

## RASTREAMENTO COGNITIVO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE JEQUIÉ-BA

Luciana Araújo dos Reis<sup>\*</sup>  
Gilson de Vasconcelos Torres<sup>#</sup>  
Carla Cristina de Araújo<sup>¶</sup>  
Luana Araújo dos Reis<sup>æ</sup>  
Lana Karina Nascimento Novaes<sup>Æ</sup>

**RESUMO.** O presente estudo tem como objetivo avaliar o estado mental de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. O rastreamento cognitivo foi realizado com a utilização do Miniexame do Estado Mental – MEEM (*Mini-mental State Examination-MMSE*). A amostra se constituiu de 60 idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos (58,3%) e acima de 80 anos (41,7%). 40% dos entrevistados apresentavam funções cognitivas preservadas e 60% demonstravam alguma alteração cognitiva não sugestiva de déficit. Destes últimos, 50% estão compreendidos na faixa de 26 a 24 pontos, 33,4% na de 30 a 26 pontos e 16,6% distribuídos na faixa de 23 pontos ou menos. Nesta perspectiva acredita-se que quanto mais subsídios se tenham sobre o processo de envelhecimento saudável, mais se poderá trabalhar para a prevenção de uma demência, como também para identificar precocemente sinais desta.

**Palavras-chave:** Idosos; demência; instituição.

## COGNITIVE TRACKING OF INSTITUTIONALIZED AGED IN THE COUNTY OF JEQUIÉ-BA

**ABSTRACT.** The present study has as objective to evaluate the mental state of institutionalized aged in the county of Jequié-BA. The cognitive tracking was done with the utilization of the Mini-exame of mental state – MEEM (Mini-mental State Examination-MMSE). The sample was composed by 60 understood aged in the age level of 60 to 80 years (58,3%) and above (41,7%). 40% of the interviewed ones presented preserved cognitive functions and 60% demonstrated some cognitive alteration which is not suggested as a deficit. The latter, 50% are included in the interval of 26 to 24 points, 33.4% in the interval of 30 to 26 points and 16.6% are distributed in the interval of 23 points or less. In this perspective it is believed that the more subsidies on the process of healthful aging, the more it will be able to work to the dementia prevention as well as to identify precociously signals of this.

**Key words:** Aged; dementia; institution.

## EL SEGUIR COGNOSCITIVO DE INSTITUCIONALIZADO ENVEJECIDO EN EL CONDADO DE JEQUIÉ-BA

**RESUMEN.** El actual estudio tiene como objetivo evaluar el estado mental de institucionalizado envejecido en el condado del Jequié-BA. El seguir cognoscitivo fue hecho con la utilización del Mini-exame del estado mental - MEEM (Examinación-MMSE Mini-mental del estado). La muestra fue compuesta por 60 entendidos envejecido en el nivel de la edad de 60 a 80 de los años (58.3%) y arriba de 90 años (41,7%). el 40% entrevistados con presentaron funciones cognoscitivas preservadas y el 60% demostraron una cierta alteración cognoscitiva no sugestiva de déficit. De estos 50% se entienden en el intervalo de 26 a 24 puntos, 33.4% en el intervalo de 30 a 26 puntos y 16.6% distribuidos en el intervalo de 23 puntos o menos. En esta

---

\* Fisioterapeuta, Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN.

# Enfermeiro, Doutor em Enfermagem/EERP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS-UFRN.

¶ Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

æ Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências-FTC.

Æ Psicóloga, Especialista, Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências-FTC..

perspectiva cree que tanto, teniendo más subsidios en el proceso del envejecimiento saludable, él podrá más trabajar a la prevención de la demencia, así como para identificar precociously señales de esto.

**Palabras-clave:** Envejecido; demencia; institución.

Dados atuais mostram que o número de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo atualmente é de 414 milhões, e aumentará para 804 milhões em 2025. O desenvolvimento mundial, as mudanças na distribuição demográfica de determinados grupos de idade e, principalmente, a maior longevidade, podem levar a um aumento significativo na incidência de doenças relacionadas à idade (Reis, Sampaio, Lessa, & Torres, 2007).

