

Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís – MA

Socio-demographic factors affecting cognitive performance in older women

MARCIUS VINÍCIUS GONÇALVES CORREIA¹, CLAUDIA CRISTINA GOMES TEIXEIRA², JOHN FONTENELE ARAÚJO³,
LUCIANE MARIA OLIVEIRA BRITO⁴, JOSÉ ALBUQUERQUE DE FIGUEIREDO NETO⁵, MARIA BETHÂNIA DA COSTA CHEIN⁶,
LIBERATA CAMPOS COIMBRA⁷, EMYGDIA ROSA DO REGO BARROS PIRES LEAL MESQUITA⁸

¹ Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

² Especialista em Saúde da Família pela UFMA.

³ Professor doutor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

⁴ Coordenadora do Mestrado em Saúde Materno-Infantil da UFMA.

⁵ Doutor pela Universidade de São Paulo (USP), professor da UFMA.

⁶ Vice-coordenadora do Mestrado em Saúde Materno-Infantil e professora da UFMA.

⁷ Doutora em Políticas Públicas pela UFMA.

⁸ Doutora em Genética pela USP.

Recebido: 16/01/2008 – Aceito: 16/05/2008

Resumo

Contexto: Este estudo procurou estabelecer, sob o ponto de vista descritivo, o nível de cognição e variáveis sociodemográficas associadas em mulheres da sétima à nona década, em dois serviços públicos, na cidade de São Luís (MA). **Objetivos:** Estudar o nível de cognição pelo Miniexame do Estado Mental (MMSE) e variáveis sociodemográficas associadas em mulheres da sétima à nona década, em dois serviços públicos, na cidade de São Luís (MA). **Métodos:** Durante quatro meses um questionário com as variáveis sociodemográficas e o Miniexame do Estado Mental (MMSE) foram aplicados em pacientes ambulatoriais. As voluntárias foram avaliadas nos ambulatórios de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e do Hospital Estadual Carlos Macieira. **Resultados:** Oitenta pacientes foram avaliadas – 31,2% foram classificadas com transtorno cognitivo ao MEEM; 71,4% destas tinham entre 81 e 85 anos. Transtorno cognitivo estava presente em 65% das pacientes com nível educacional inferior a sete anos. Em relação ao nível de renda e cognição, foi observado que 30,4% das pacientes que apresentavam nível de renda menor que um a dois salários mínimos eram classificadas com transtorno cognitivo. Das 33 voluntárias que tinham cuidador direto, 57,6% apresentavam transtorno cognitivo. **Conclusões:** O estudo torna-se de relevância, pois permite se atentar para o problema na região e serve de estímulo para estudos metodológicos mais complexos, visando promover a saúde pública mental do idoso.

Correia MVG, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2008;35(4):131-7

Palavras-chave: Nível de cognição, transtorno cognitivo, estudo epidemiológico descritivo, idoso.

Abstract

Background: This study aims to establish a descriptive study about the cognition level and correlated socio-demographic variables, of the female sex, from the seventh to the ninth decade in two public services in the city of São Luís (MA). **Objectives:** Study about the cognition level with Mini Mental State Examination (MMSE) and correlated socio-demographic variables, of the female sex, from the seventh to the ninth decade in two public services in the city of São Luís (MA). **Methods:** During four months, a questionnaire with socio-demographic variables and the Mini Mental State Examination (MMSE) were applied in the patients attending. The voluntaries were evaluated in the Neurology clinics of the University Hospitals President Dutra and Statue Carlos Macieira. **Results:** Eighty patients were evaluated – 31,2% were classified by MEEM with the cognitive troubles; 71,4% of these were between 81 and 85 years old. Cognitive disorder was present in 65% of the patients who had less education up to seven years. As for income and cognition level, it was observed that

30,4% of the volunteers who presented an income level lower than one to two minimum wage were classified with cognitive disturbances. From the 33 volunteers that had direct care, 57,6% presented cognitive disturbances. **Discussion:** The study becomes relevant, because it allows to attempt to the problem in that region and it serves as a stimulus for the more complex methodological studies seeking to promote the elderly public mental health.

