados ao convívio entre si, passando a não dispor de autonomia para exercer seu

direito como cidadão tanto nas questões política, produtiva e cultural (OLIVEIRA, 2006). Esse resultado confirma que a longa permanência em asilos pode desencadear problemas cognitivos nos idosos, devido ao ambiente de isolamento do cotidiano externo da vida e por ser considerado pouco estimulante cognitivamente (HARVEY *et al.*, 1997, *apud* LAKS *et al.*, 2000). Porém, não pode ser considerado como fator determinante no surgimento de déficits cognitivos.

Analisando as categorias do MEEM, verificou-se que os idosos apresentaram mais dificuldade⁶ em responder as questões dos itens cópia do desenho (91,83%), cálculo e atenção (61,22%) e evocação das palavras (36,73%). O item linguagem se divide nos sub-itens nomeação, repetição de frase, comando, leitura e escrita (frase). Dentre esses, os idosos demonstraram mais dificuldade na escrita (77,55%) e na leitura (73,46%). Observa-se que os resultados de dificuldade no MEEM em cálculo, escrita e leitura pode associar-se ao baixo nível educacional da população residente na ILPIs São Vicente de Paulo, não possuindo muita influência com o estado cognitivo dos mesmos.

Assim, embora o MEEM tenha sido adaptado, validado para a cultura brasileira e indicado para o rastreio de possíveis transtornos da memória em idosos com a doença de Alzheimer, os resultados desse instrumento não servem para diagnóstico e, sim, para advertir que funções cognitivas precisam de investigações mais detalhada (BRASIL, 2006). Não devendo ser o único parâmetro de análise cognitiva. É importante ressaltar que os testes cognitivos são influenciados por variáveis sociodemográficas, como escolaridade, idade e nível socioeconômico, o que dificulta a interpretação de seus resultados e, em muitos casos, em resultados falso-positivos que podem precipitar gastos desnecessários, bem como angústia familiar e do próprio paciente ao se realizar um diagnóstico estigmatizado. Da mesma forma, resultados falso-negativos podem ser prejudiciais se causas remediáveis e tratáveis deixarem de ser diagnosticadas (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; DIAS *et al.*, 2007). Portanto, sugere-se a utilização de avaliações complementares ao MEEM, como Desenho do Relógio (SUNDERAND *et al.*, 1989), o Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas (MONSCH *et al.*, 1992), e o Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional (PFEFFER *et al.*, 1982). Caso,

⁶ Classificou-se como dificuldade, os idosos que obtiveram nos itens e nos sub-itens do teste MEEM nota igual a zero (0).

ao final dos testes ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados (BRASIL, 2006).

Em síntese, dentre os resultados obtidos com o instrumento de avaliação cognitiva, observou-se a existência de associações entre o baixo desempenho no MEEM com as variáveis escolaridade, estado civil e tempo de permanência na instituição. E, ao contrário de alguns estudos, não houve, no presente trabalho, a associação entre a variável idade e os resultados do MEEM.

6. CONCLUSÕES

Considerando que o envelhecimento é um processo heterogêneo e que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas um dos aspectos que podem ou não afetar as funções cognitivas dos idosos, no presente estudo, pode-se concluir que o baixo nível educacional e longo tempo de residência em ILPIs são fatores que tendem a favorecer o desenvolvimento de doenças que acometem o estado mental do idoso. Cabe ressaltar que esta inferência não é passível de generalizações, por se tratar de um estudo restrito a uma pequena amostra e a uma única instituição asilar, mas os resultados encontrados no estudo são similares a de outros estudos, conforme discutido anteriormente.

Contudo, sugere-se que novas investigações sobre as alterações cognitivas dos idosos institucionalizados na ILPIs São Vicente de Paulo sejam realizados, pois o MEEM é um instrumento de detecção de perdas cognitivas que ajuda no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento a tratamentos ministrados, sendo necessário uma avaliação neuropsicológica mais detalhada para o diagnóstico de demência.

Assim, é importante que novos estudos sejam realizados no âmbito institucional para subsidiar o diagnóstico etiológico, o planejamento e execução de medidas terapêuticas e de reabilitação a serem implementadas em cada caso. Além de poder orientar as políticas públicas para a prevenção e para o diagnóstico precoce da demência.

Apesar de alguns fatores que podem interferir no processo de demência não poderem ser minimizados, como é o caso da idade, nível educacional e tempo de residência, há de se considerar que outros podem ser trabalhados tanto pela família do idoso quanto pelos funcionários da instituição asilar. À família, cabe um maior

envolvimento com o idoso, por meio da realização de visitas periódicas e de demonstração de cuidado, afeto e comprometimento, visto que o asilamento não pode ser visto por essa como uma forma de transferir o cuidado e atenção para o outro, mas uma ampliação da rede de apoio. Embora afastados do convívio familiar diário, os idosos não são impedidos da convivência com os membros familiares e do sentir-se cuidado por estes. Com relação aos funcionários da instituição asilar, as consequências dos anos de asilamento poderiam ser reduzidas pela realização de atividades estimulantes aos cinco sentidos, bem como pela realização de atividades físicas e recreativas, momentos lúdicos, atividades e celebrações.

