

Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo

Prevalence and factors associated with cognitive impairments in the elderly of charity asylums: a descriptive study

Tábada Samantha Marques Rosa ¹
Valdete Alves Valentins dos Santos Filha ¹
Anaelena Bragança de Moraes ¹

Abstract *The current transversal and descriptive study evaluates the prevalence and factors associated with cognitive liabilities in a sample of 98 elderly people residents of philanthropic institutions. The sociodemographic and clinical data were retrieved from the patients' clinical charts. The cognition was assessed by the Mental State Mini-Exam, while the maintenance of independence regarding basic activities (such as bathing, putting on clothes, and others) was evaluated using the Katz Index. The Short Physical Performance Battery exam assessed their physical performance. Non-parametric tests were employed for the statistical analysis. Cognitive impairment was registered in 27.6% of the elderlies and was not associated with sociodemographic variables, independence in basic activities, and physical performance. We verified a high prevalence of endocrine diseases, mental disorders, and psychiatric treatment in the elderlies with cognitive impairments. The percentage of elderly with cognitive alterations is similar to those found in the literature. We identified no significant risk factors associated with cognition among the evaluated variables.*

Key words *Long-stay institution for the elderly, Cognition, Functionality*

Resumo *O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados ao prejuízo cognitivo em uma amostra de idosos residentes em instituições filantrópicas. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com 98 idosos institucionalizados. Os dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos nos prontuários. A cognição foi avaliada através do: Mini Exame do Estado Mental, enquanto a manutenção de independência referente às atividades fundamentais (por exemplo: banhar-se, vestir-se, etc.) foi avaliada através do Índice de Katz. Por fim, avaliou-se o desempenho físico através da Short Physical Performance Battery. Para a análise estatística, testes não paramétricos foram utilizados. Houve 27,6% de idosos com déficit cognitivo. O prejuízo cognitivo não esteve associado às variáveis sociodemográficas, à independência referente, às atividades fundamentais, bem como ao desempenho físico. Verificou-se maior prevalência de doenças endócrinas, de transtornos mentais e de realização de tratamento psiquiátrico nos idosos com prejuízos cognitivos. A proporção de idosos com alterações cognitivas é semelhante à de outros estudos. Entre as variáveis avaliadas não foram identificados fatores de risco significativos associados à cognição.*

Palavras-chave *Instituição de longa permanência para idosos, Cognição, Funcionalidade*

¹ Departamento de Fonoaudiologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima 1000, Camobi, 97119-900 Santa Maria RS Brasil. sa_marqs@hotmail.com

Introdução

O rápido crescimento do número de idosos na população brasileira serve como um alerta para o governo e também para a iniciativa privada, em relação à necessidade do desenvolvimento de políticas sociais que preparem a sociedade para essa realidade. A Organização das Nações Unidas (ONU) no seu último relatório técnico, "Previsões sobre a população mundial", elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, estima que o número de pessoas com mais de 60 anos de idade triplicará em 2050. Os idosos representarão cerca de um quinto da população mundial projetada, ou seja, 1,9 bilhões de indivíduos¹.

Os dados do Censo², realizado pelo IBGE, indicam que dos 18 milhões de pessoas idosas, ou seja, com mais de 60 anos (aproximadamente 9% da população brasileira), mais de 100 mil residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Estando o Rio Grande do Sul (RS) como um dos estados com as maiores proporções de idosos na população total (10,4%) e em asilos no Brasil (0,6%). Diante disso, e com a elevada expectativa de vida, os profissionais da saúde têm constatado a promoção da qualidade de vida da população de idosos como um dos seus maiores desafios³.

Para Paulo e Yassuda⁴, o envelhecimento é descrito por alterações orgânicas que podem resultar em redução da capacidade de manutenção homeostática, comprometendo diferentes esferas, tais como as funções executivas, a memória e o déficit cognitivo, que predispõe o aparecimento de doenças neurodegenerativas. Associado a este fato, a institucionalização do idoso ocorre quando ele apresenta dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) e um dos fatores que leva a isso é o comprometimento cognitivo³. Além disso, a mudança de ambiente leva os idosos, na maioria das vezes, a apresentarem pior desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, pois a maioria dessas ILPIs não possuem recursos financeiros e humanos que possam oferecer uma atenção integral.