O envelhecimento normal engloba um declínio gradual nas funções cognitivas, dependentes de processos neurológicos que se alteram com a idade. As perdas de memória, principalmente as que se refletem em dificuldade para recordar nomes, números de telefone e objetos guardados são as mais frequentes. O declínio que acompanha o idoso tem início e progressão extremamente variáveis, dependendo de fatores educacionais, da saúde e da personalidade, bem como do nível intelectual global e das capacidades mentais específicas do indivíduo (Pereira, Goretti, & Oliveira, 2006).

Acredita-se hoje que a demência é um emergente problema de saúde pública, pois é uma das doenças mais comuns no idoso e a maior causa de incapacidade e mortalidade. Com o envelhecimento populacional, esse mal assume proporções epidêmicas, estando presente em 5% dos indivíduos acima de 65 anos e em 20% dos indivíduos acima de 80 anos. Abaixo dos 60 anos, a incidência é muito baixa (0,5%) e aumenta muito com o avançar da idade, podendo chegar a mais de 50% na idade muito avançada. Esses dados não deixam dúvida de que a idade é o fator de risco mais importante para a demência (Carvalho & Coutinho, 2002).

A demência é uma diminuição no funcionamento mental ou cognitivo, caracterizada por pelo menos dois déficits cognitivos, incluindo o de memória, associados ao comprometimento do funcionamento cotidiano do indivíduo. Além dos déficits de memória, uma demência deve apresentar o desenvolvimento de pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia (deterioração das funções da linguagem), apraxia (prejuízo na capacidade de executar atividades motoras, apesar de as capacidades motoras, a função sensorial e a compreensão estarem intactas para a tarefa exigida), agnosia (fracasso em reconhecer ou identificar objetos, apesar de uma função sensorial intacta) ou uma perturbação do

funcionamento executivo (envolve a capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar, sequenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo) (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994).

Os déficits cognitivos devem comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento, podendo assim comprometer a capacidade funcional do idoso. As pessoas com demência têm dificuldade em aprender sobre um novo assunto e/ou esquecem o que foi aprendido anteriormente (Engelhardt, Laks, Rozenthal, & Marinho, 1998).

Diversos processos patológicos podem produzir a síndrome demencial, e as peculiaridades de sua apresentação clínica dependerão de sua etiologia. Essas doenças podem ser classificadas em dois grandes grupos: demências irreversíveis (como doença de Alzheimer, demência vascular, demências frontotemporais, demência com corpúsculo de Lewy e demências subcorticais) e demências potencialmente reversíveis (secundárias a um comprometimento do sistema nervoso central, como condições que afetam esse sistema e se cronificam, e distúrbios psiquiátricos). A maioria dos estudos de incidência de demência segundo sua etiologia demonstra que a doença de Alzheimer é a causa mais frequente, compreendendo cerca de 50 a 70% do total das demências, seguindo-se a demência vascular, cuja frequência está entre 20 e 30% e que ocorre em consequência de hipertensão ou arterosclerose (Brito-Marques & Cabral-Filho, 2004).

A demência também pode ocorrer em consequência de hidrocefalia de pressão normal, consumo excessivo de bebidas alcoólicas por um longo período, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12, tumor cerebral, doença de Parkinson, doença de Huntington ou sífilis não tratada. Além desses, outras variáveis podem ter um valor preditivo para a demência: susceptibilidade genética, idade, história familiar de demência, aspectos morfológicos do cérebro, depressão, esquizofrenia, dentre outros (Calasans & Alouche, 2004).