Este estudo ressalta os aspectos mencionados anteriormente, visto que os fatores psicossociais que podem contribuir para um envelhecimento saudável incluem família, educação, cuidados com a própria saúde, além de motivação e iniciativa da própria pessoa idosa.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, n 3-B, p. 605-612, 1998.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. O Idoso nas Instituições Gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 89-98, 2006.

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.

BERTOLUCCI, P., H. F.; OKAMOTO, I. H.; BRUCKI, S. M. D.; SIVEIRO, M. O.; NETO, J. T.; RAMOS, L. R. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 59, n. 3A, p. 532-536, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa – Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 19, p. 192, 2006.

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.

CAOPPDI - Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosas. Banco de dados às Instituições de longa Permanência para Idosos do Estado de Minas Gerais, 2005. Disponível em: <<http://www.mp.mg.gov.br>>. Acesso em: 22 Set. 2009.

CHAIMOWICS, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 454-460, 1999.

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. 56, n 4, p.267-272, 2007.

DIAS, I.G.; TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, v. 18, p. 67-87, 2007.

DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M.; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini Exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n 1, p. 13-17, 2007.

ENGELHARDT, E.; LAKS, J.; ROZENTHAL, M.; MARINHO, V. M. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, 1998.

FRATIGLIONI L, WANG HX, ERICSSON K, MAYTAN M, WINBLAD B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. **The Lancet**, v. 355, p.1315-1319, 2000.

GOMEZ, C. M.; SOUZA, E. R; BRITO, J. C; ESCOREL, S; COSTA, S. M. T. A Construção do Socioambiente Insustentável. **Informe Epidemiológico do SUS – IESUS**, v. 11, n. 3, p. 177-194, 2002.

HERRERA JUNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – estado de São Paulo – Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 2, p. 70-73, 1998.

KALACHE, A. Fórum – Envelhecimento Populacional e as Informações do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2503–2505, 2007.

KUSUMOTA, L. **Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes em Hemodiálise**. São Paulo: 2005. 150p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

LAKS, J.;VEJA, Ú.; SILBERMAN, C.; ROZENTHAL, M.; Nigri, F. N.; FREITAS, R. C.; MACHADO, M.; ENGELHARDT, E. Rastreamento cognitivo em idosos esquizofrênicos institucionalizados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n 4, p. 159-63, 2000.

LAKS, J.; BATISTA, E. M. R.; GUILHERME, E. R. L.; CONTINO, A. L. B.; FARIA, M. E. V.; FIGUEIRA, I.; ENGELHARDT, E. O Mini Exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 782-785, 2003.

LESBAUPIN, S. F.; MALERBI, F. O idoso por ele mesmo. **Revista Kairós**, v. 9. n. 2, p. 51-67, 2006.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; LEAL, P. F. G.; COTTA, R. M. M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

MONSCH, AU.; BONDI, MW.; BUTTERS, N.; SALMON, DP.; KATZMAN, R.; THAI, LJ. Comparisons of verbal fluency tasks in the detection of dementia of the Alzheimer type. **Archives Neurologi**, v. 49, p. 1253-1258, 1992.

MOREIRA, M. M. Determinantes Demográficos do Envelhecimento Brasileiro. In: Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, **Anais 2000**.

OLIVEIRA, C. R. M.; SOUZA, C. S.; FREITAS, T. M.; RIBEIRO, C. **Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo (2006)**. Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos>>. Acesso em: 07 Mar. 2009.

PFEFFER, RI.; KUROSAKI, TT.; HARRAH, CH. Jr.; CHANCE, JM.; FILOS, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. **Journal of Gerontology**, v. 37, p. 323-329, 1982.

REYS, B. N.; BEZERRA, A. B.; VILELA, A. L. S.; KEUSEN, A. L.; MARINHO, V.; PAULA, E.; LAKS, J. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação Cognitiva breve. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 52, n 6, p. 401-404, 2006.

SALGADO, C. D. S. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANTANA, A. J.; FILHO, J. C. B. Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.134-146, 2007.

SANTOS, K. R. **Imagens e narrativas de uma instituição asilar e da velhice, constituídas por três segmentos distintos: idosos moradores, gestores e voluntários** – Campinas, São Paulo: 2007. 253p. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

SILVA, C. A.; MENEZES, M. R.; SANTOS, A. C. P. O; CARVALHO, L. S.; BARREIROS, E. X. Relacionamento de amizade na instituição asilar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 274-83, 2006.

SOUZA, D. M. S. T.; SANTOS, V. L. C. G. Fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 5, 2007.

SUNDERLAND, T.; HILL, JL.; MELLOW, AM.; LAWLOR, BA.; GUNDERSHEIMER, J.; NEWHOUSE, PA.; GRAFMAN, JH. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, p. 725-729, 1989.

VALLE, E. A.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009.

WILMOTH, J. Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. **Sociologias**, v. 4, n 7, p. 136-155, 2002.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 11, p. 29-52, 2007.

*Recebido em 10 de dezembro de 2010 Aceito em 04 de maio de 2011.