Correia MVG, et al. / Rev Psiq Clín. 2008;35(4):131-7

Key-words: Cognition level, the cognitive troubles, descriptive epidemic study, elderly.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Acredita-se que o número de pessoas com mais de 60 anos irá crescer mais de 300% nos próximos 50 anos, passando de 606 milhões em 2000 para aproximadamente dois bilhões em 2050, dos quais 1,6 bilhão virá dos países menos desenvolvidos e em desenvolvimento; só o Brasil contribuirá com 58 milhões¹. Segundo dados do IBGE², o Brasil, com base no último censo demográfico, apresenta 15.212.532 idosos, sendo 425.040 no estado do Maranhão.

À medida que a população envelhece, os transtornos cognitivos aumentam, provocando uma elevação destes no mundo, constituindo um importante problema de saúde pública mental para a população de idosos. O estudo epidemiológico dos transtornos cognitivos torna-se crucial, pois, por meio do tempo de início entre os sintomas e subsequente desenvolvimento da doença, pode-se mensurar a incidência e prevalência desta.

Scazufca *et al.*¹ relatam que a prevalência dos transtornos cognitivos, em especial a demência, nos países em desenvolvimento é realizada com base nos parâmetros dos países desenvolvidos. Considerando-se uma prevalência uniforme de 3%, acredita-se que o número de pessoas com 60 anos ou mais com transtornos cognitivos nos países em desenvolvimento no ano 2000 seria de 11 milhões e, no Brasil, de 390 mil pessoas.

Em 1998, em Conchin, na Índia, durante o 14º Congresso da Associação Internacional da Doença de Alzheimer, foi fundado o Grupo de Pesquisa em Demência 10/66, buscando diminuir o desequilíbrio entre estudos populacionais sobre o tema em países em desenvolvimento e desenvolvidos. Esse grupo procura encorajar pesquisas em todos os níveis entre grupos de pesquisadores nos países em desenvolvimento e desenvolvidos para gerar conhecimentos sobre transtornos cognitivos, desenvolver propostas de novos serviços e influenciar políticas públicas. Nos países em desenvolvimento, o grupo identificou como áreas prioritárias para investigação: quantificar prevalência e incidência; buscar metodologia internacional harmônica na exploração das variações na prevalência e incidência; buscar descrever os tipos de cuidados que as pessoas devem receber e quantificar a sobrecarga nos familiares ou outras pessoas que oferecem o cuidado informal à pessoa com o

problema; testar e avaliar a efetividade de serviços para pessoas e seus cuidadores.

Além da dificuldade diagnóstica precoce, o estudo epidemiológico dos transtornos cognitivos nos países em desenvolvimento está muito aquém do esperado; por serem aplicados instrumentos de rastreamento utilizados em países desenvolvidos, baseados em um bom nível educacional, tornam-se inadequados à nossa realidade. As populações idosas nos países em desenvolvimento apresentam pouca ou nenhuma escolaridade, correndo o risco de superestimar os resultados obtidos, pois, além dos idosos com declínio cognitivo real, estar-se-á incluindo os com pouca ou nenhuma escolaridade sem declínio cognitivo¹.

Diante da relevância do tema, buscou-se revisão bibliográfica nacional e internacional de artigos indexados, que trouxessem como objeto de pesquisa a prevalência dos transtornos cognitivos no Brasil, associada às variáveis sociodemográficas das regiões, com destaque ao estado do Maranhão, e que utilizassem como teste de rastreio cognitivo global o Minixame do Estado Mental (MEEM) de Folstein³, adaptado por Bertolucci *et al.*⁴ e modificado por Caramelli e Nitri⁵. É um teste cognitivo de fácil aplicabilidade e especificidade, por meio do qual se avaliam a orientação temporoespacial, atenção e cálculo, registro de três palavras, capacidade de retenção, linguagem e habilidade psicomotora. A literatura registra trabalhos de pesquisadores expoentes como Caramelli e Barbosa⁶, Brucki *et al.*⁷ e Brito Marques e Cabral Filho⁸, entre outros; porém, observa-se número restrito de trabalhos no eixo Norte-Nordeste, com desconhecimento, pela revisão bibliográfica realizada, de trabalhos sobre esse tema no estado do Maranhão.