Estudos epidemiológicos sobre envelhecimento e demência demonstram que o uso de critérios para a classificação de demência leva ao surgimento de três grupos de sujeitos: aqueles que são demenciados, aqueles que não são demenciados e um terceiro grupo

de indivíduos que não podem ser classificados como normais ou demenciados, embora possuam prejuízo cognitivo (Stein & Argimon, 2005).

O diagnóstico de comprometimento cognitivo é tarefa complexa e ainda não bem sistematizada na população de idosos. Os quadros leves de comprometimento cognitivo são frequentes, passando muitas vezes despercebidos, e há uma necessidade de distinguir (o que é muitas vezes difícil) entre as manifestações iniciais de doença e modificações associadas com o processo normal de envelhecimento (Laks et al., 2003).

Privilegiar o envelhecimento bem-sucedido requer também avaliar e antecipar fatores de risco para o declínio cognitivo, bem como diagnosticar precocemente desvios que possam resultar num envelhecimento cognitivo patológico. Nesta perspectiva o presente estudo tem por objetivo avaliar o estado mental de idosos institucionalizados no município de Jequié/BA.

## METODOLOGIA

O estudo foi realizado em uma instituição (casa para idosos) do município de Jequié/BA que hospeda idosos de diversos níveis sociais e educacionais, o que possibilitou uma amostra diversificada e a obtenção de resultados mais abrangentes.

A população estudada foi composta por todos os idosos residentes na instituição asilar no período proposto para coleta de dados. Constituiu critério de exclusão o idoso não querer participar do estudo. Do total de 68 idosos residentes no asilo, oito foram excluídos por não aceitarem participar do estudo.

A amostra foi de 60 idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 69 anos (41,7%), 70 a 79 anos (33,3%), 80 a 89 anos (11,7%) e acima de 90 anos (13,3%).

O rastreamento foi realizado com a utilização do Miniexame do Estado Mental – MEEM (*Mini-mental State Examination-MMSE*). O MEEM é composto de 30 questões categóricas, e a pontuação se fez da seguinte forma: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo) (Bertolucci et al., 1994). O protocolo de pesquisa além do MEEM constou também de dados sociodemográficas e sobre as condições de saúde.

Os procedimentos de coleta de informações foram instituídos após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, obedecendo à Resolução 196/96, que trata de pesquisas realizadas em seres humanos. Para

participar da pesquisa voluntariamente o idoso ou seu responsável assinou um termo de consentimento.

Os dados obtidos com a utilização do protocolo deste estudo foram organizados em um banco de dados eletrônico (Microsoft Excel), sendo posteriormente realizada a caracterização dos pesquisados por meio da estatística descritiva. As análises estatísticas inferenciais foram realizadas pela aplicação do software Statistical Analysis System (SAS).

## RESULTADOS

Optou-se por apresentar a caracterização socioeconômica e de saúde dos idosos institucionalizados segundo a faixa etária, o que está apresentada na tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição dos Idosos Quanto a Caracterização Sócio-Demográfica e de Saúde Segundo Faixa Etária. Jequié/Ba, 2007.

Variáveis socio-demográficas e de saúde	Faixa Etária				Total	
	60 a 80 anos		> 80 anos		N	%
	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	20	33,3	10	16,7	30	50,0
Feminino	15	25,0	15	15,0	30	50,0
<b>Escolaridade</b>						
Não alfabetizado	25	41,6	19	31,7	44	73,3
Alfabetizado	8	13,3	6	10,0	14	23,3
Ensino fundamental	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Ensino superior	1	1,7	0	0,0	1	1,7
<b>Renda</b>						
1 Salário mínimo	35	58,3	25	41,7	60	100,0
<b>Profissão</b>						
Aposentado	35	58,3	25	41,7	60	100,0
<b>Tempo de institucionalização</b>						
1 a 10 anos	31	51,7	20	33,3	51	85,0
> 10 anos	4	6,7	5	8,3	9	15,0
<b>Estado Mental</b>						
Cognição preservada	14	23,3	10	16,7	24	40,0
Alteração cognitiva não sugestiva de déficit	21	35,0	15	25,0	36	60,0
<b>Doenças Osteomusculares</b>						
Presente	18	36,8	20	40,8	38	77,6
Ausente	8	16,3	3	6,1	11	22,4
<b>Distribuição das Doenças Osteomusculares</b>						
Artrite/Artrose/Artralgia/Esporão do calcâneo/Osteoporose/Artrite reumatóide	15	39,5	13	34,2	28	73,7
Hérnia de disco/ Lombalgia	3	7,9	4	10,5	7	18,4
Tendinite/ Bursite	0	0,0	3	7,9	3	7,9