Portanto, é necessário que essas alterações que ocorrem com o envelhecimento sejam acompanhadas por exames físicos e por avaliações do estado cognitivo, com o objetivo de distinguir a senescência da senilidade³. A senescência pode ser caracterizada pelo envelhecimento fisiológico do organismo marcado por um conjunto de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas. Porém, a senilidade se refere à fase do envelhe-

cer em que o declínio físico é mais acentuado e é acompanhado de alterações cognitivas⁵.

A função cognitiva no idoso pode ser avaliada por meio de vários instrumentos, sendo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) o mais utilizado⁶. E o exame físico é realizado utilizando-se escalas funcionais, que consistem de métodos sistemáticos, que fornecem informações relevantes para o planejamento de uma assistência adequada⁷. Autores afirmam que a associação dos resultados do teste cognitivo com as escalas funcionais, pode aumentar a confiabilidade do diagnóstico do estado mental^{3,8}.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos residentes em instituições filantrópicas.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, de uma população de idosos residentes nas três ILPIs de caráter filantrópico existentes em uma cidade da região central do estado do RS, no período de agosto de 2013 a janeiro de 2014.

Neste estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e residir em ILPIs; e de exclusão: comprometimentos graves de linguagem ou de compreensão documentado nos prontuários, que são necessários para a realização dos testes físicos; não aceitar participar do estudo e/ou não assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Para a elaboração do TCLE, foram atendidas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos. Os participantes do estudo assinaram o TCLE, após leitura e esclarecimento realizados pela pesquisadora.

Após a seleção inicial de 142 prontuários e a explicação dos instrumentos de avaliação a serem utilizados, 44 idosos foram excluídos em função dos critérios de exclusão estabelecidos no estudo. Assim, a amostra ficou constituída por 98 idosos.

Posteriormente, foram obtidos, por meio da consulta aos prontuários, os dados sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade e tempo de institucionalização) e clínicos [número e tipo de medicamentos e as doenças diagnosticadas, classificadas, respectivamente, de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification Index* (ATC) e pelo Cód-

go Internacional de Doenças (CID-10); ocorrência de quedas; presença de depressão; realização de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico].

Após esta etapa, os idosos foram avaliados com a utilização de três instrumentos: o MEEM; o Índice de Katz e o *Short Physical Performance Batter* (SPPB).

O MEEM foi utilizado para o rastreamento do estado cognitivo, o qual avalia cinco áreas da cognição: orientação; registro; atenção e cálculo; recuperação e linguagem. Como o número de idosos com baixa escolaridade era elevado nesta população, optou-se por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para os idosos com até oito anos de escolaridade e 26 para àqueles que apresentavam mais de oito anos de escolaridade⁶. Os idosos que apresentaram resultado inferior ao ponto de corte, de acordo com o grau de escolaridade, foram considerados portadores de alterações cognitivas. Assim, foram considerados dois grupos para a análise dos dados, em função do prejuízo cognitivo.

O segundo instrumento a ser utilizado foi o Índice de Katz, que consiste em um instrumento baseado numa escala funcional, que avalia as atividades fundamentais à manutenção da independência do indivíduo, compreendendo o banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, fazer transferência da cama à cadeira e vice-versa, continência dos esfíncteres, e alimentar-se. A classificação resultante é a soma das respostas sim (score=1). Seis pontos, significam independência para as AVD; quatro pontos, dependência moderada; dois pontos ou menos, dependência importante⁹.

Por último foi aplicado o Teste SPPB, adaptado à versão brasileira por Nakano¹⁰, sendo utilizado para avaliar o desempenho funcional, e aplicado em 75 dos idosos, devido ao fato de 23 serem cadeirantes, impossibilitando a execução do teste físico. O SPPB avalia três domínios de desempenho: equilíbrio estático, velocidade da marcha usual e força de membros inferiores. Cada domínio admite escores de 0 a 4 pontos, sendo que o melhor desempenho físico corresponde a maior pontuação. Os indivíduos são classificados como desempenho muito ruim (0 a 3 pontos), baixo (4 a 6 pontos), moderado (7 a 9 pontos) ou bom (10 a 12 pontos)¹⁰.

Salienta-se que os três instrumentos foram aplicados pela mesma pesquisadora para que ocorresse homogeneidade nas avaliações, assim como, realizado em locais nas ILPIs onde os idosos se sentissem confortáveis.

Para a análise estatística dos dados foi realizada, inicialmente, a análise descritiva e, posterior-

mente, a análise inferencial, por meio dos testes não paramétricos do Qui-quadrado, exato de Fisher e U de Mann-Whitney, sendo considerado o nível de significância de 5%. As análises foram realizadas utilizando o aplicativo computacional STATISTICA 9.1.