Com base na carência de estudos desse nível nas regiões citadas no parágrafo anterior, busca-se, mediante aplicabilidade do MEEM e de questionário fechado de variáveis sociodemográficas, rastrear o nível cognitivo de uma população-alvo na cidade de São Luís (MA), evidenciando-se os prováveis transtornos cognitivos. Segundo Montano⁹, um teste de rastreamento seleciona pessoas que provavelmente têm a doença, separando-as daquelas que não têm, não pretendendo ser diagnóstico.

Torna-se de relevância o estudo epidemiológico dos transtornos cognitivos nos países em desenvolvimento. No Brasil, deve-se atentar principalmente às regiões Norte e Nordeste, que apresentam carência de estudos

da prevalência dos transtornos cognitivos. As condições sociais, econômicas e culturais dessas regiões são colocadas em detrimento durante a aplicabilidade dos testes cognitivos, podendo gerar resultados falso-positivos.

Espera-se, com o estudo proposto, contribuir para a avaliação descritiva e analítica dos transtornos cognitivos na região, servindo de substrato para investigações metodológicas mais complexas.

Métodos e casuística

Trata-se de um estudo descritivo, tendo como população de referência: pacientes do sexo feminino, na faixa etária da sétima à nona década, que referiram problemas de memória, atendidas no Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e do Hospital Estadual Carlos Macieira, na cidade de São Luís (MA). O período de coleta foi de abril a junho e novembro a dezembro de 2005.

Durante a coleta voluntária utilizou-se um questionário fechado com variáveis sociodemográficas, contendo as seguintes variáveis qualitativas (nome, endereço e cuidador direto), ordinal (nível de instrução, renda familiar) e quantitativa (idade); e o MEEM de Folstein³. O MEEM trata-se de um teste cognitivo no qual se avaliam orientação temporoespacial, atenção, memória, capacidade de retenção, cálculo, linguagem e habilidades psicomotoras.

Para avaliar a orientação, foram realizadas dez perguntas relacionadas à orientação temporoespacial: qual o dia da semana, dia do mês, mês, ano, hora aproximada, local específico (andar ou setor), instituição (residência, hospital, clínica), bairro ou rua próxima, cidade ou estado; valendo um ponto cada questão, obtendo-se a soma de dez pontos.

Com o objetivo de avaliar a retenção ou o registro de dados, solicitou-se à voluntária que repetisse o nome de três objetos citados pelo orientador (por exemplo: bola, cadeira, janela); cada objeto retido na memória representava um ponto, somando-se três pontos.

Para avaliação de atenção e cálculo, realizou-se subtração de 100-7, corrigindo quando estivesse errado, até cinco resultados sucessivos (por exemplo: 93, 86, 79, 72 e 65). Se a voluntária não fosse capaz (indivíduos com grau de escolaridade baixo, menor ou igual a quatro anos de estudo), pedia-se a ela que soletrasse a palavra "mundo" de forma invertida. Atribuiu-se um ponto para cada acerto, valorizando apenas o teste em que o desempenho tinha sido melhor. O resultado somava cinco pontos.

Para avaliar a retenção da memória, pedia-se à voluntária que repetisse os nomes dos três objetos que foi solicitada a lembrar há pouco; quantificava-se um ponto para cada objeto, somando três pontos.

Buscando avaliar a linguagem, solicitava-se à voluntária que nomeasse um objeto a ela mostrado, até dois objetos (por exemplo: óculos e relógio), somando um ponto para cada objeto acertado; depois, pedia-se que

ela repetisse uma frase imediatamente após ser dita (por exemplo: nem aqui, nem ali, nem lá), somando um ponto; obedecesse a um comando verbal (por exemplo: pegue o papel com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão), um ponto para cada comando verbal acertado, somando três pontos; lesse e obedecesse a um comando (por exemplo: feche os olhos), somando um ponto; escrevesse uma frase com sujeito e verbo e que tivesse sentido, somando um ponto; copiasse um desenho (dois pentágonos em interseção), valendo um ponto. Essa etapa da linguagem apresentava a soma de nove pontos.