A idade dos idosos variou de 60 a 104 anos, com a média de 75 anos, e o desvio-padrão foi de 11,6. Os dados apresentados na tabela 1 apontam uma maior

frequência de idosos na faixa etária entre 60 e 80 anos, correspondente a 58,3% do total, percentual que foi representado por 33,3% idosos do sexo masculino e 25% do feminino. Seguiram-se os idosos acima de 80 anos, entre os quais prevaleceu o sexo feminino, com 25%.

Quanto à escolaridade, observou-se que 73,3% dos idosos são analfabetos, sendo 41,6% compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos, 23,3% são alfabetizados, estando 13,3% destes compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos, e apenas 1,7% da amostra é representada por idosos que possuem ensino fundamental e ensino superior respectivamente. Em relação ao recebimento de renda, constatou-se que os idosos de ambos os sexos têm renda de um salário mínimo, proveniente da aposentadoria.

Quanto ao tempo de institucionalização, 85% têm entre um e dez anos de moradia no asilo e 15% têm mais de 10 anos. No que diz respeito ao estado mental, 40% dos entrevistados apresentavam funções cognitivas preservadas e 60% demonstravam alguma

alteração cognitiva não sugestiva de déficit, sendo esta alteração mais frequente em idosos entre 60 e 80 anos (35%). Distúrbios osteomusculares foram constatados em 77,6% dos idosos, sendo 40,8% na faixa etária acima de 80 anos e 36,8% na faixa de 60 a 80 anos.

Das doenças osteomusculares constatadas, 73,7% dos idosos portadores declararam ter artrite, artrose, artralgia, esporão de calcâneo, osteoporose ou artrite reumatóide, sendo 39,5% destes idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos. Já a hérnia discal ou lombalgia foi referida por 18,4% da amostra, com faixa etária predominante acima de 80 anos, e apenas 7,9% dos idosos relataram ser portadores de bursite ou tendinite. Nesta distribuição das variáveis do estudo por faixa etária não houve correlação estatística.

Ao se isolar a variável *estado mental* e cruzá-la com as demais variáveis do estudo, verificou-se que essa variável apresentou significância estatística apenas em sexo e faixa etária, conforme mostra a tabela 2.

**Tabela 2.** Distribuição dos Idosos Quanto a Caracterização Sócio-Demográfica e de Saúde Segundo Estado Mental. Jequié/BA, 2007

variáveis socio-demográficas e de saúde	Estado Mental						p-valor
	Cognição preservada		Alteração cognitiva não sugestiva de déficit		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	12	20,0	18	30,0	30	50,0	0,000
Feminino	12	20,0	18	30,0	30	50,0	
<b>Faixa Etária</b>							
60 a 80 anos	20	23,3	30	35,0	50	58,3	0,000
> 80 anos	10	16,7	15	25,0	25	41,7	
<b>Escolaridade</b>							
Não alfabetizado	17	28,3	27	45,0	44	73,3	0,128
Alfabetizado, ensino médio e superior	7	11,6	9	15,0	16	26,7	
<b>Tempo de Institucionalização</b>							
1 a 10 anos	19	31,7	32	53,3	51	85,0	0,251
> 10 anos	5	8,3	4	6,7	9	15,0	
<b>Presença de Dor</b>							
Sim	15	25,0	30	50,0	45	75,0	3,333
Não	9	15,0	6	10,0	15	25,0	
<b>Doenças Osteomusculares</b>							
Presente	12	24,6	26	53,0	26	77,6	1,936
Ausente	6	12,2	5	10,2	5	22,4	