Resultados

Ao analisar os resultados da aplicação do protocolo do MEEM nos 98 idosos, foi constatado que 27(27,6%) apresentavam prejuízo cognitivo com uma média de 15,7 pontos \pm 2,6 (mínimo: 12 e máximo: 25 pontos). Para os 71(72,4%) idosos que não possuíam prejuízo cognitivo, o resultado do MEEM apresentou uma média de 22,1 pontos \pm 4,3 (mínimo: 13 e máximo: 29 pontos).

Na Tabela 1, é apresentada a distribuição dos idosos em função das variáveis sociodemográficas e suas associações com o prejuízo cognitivo.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 1, pode-se observar que o prejuízo cognitivo não esteve associado significativamente com as variáveis sociodemográficas deste estudo. A idade em que os idosos foram institucionalizados não difere significativamente entre os idosos com e sem prejuízo cognitivo ($p = 0,527$).

Na Tabela 2 são apresentadas as frequências dos medicamentos utilizados, bem como, as doenças diagnosticadas e suas associações com o prejuízo cognitivo.

Pode-se observar, na Tabela 2, que dos idosos com prejuízo cognitivo 70,3% apresentavam doenças endócrinas, sendo este percentual significativamente maior ($p = 0,046$) em relação ao percentual de idosos sem alterações cognitivas (47,8%). Em relação à ocorrência de transtornos mentais também ocorreu diferença significativa ($p = 0,031$), o que era esperado em função do prejuízo cognitivo.

Salienta-se que 48,9% dos idosos apresentavam cinco ou mais doenças e que todos faziam uso de algum tipo de medicamento.

As demais avaliações clínicas e suas associações com o prejuízo cognitivo estão demonstradas na Tabela 3.

Verifica-se na Tabela 3, que a maioria significativa de idosos com prejuízo cognitivo fazia tratamento psiquiátrico ($p = 0,004$).

Os resultados das avaliações pelas escalas funcionais estão descritas na Tabela 4.

Com base nos resultados apresentados na Tabela 4, pode-se constatar que não houve diferença significativa, entre os escores dos protocolos

Tabela 1. Dados sociodemográficos de idosos residentes nas ILP filantrópicas.

Variáveis	Total (%)	Prejuízo cognitivo		p-valor
		Presente(%)	Ausente(%)	
Sexo				0,125*
Masculino	32(32,6)	12(44,4)	20(28,2)	
Feminino	66(67,4)	15(55,6)	51(71,8)	
Idade				0,483***
60 a 70	25(25,5)	06(22,2)	19(26,8)	
71 a 84	42(42,9)	11(40,7)	31(43,6)	
85 ou mais	31(31,6)	10(37,1)	21(29,6)	
Média±(DP);Mín-Máx	76,3 ± (8,5);60-94	77,1 ± (8,8);61-91	76,0 ± (8,3);60-94	
Cor da pele				0,737*
Branca	77(78,6)	21(77,7)	56(78,8)	
Negra	15(15,3)	05(18,5)	10(14,1)	
Parda	06(6,1)	01(3,7)	05(7,1)	
Estado Civil				1,000**
Com vida conjugal	02(2,1)	0(0,0)	02(2,8)	
Sem vida conjugal	96(97,9)	27(100,0)	69(97,2)	
Escolaridade****				
Analfabeto	14(14,3)	0(0,0)	14(19,7)	
Fundamental Incompleto	73(74,5)	20(74,1)	53(74,7)	
Fundamental Completo	11(11,2)	07(25,9)	04(5,6)	
Tempo na ILP (anos)				0,156***
0,1 a 4,9	55(56,1)	14(51,9)	41(57,8)	
..5 a 9,9	29(29,6)	08(29,6)	21(29,6)	
10 ou mais	14(14,3)	05(18,5)	09(12,6)	
Média±(DP);Mín-Máx	5,6 ± (6,9);2,4-42,0	6,7 ± (7,1);0,1-32,0	5,2 ± (6,8);0,1-42,0	
Total	98(100,0)	27(27,6)	71(72,4)	

ILP = Instituições de Longa Permanência; *Teste do Qui-quadrado; **Teste exato de Fisher; ***Teste U de Mann-Whitney; ****Fundamental incompleto = 1 a 4 anos de escolaridade, Fundamental completo ou mais = 5 anos ou mais de escolaridade; DP = Desvio-Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Significância estatística para $p \leq 0,05$.