Depois de aplicado o MEEM, os pontos obtidos eram somados e o somatório total de questões certas era de 30 pontos, sendo o escore de 24 a nota de corte mais adequada para a classificação dos transtornos cognitivos segundo Bertolucci *et al.*⁴.

Entretanto, sabe-se que o desempenho depende numa escala proporcional direta, da escolaridade do indivíduo e, buscando minimizar esse efeito, recomendam-se pontos de corte distintos conforme o nível educacional. Sendo assim, os voluntários foram classificados com transtorno cognitivo e sem transtorno cognitivo, segundo o tempo de estudo, de acordo com Caramelli e Nitrini⁵, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1. Classificação das voluntárias com transtorno cognitivo e sem transtorno cognitivo, segundo o tempo de estudo

Tempo de estudo	Com transtorno cognitivo	Sem transtorno cognitivo
Sem instrução	Menor ou igual a 18 pontos	A partir de 19 pontos
Três a sete anos	Menor ou igual a 21 pontos	A partir de 22 pontos
Quatro a oito anos	Menor ou igual a 24 pontos	A partir de 25 pontos
Mais que oito anos	Menor ou igual a 26 pontos	A partir de 27 pontos

Quando a voluntária ou acompanhante responsável relatava ter a paciente algum problema de memória, informava-se que seria aplicado um questionário de cunho pessoal (por exemplo: idade, nível de instrução, renda familiar) e um teste para avaliação da memória, orientando-se que seria respeitada a integridade física e psíquica da voluntária, podendo esta se retirar em qualquer fase da pesquisa, sem ônus.

A amostragem utilizada foi de conveniência do autor, uma vez que não existia um ambulatório especializado de cognição, sendo os pacientes selecionados a partir do ambulatório de neurologia geral, nos dias de atendimento das instituições onde foram aplicados os testes. O tamanho reduzido da amostra não permite qualquer comentário crítico de inferência a respeito do assunto, merecendo um prosseguimento do estudo com aumento da casuística para validação estatística mais apurada.

Assim sendo, foi realizado um estudo puramente descritivo dos dados.

Foram considerados critérios de inclusão voluntárias do sexo feminino, na faixa etária da sétima à nona década, que referiram problemas de memória e procuraram os serviços públicos ambulatoriais de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra ou do Hospital Estadual Carlos Macieira, na cidade de São Luís (MA), no período de abril a junho e novembro a dezembro de 2005, totalizando o número de 80 voluntárias avaliadas.

Foram considerados critérios de exclusão voluntárias do sexo feminino, na faixa etária da sexta à oitava década, que procuraram o ambulatório de neurologia geral, no período de estudo, e não referiram ter problemas de memória.

Após aplicação do questionário estruturado de variáveis sociodemográficas, o rastreamento cognitivo global foi realizado por intermédio da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), adaptado por Bertolucci *et al.*⁴, sendo escolhido para análise dos resultados o trabalho de Caramelli e Nitrini⁵. Optou-se assim por tratar-se de uma análise metodológica mais eficiente e menos complexa, uma vez que os pontos de corte sugeridos por tempo de estudo permitem uma melhor classificação do nível de cognição, evitando que indivíduos com baixo grau de escolaridade sejam classificados com transtornos cognitivos, gerando resultados falso-positivos.

Embora os outros trabalhos estivessem metodologicamente corretos, não se adequavam ao trabalho proposto, uma vez que o trabalho de Crum *et al.*¹⁰ é direcionado a uma população-alvo de países desenvolvidos e fora da faixa etária do objeto de estudo. Almeida¹¹ classifica em sem escolaridade e com história escolar prévia, sem definir tempo de escolaridade, tendo avaliado indivíduos de ambos os sexos, o que também não se enquadra no objeto de estudo. Brucki *et al.*⁷ avaliaram pacientes sem queixa de memória, fora da faixa etária do objeto de estudo, e obtiveram medianas fracionadas, que dificultam a avaliação global do resultado.