Os dados da tabela 02 mostram que na distribuição do estado mental por sexo não houve diferença estatística, sendo que 60% dos idosos apresentaram alteração cognitiva não sugestiva de déficit, sendo 30% para cada sexo. Nesta associação houve significância estatística com p-valor = 0,000.

Ao se correlacionar faixa etária com estado mental constatou-se a predominância de idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit na faixa etária de 60 a 80 anos (35%). Nesta associação também foi encontrada significância estatística com p-valor = 0,000.

Quanto à escolaridade, 45% dos idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit eram analfabetos, e quanto ao tempo de institucionalização, 31,7% possuíam de um a dez anos. Ao se correlacionar estado mental com escolaridade dividida nas variáveis não alfabetizados, alfabetizados, ensino fundamental e ensino superior, observou-se que o nível de escolaridade referente aos não alfabetizados foi mais presente nos indivíduos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit (45%).

**Tabela 3.** Distribuição dos Idosos Quanto a Escolaridade Segundo Estado Mental. Jequié/BA, 2007.

Escolaridade	Estado Mental				Total	
	Cognição preservada		Alteração cognitiva não sugestiva de déficit			
	N	%	N	%	N	%
Não alfabetizado	17	28,3	27	45	44	73,3
Alfabetizado	6	10	8	13,3	14	23,3
Ensino fundamental	1	1,6	0	0	1	1,6
Ensino superior	0	0	1	1,6	1	1,6

## DISCUSSÃO

De acordo com o presente estudo, não houve diferença entre os gêneros. O resultado contrasta com o encontrado na literatura, segundo a qual no Brasil a expectativa de vida ao nascer tem sido maior no gênero feminino, fato associado a vários fatores, como proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, condutas menos agressivas, menor exposição aos riscos do trabalho, maior utilização dos serviços de saúde e menor consumo de tabaco e álcool (Giatti, Barreto, & Lima, 2003).

Estudos relataram que a faixa etária constitui ponto importante na população idosa, pelo maior risco de adoecer e por apresentar maior grau de dependência, que cresce à medida que o indivíduo avança em anos (Díaz & Orozco, 2002).

O nível de escolaridade dos idosos estudados foi baixo, pois 73,3% dos idosos institucionalizados são analfabetos. Este percentual mostra o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade, fato comum na realidade dos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente quando se trata de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade, principalmente com relação à mulher (Wang, Van Belle, Kukull, & Larson, 2002).

No presente estudo todos os idosos referiram receber um salário mínimo. Isso enfatiza a necessidade da existência de programas voltados à prevenção e ao tratamento das doenças como subsídio para que o

indivíduo possa se autocuidar, uma vez que a renda recebida por estes idosos tem por finalidade cobrir todas as suas despesas mensais (Giatti et al., 2003).

Em relação aos problemas de saúde houve o predomínio de idosos com mais de duas patologias, fato semelhante ao encontrado na literatura, em que 75% dos idosos apresentaram pelo menos três patologias concomitantes. Entre as patologias mais frequentes encontra-se o acidente vascular encefálico (AVE), que é ainda a terceira causa de morte nos EUA e cuja incidência aumenta rapidamente com o aumento da idade, na faixa etária de 80 a 90 anos. Assim, o aumento da sobrevivência da população idosa pode acarretar um aumento da incidência de doenças crônicas e de perda da independência funcional e da autonomia (Dunlop & Manheim, 2002).