Brito Marques e Cabral Filho⁸ apresentam um trabalho adequado à cultura de nossa região, talvez o mais próximo da realidade regional do Nordeste, uma vez que propõem modificações aos subitens cálculo e habilidades psicomotoras (interseção de triângulos, instrumento musical regional), respeitando as limitações que as variáveis sociodemográficas impõem ao nível cognitivo; mas, embora seja um bom teste cognitivo, ainda se encontra em fase de validação científica.

As variáveis em estudo foram obtidas por meio do questionário fechado com variáveis sociodemográficas e MEEM, sendo apresentadas por meio de tabelas de distribuição de frequências. Os dados foram analisados pelo programa estatístico EPI-info 2000. Para associação entre os resultados do teste de MEEM e variáveis sociodemográficas, foram utilizados procedimentos de estatística descritiva.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da

Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), sendo realizada somente após aprovação do referido Comitê e assinatura pela voluntária ou representante legal do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Depois de aplicado o teste do Miniexame do Estado Mental para avaliar a capacidade cognitiva, foi observado que das 80 voluntárias avaliadas, 25 (31,2%) foram classificadas com transtorno cognitivo e 55 (68,8%), sem transtorno cognitivo (Tabela 1).

Tabela 1. Avaliação do nível de cognição pelo Miniexame do Estado Mental, no Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital Estadual Carlos Macieira, em São Luís (MA), 2005

MEEM	n	%
Transtorno cognitivo	25	31,2
Sem transtorno cognitivo	55	68,8
Total	80	100

Na tabela 2, ao se avaliar a população segundo a faixa etária, pode-se constatar que das 80 voluntárias avaliadas, 38 (47,5%) encontravam-se na faixa etária dos 65 aos 70 anos e sete (8,7%) dos 81 aos 85 anos.

Ao se avaliar nível de cognição segundo faixa etária, observa-se que das voluntárias que se encontram na faixa etária dos 81 aos 85 anos, 71,4% foram classificadas com transtorno cognitivo, e nas que se encontram na faixa etária de 76 aos 80 anos, 76,9% foram classificadas sem transtorno cognitivo.

Tabela 2. Avaliação do nível de cognição segundo a faixa etária – Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital Estadual Carlos Macieira, em São Luís (MA), 2005

Faixa etária	Transtorno cognitivo		Sem transtorno cognitivo		Total	
	n	%	n	%	n	%
65-70 anos	9	23,7	29	76,3	38	47,5
71-75 anos	8	36,4	14	63,6	22	27,5
76-80 anos	3	23,1	10	76,9	13	16,3
81-85 anos	5	71,4	2	28,6	7	8,7
Total	25	31,2	55	68,8	80	100

No que se refere a avaliar distribuição da população segundo o tempo de estudo, pode-se perceber que 35 voluntárias (43,8%) apresentaram de zero até três anos de estudo, e 21 (26,2%), maior ou igual a oito anos de estudo. Ao se avaliar nível de cognição segundo o tempo de estudo, observa-se que, das 59 (73,8%) voluntárias com tempo de estudo menor ou igual a sete anos, 14 (40%) com zero

a três anos foram classificadas com transtorno cognitivo e nas com mais de oito anos de estudo, 16 (76,2%) foram classificadas sem transtorno cognitivo (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da cognição segundo o tempo de estudo – Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital Estadual Carlos Macieira, em São Luís (MA), 2005

Tempo de estudo	Transtorno cognitivo		Sem transtorno cognitivo		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 a 3 anos	14	40	21	60	35	43,8
4 a 7 anos	6	25	18	75	24	30
> 8 anos	5	23,8	16	76,2	21	26,2
Total	25	31,2	55	68,8	80	100

Na tabela 4, relativa à renda familiar, 46 voluntárias (57,5%) apresentavam renda de menos de um a dois salários mínimos, e 34 (42,5%) tinham renda maior que dois salários mínimos. Das voluntárias com renda familiar menor que um a dois salários mínimos, 30,4% foram classificadas com transtorno cognitivo, e das com mais de dois salários mínimos, 32,4% foram classificadas com transtorno cognitivo ao MEEM.

Tabela 4. Distribuição da população segundo o nível de renda e o nível de cognição – Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital Estadual Carlos Macieira, em São Luís (MA), 2005

Renda familiar	Transtorno cognitivo		Sem transtorno cognitivo		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 1 a 2 SM	14	30,4	32	69,6	46	57,5
> de 2 SM	11	32,4	23	67,6	34	42,5
Total	25	31,2	55	68,8	80	100

SM = salários mínimos.

Na tabela 5, das 80 voluntárias avaliadas, 33 (41,3%) referiram ter cuidador direto e 47 (58,7%), não ter cuidador direto. Das voluntárias com cuidador direto, 57,6% foram classificadas com transtorno cognitivo; das voluntárias sem cuidador direto, 87,2% foram classificadas sem transtorno cognitivo.

Tabela 5. Distribuição da população segundo o cuidador direto e o nível de cognição – Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital Estadual Carlos Macieira, em São Luís (MA), 2005

Cuidador direto	Transtorno cognitivo		Sem transtorno cognitivo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	19	57,6	14	42,4	33	41,3
Não	6	12,8	41	87,2	47	58,7
Total	25	31,2	55	68,8	80	100

Quanto à distribuição da população segundo o tipo de cuidador, pode-se constatar que 20 (25%) são filhos e 47 (58,8%) referem não ter cuidador. Os dados constataam que das voluntárias que tinham o filho como cuidador, 13 (65%) foram classificadas com transtorno cognitivo, e das que não tinham cuidador, 41 (87,2%) foram classificadas sem transtorno cognitivo (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição da população segundo o tipo de cuidador e o nível de cognição – Ambulatório de Neurologia do Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital Estadual Carlos Macieira, em São Luís (MA), 2005

Tipo de cuidador	Transtorno cognitivo		Sem transtorno cognitivo		Total	
	n	%	n	%	n	%
Marido	1	20	4	80	5	6,2
Filho	13	65	7	35	20	25
Neto e terceiros	5	62,5	3	37,5	8	10
Não tem	6	12,8	41	87,2	47	58,8
Total	25	31,2	55	68,8	80	100

Análise dos resultados e conclusão

Na tabela 1, observa-se prevalência de 31,2% de voluntárias com transtorno cognitivo e 68,8% sem transtorno cognitivo. Após avaliação cognitiva em 80 voluntárias pelo MEEM, o teste evidenciou-se de fácil aplicabilidade, como de acordo com o trabalho de Bustamante *et al.*¹²; e quanto ao diagnóstico de 31,2% com provável transtorno cognitivo, mostrou-se próximo dos valores dos trabalhos de Almeida¹¹ (33,2%) e 32,2%, de Cavalini e Chor¹³. Entretanto, foram utilizados neste trabalho pontos de corte distintos, conforme nível educacional proposto por Caramelli e Nitrini⁵, para evitar resultados falso-positivos.

Deve-se ressaltar que, por ser um teste de rastreamento, não permite diagnóstico diferencial entre delírio e demência e não é capaz de detectar casos de declínio cognitivo leve conforme Caramelli e Barbosa⁶. Sendo o MEEM um teste de rastreamento para demência, ele não serve de forma isolada para confirmação diagnóstica, devendo-se dar prosseguimento ao grupo estudado por meio de testes neuropsicológicos e exames complementares mais apurados, como recomendado pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia¹⁴.

Na tabela 2, constatou-se que das voluntárias que referiram déficit de memória, 47,5% encontram-se na faixa etária dos 65 a 70 anos, compatível com os trabalhos de O'Connor *et al.*¹⁵ e Herrera *et al.*¹⁶, os quais relatam que o déficit cognitivo aparece principalmente depois dos 65 anos e aumenta com o passar dos anos, principalmente em idades mais avançadas. Tais dados estão de acordo com as observações de Ramos e Macedo¹⁷, segundo as quais, a partir da sexta década, as perdas cognitivas com

comprometimento de memória estão entre os sintomas mais comuns trazidos pelos idosos durante a consulta médica, o que muitas vezes é confundido com perdas similares às da demência. Embora a incidência e a prevalência dessa patologia estejam aumentadas nessa faixa etária, deve-se prosseguir a investigação do grupo estudado com exames complementares mais apurados, uma vez que o MEEM é somente um teste de rastreio clínico cognitivo, não permitindo o diagnóstico definitivo⁹.