O estudo demonstrou que 60% dos idosos apresentaram algum tipo de comprometimento cognitivo. Esse resultado mostra-se compatível com a incidência encontrada na literatura internacional em relação aos idosos residentes em instituições em comparação aos que vivem na comunidade (Rubin et al., 1998). Estudo comparativo de idosos velhos na Alemanha e nos EUA, utilizando o MMSE com ponto de corte 23, mostrou incidência de comprometimento cognitivo, no mínimo, leve, de 405 numa amostra e 505 em outra, sendo a incidência maior em idosos institucionalizados, numa proporção de 2:1. (Epps, 2001).

Entre as diferenças socioeconômicas significativas encontradas entre os indivíduos demenciados e aqueles cognitivamente preservados estão as variáveis idade e escolaridade. Quanto à primeira, o envelhecimento é, provavelmente, o principal fator de risco de patologias demenciais, de tal sorte que se trata de aspecto bem conhecido e explorado na literatura internacional. Igualmente é conhecida a relação entre demência e escolaridade. O número de anos de estudo tem sido considerado tanto como fator de proteção neuronal quanto como elemento de confusão diagnóstica, já que o desempenho de indivíduos testados com instrumentos de avaliação cognitiva é fortemente influenciado pela escolaridade (Reis, Torres, & Reis, 2008).

No presente estudo verificou-se maior incidência de alteração cognitiva não sugestiva de déficit em idosos do nível de escolaridade *não alfabetizado* (45%). Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa sobre habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos com menos anos de escolaridade, os quais tiveram um resultado significativamente inferior no MEEM (M= 18,8; DP= 0,85), quando comparados com idosos com mais anos de escolaridade (M= 22,3;

DP= 0,99), independentemente da etapa de testagem ( $p>0,05$ ) (Calasans & Alouche, 2004).

Quando são utilizados instrumentos de triagem para selecionar amostras para avaliações mais amplas, indivíduos menos instruídos são provavelmente superselecionados por caírem com mais facilidade abaixo do escore do ponto de corte. Mesmo que se utilizem pontos de corte diferentes para níveis de instrução diferentes, o viés do ajuste é difícil de ser determinado. Os efeitos da educação não somente incluem a aprendizagem de conhecimentos e habilidades específicos, mas também aumentam a eficiência geral no processamento e manejo de informação. Não seria razoável esperar que a influência da educação pudesse ser completamente eliminada dos testes cognitivos, pois a função da educação é aumentar a aptidão cognitiva, estabelecendo-se, portanto uma associação positiva entre desempenho em um teste cognitivo e a educação (Carvalho & Coutinho, 2002).

Os dados desta pesquisa demonstraram que houve uma maior presença de idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit na faixa etária de 60 a 80 anos (35%).

As estatísticas de incidência/prevalência dos quadros de demência apresentam grandes variações. Assim, aos 65 anos a incidência é de 0,5%, sendo crescente e atingindo aproximadamente 40% a partir dos 85 anos. Os dados relativos à população após os 85 anos são precários, embora haja estudos que mostram que o número de idosos com demência aumenta com a idade, inclusive nas idades mais avançadas. Em diversos estudos os resultados são muito divergentes, variando a incidência de demência entre 6,8% e 47,2%, sem considerar os casos de comprometimento cognitivo sem demência (Lanks et al., 2003).

Pode-se dizer que o envelhecimento é um processo em que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas um dos aspectos, entre outros, que podem ou não afetar o bem-estar do idoso. Muitos fatores psicossociais que contribuem para o envelhecimento saudável incluem família, educação, cuidados com a própria saúde, além de motivação e iniciativa da própria pessoa muito idosa. Acredita-se que, quanto mais subsídios se tenham sobre o processo de envelhecimento saudável, mais se poderá trabalhar para a prevenção de uma demência, como também para identificar precocemente sinais desta (Reis et al., 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do envelhecimento normal e patológico do ponto de vista cognitivo é objeto de interesse crescente no mundo inteiro, embora o número de trabalhos nessa área seja relativamente pequeno para tão importante tema. A compreensão da epidemiologia do comprometimento cognitivo torna-se especialmente importante, levando-se em conta o aumento da longevidade da população e a demanda crescente de atenção em relação aos problemas específicos de cuidados e de saúde nessa faixa etária.