Ainda na tabela 2, ao se avaliar nível de cognição e faixa etária, não se observa que a prevalência dobra a cada cinco anos como proposto por Lopes *et al.*¹⁸, provavelmente pelo fato de não existir um ambulatório especializado em cognição, sendo as voluntárias com problemas de memória selecionadas a partir de um ambulatório geral de Neurologia, o que não permite uma coleta para obtenção de um N suficiente para estratificação adequada por faixa etária; ou seja, o déficit cognitivo pode estar associado à progressão da idade no grupo estudado, o que se confirma ao se avaliar a faixa etária de 81 a 85 anos; das sete voluntárias (8,7%) do total encontrado nesta faixa, cinco (71,4%) foram classificadas com transtorno cognitivo e duas (28,6%), sem transtorno cognitivo, compatível com os levantamentos bibliográficos segundo os quais, a partir da oitava década, há aumento da prevalência dos transtornos cognitivos nessa faixa etária^{1,19}.

Das 80 voluntárias submetidas ao MEEM, 59 (73,8%) apresentavam escolaridade inferior a sete anos de estudo e destas, 35 (43,8%) tinham até no máximo três anos de estudo (Tabela 3), o que confirma os indicadores sociais do IBGE², cuja média de estudos em indivíduos com 60 anos ou mais era de 3,5 anos, indicando baixo nível de escolaridade dos idosos brasileiros. Ao se avaliar nível de cognição e tempo de estudo, observa-se que das 35 voluntárias com até três anos de estudo, 14 (40%) tinham transtorno cognitivo, resultado diferente daquele encontrado nos trabalhos de Cavalini e Chor¹³, os quais concluíram que o baixo nível de escolaridade pode ter associação direta com a perda da função cognitiva. Lourenço e Veras²⁰ chegaram à conclusão de que a avaliação cognitiva estaria fortemente influenciada pela escolaridade, ou seja, quanto maior o tempo de estudo, melhor o desempenho nos testes cognitivos⁸. Talvez o N reduzido da amostra não permita qualquer comentário crítico a respeito do assunto, merecendo um prosseguimento do estudo com aumento da casuística para validação estatística mais apurada.

Chama atenção a dificuldade apresentada pelo grupo estudado para realização dos testes de cálculo seriado (100-7, cinco subtrações sucessivas), habilidades psicomotoras (interseção de dois pentágonos), leitura, escrita e retenção da memória ao MEEM, como também observado no estudo de Brucki *et al.*⁷, em que se nota influência diretamente proporcional à escolaridade nos subitens citados. Considerando-se que 73,8% do grupo estudado apresentavam menos de sete anos de

escolaridade, seria interessante prosseguir o estudo, aumentando o N e submetendo o grupo estudado ao MEEM modificado por Brito Marques e Cabral Filho²¹, mais adequado à realidade sociocultural da nossa região, possibilitando dados mais conclusivos.

Na tabela 4, em que se verifica a distribuição da população segundo renda familiar, 46 (57,5%) foram classificadas com renda inferior a um ou dois salários mínimos. Constatou-se uma equivalência entre nível de renda e nível de cognição. Segundo O'Connor *et al.*¹⁵, Herrera *et al.*¹⁶ evidenciaram que quanto mais baixo o nível socioeconômico, menores os escores aos testes cognitivos, com maior prevalência de síndrome demencial.