O presente estudo evidenciou que as alterações cognitivas em idosos institucionalizados, assim como o encontrado na literatura, foram mais frequentes em idosos com baixo nível de escolaridade; já em relação à faixa etária, houve uma maior distribuição dos idosos na faixa de 60 a 80 anos, em contradição ao que apresenta a literatura.

Desta forma, fazem-se necessárias a realização de novos estudos em outras instituições asilares a fim de promover a detecção precoce de alterações cognitivas e a adoção de tratamento adequado, no sentido de contribuir para uma melhor qualidade de vida desta população.

## REFERÊNCIAS

- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado metal. Impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-psiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Brito-Marques, P. R., & Cabral-Filho, J.E. (2004). The role of education mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 62(2), 35-39.
- Calasans, P. A., & Alouche, S. R. (2004). Correlação entre nível cognitivo e a independência funcional após AVE. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 8(2), 105-9.
- Carvalho, A. M., & Coutinho, E. S. F. (2002). Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 36(4), 17-23.
- Díaz, L. I. C., & Orozco, L. S. (2002) Evoluación funcional Del anciano. *Rev. Cubana enfermer*, 18(3), 184-8.
- Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Sohn, M. W., & Xiangyan, L. (2002). Incidence of functional limitation in Older adults: the Impact of Gender, Race, and Chronic conditions. *Arch Phys Med Rehabil*, 83, 80-87.
- Engelhardt, E., Laks, J., Rozenhal, M., & Marinho, V. M. (1998). Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. *Rev. Psiquiatria clinica*, 25(2), 74-79.
- Epps, C. D. (2001). Recognizing Pain in the Institutionalized Elder with Dementia. *Geriatric Nursing*, 22(2), 23-29.
- Giatti, L., Barreto, S. M., & Lima, M. F. C. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo

- descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de domicílios. *Cad. Saúde Pública*. 19(3), 735-743.
- Laks, J., Batista, E. M. R., Guilherme, E. R. L., Contino, A.L. Faria, M. E., Figueira, I. et al. (2003). O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de santo Amaro de Pádua, Rio de janeiro. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 61(3B), 782-5.
- Pereira, L. S. M., Goretti, L. C., & Oliveira, D. L. C. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 91-97.
- Reis, L. A., Sampaio, L. S., Lessa, R. S., & Torres, G. V. (2007). Prevalência de patologias ortopédicas em idosos atendidos em hospital Público no Município de Iajedo do Tabocal. *Revista Enfermagem Atual*, 7(41), 30-32.
- Reis, L. A., Torres, G. V., & Reis, L.A. (2008). Características sócio-demográficas e de saúde de idosos de uma instituição do município de Jequié/BA. *Revista espaço para a Saúde*. 9(1), 31-45.
- Rubin, E. H., Storandt, M., Miller, J. P., Kinscherf, D. A., Grant, E. A., Morris, J. C. et al. (1998) A prospective study of cognitive function and onset of dementia in cognitively healthy elders. *Arch Neurology*. 55, 359-401.
- Stein, L. M., & Argimon, I. L. (2005). Habilidades Cognitivas em indivíduos muito idosos: estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*. 21(1), 17-22.
- Wang, L., Van Belle, G., Kukull, W., & Larson, E. (2002). Predictors of functional change: a longitudinal study of nondemented people aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc*. 50, 1525-1534.

Recebido em 29/08/2007

Aceito em 17/05/2008

---

**Endereço para correspondência :** Luciana Araújo dos Reis. Rua Magno Senhorinho, 265, Jequiezinho, CEP 45206-170. Jequié-BA, Brasil. *E-mail:* fabianascosta@gmail.com