O resultado pode ser significativo, merecendo prosseguimento com estudos estatísticos mais apurados para confirmação ou não da associação direta entre nível de renda e cognição; talvez represente a verdadeira realidade do quadro, uma vez que o estado do Maranhão, juntamente com Piauí, apresenta, segundo o IBGE², um dos piores índices de desenvolvimento humano (IDH) do país. Desse modo, o nível de renda deve ser considerado um fator de associação, uma vez que menor nível de renda equivale a menor tempo de escolaridade, o que pode ter uma implicação diretamente proporcional na capacidade cognitiva, assim como constatado por Lourenço e Veras²⁰, que observaram que dos 303 idosos com mais de 65 anos submetidos ao MEEM, 78 (26,9%) tinham renda menor que um salário mínimo, sendo 37,2% classificados com demência, próximo aos 30,4% com transtorno cognitivo do grupo estudado.

Na tabela 5, das 33 voluntárias (41,2%) que tinham cuidador direto, 19 (57,6%) foram classificadas com transtorno cognitivo, predominando os filhos (65%) e terceiros (62,5%) como cuidador direto (Tabela 6). Num trabalho segundo declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos familiares de um estudo multicêntrico denominado Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe²², foram avaliados 2.143 idosos do município de São Paulo, dos quais 25,2% tinham como cuidador direto filhos; próximo do valor de 25% de filhos como tipo de cuidador (Tabela 6). Percebe-se, assim, a necessidade de palestras preventivas, pela equipe interdisciplinar, visando a uma maior aderência de toda a família ao acompanhamento da voluntária com transtorno cognitivo, objetivando um melhor prognóstico.

Conclui-se que o trabalho proposto apresenta algumas limitações, como viés de amostra e não-aplicação de outro instrumento de rastreio para atividades de vida diária, o que aumentaria a sensibilidade e especificidade do estudo. Contudo, buscou descrever e associar a prevalência dos transtornos cognitivos e variáveis socio-demográficas no grupo estudado, atendendo à proposta descritiva centrada pelo estudo, devendo proporcionar substrato epidemiológico para estudos metodológicos mais complexos, visando promover uma saúde pública mental do idoso na região.

Agradecimentos

Agradecimentos aos alunos de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), responsáveis pelo banco de dados. Sem os alunos, não seria possível a realização deste trabalho.

Referências

1. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, et al. Investigações sobre demências nos países em desenvolvimento. *Rev Saude Publica*. 2002;36(6).
2. IBGE. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica: síntese dos indicadores sociais. Rio de Janeiro. 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/indicadores_minimos/sintese_indic_sociais_2005/indic_sociais_2005.pdf. Acesso em: 12 abr. 2006.
3. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
4. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Miniexame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-7.
5. Caramelli PC, Nitrini R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? *Rev Assoc Med Bras*. 2000;46:301.
6. Caramelli PC, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? *Rev Bras Psiq*. 2002;24:7-10.
7. Brucki Sonia, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
8. Brito Marques PR, Cabral-Filho JE. Influência da idade e escolaridade sobre a performance modificada do Mini-exame do Estado Mental: estudo no Nordeste do Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63:558-87.
9. Montano MBMM. Prevalência de demência em uma população de idosos residentes na comunidade. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2001. 124 p.
10. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA*. 1993;269:2386-91.
11. Almeida OP. Mini-exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998;56:605-12.
12. Bustamante SEZ, 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;61:601-6.
13. Cavalini TI, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6:7-17.
14. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Pereira DB, Dozzi BSM, Renato A. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63:713-9.
15. O'Connor DW, Pollitt PA, Treasure FP, Brook CPB, Reiss BB. The influence of education social class on sex on Mini Mental Scores. *Psychol Med*. 1989;19:771-6.
16. Herrera Júnior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo populacional da demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq Clin*. 1998;25:70-3.
17. Ramos LR, Macedo MB. Como diagnosticar e tratar: distúrbios da memória e demência. *Rev Bras Med*. [on-line] 2000;57:12.
18. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60:1-15.
19. Lautenschlager NT. Is it possible to prevent dementia? *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;2:22-7.
20. Lourenço RA, Veras RP. Mini-exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*. 2006;22:712-9.
21. Brito-Marques PR, Cabral-Filho JE. O papel da educação no Mini-exame do Estado Mental: um estudo no Nordeste do Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62:206-11.
22. Oliveira SFD. Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo. Dissertação. (Mestrado em Saúde do Adulto e do Idoso) – Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 2006. 94p.