Katz e *SPPB* com a presença ou ausência de prejuízo cognitivo nos idosos..

Discussão

Dos idosos institucionalizados, avaliados neste estudo, 27,6% apresentaram declínio cognitivo corroborando com o estudo de Ferreira et al.⁸ que também estudou idosos institucionalizados sendo que 30,0% deles apresentaram perda cognitiva. Resultado semelhante (22,2%) também foi relatado em estudo com idosos de uma comunidade espanhola¹¹. Porém, em outro estudo realizado em uma comunidade de Viçosa, MG, Machado et al.¹² encontraram uma prevalência de 36,5% de déficit cognitivo entre os idosos. Nesse estudo, os autores utilizaram pontos de corte maiores em relação aos utilizados, no presente estudo, o que aumenta a sensibilidade e o número de casos identificados

de idosos com problemas de cognição, o que poderia justificar essa maior prevalência em relação ao presente estudo.

O processo de envelhecimento faz com que os idosos apresentem declínio cognitivo, comumente observado nesta fase da vida. Esse fato leva o idoso a apresentar dificuldades em lembrar fatos recentes, de desenvolver cálculos e problemas com a atenção, em geral. No caso dos idosos institucionalizados, que normalmente possuem uma rotina pré-estabelecida, faz com que eles não necessitem de atividades que exijam muito da memória sendo de mais difícil percepção a ocorrência do declínio cognitivo podendo levar ao atraso no diagnóstico de uma doença psíquica⁵.

No atual estudo, o prejuízo cognitivo não esteve associado, significativamente, às variáveis sociodemográficas, indo ao encontro do estudo de Machado et al.¹². Observou-se, no entanto, que os idosos com problemas cognitivos apresen-

Tabela 2. Medicamentos utilizados e doenças que ocorreram nos idosos residentes nas ILP filantrópicas.

Medicamentos	Total (%)	Prejuízo cognitivo		p-valor
		Presente (%)	Ausente (%)	
Otoneurológico	20(20,4)	05(18,5)	15(21,1)	0,775
Sistema Cardiovascular	67(68,4)	17(63,0)	50(70,4)	0,478
Trato alimentar	82(83,6)	25(92,6)	57(80,2)	0,140
Sistema Nervoso	88(89,8)	25(92,6)	63(88,7)	0,573
Sistema Sanguíneo	01(1,0)	0(0,0)	01(1,4)	0,536
Sistema Muscular	55(56,1)	13(48,1)	42(59,1)	0,327
Sistema Respiratório	08(8,1)	03(11,1)	05(7,0)	0,511
Preparações hormonais	55(56,1)	17(63,0)	38(53,5)	0,400
Oftalmológico	24(24,4)	05(18,5)	19(26,7)	0,397
Número de medicamentos*				
Média ± (DP);Mín-Máx	7,8 ± (3,7);2-17	7,6(± 2,8);2-14	7,9(± 4,0);2-17	0,786
Doenças				
Infeciosas e parasitárias	05(5,1)	02(7,4)	03(4,2)	0,523
Neoplasias	05(5,1)	0(0,0)	05(7,0)	0,156
Sangue	05(5,1)	01(3,7)	04(5,6)	0,698
Endócrinas	53(54,0)	19(70,3)	34(47,8)	0,046
Transtornos mentais	41(41,8)	16(59,2)	25(35,2)	0,031
Sistema nervoso	91(92,8)	26(96,3)	65(91,5)	0,414
Olhos e anexos	25(25,5)	05(18,5)	20(28,1)	0,327
Aparelho circulatório	71(72,4)	17(63,0)	54(76,0)	0,195
Aparelho respiratório	09(9,1)	02(7,4)	07(9,8)	0,707
Aparelho digestivo	61(62,2)	17(63,0)	44(62,0)	0,928
Sistema osteomuscular	55(56,1)	12(44,4)	43(60,5)	0,150
Aparelho geniturinário	29(29,5)	22(81,4)	07(9,8)	0,624
Número de doenças*				
Média±(DP);Mín-Máx	4,5±(1,6);0-8	4,5±(1,7);1-8	4,4(±1,6);0-8	0,799
Total	98(100,0)	27(27,6)	71(72,4)	

ILP = Instituições de Longa Permanência; Teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher; *Teste U de Mann-Whitney; Sistema muscular = Sistema osteomuscular e tecido subconjuntivo; Trato alimentar = Trato alimentar e metabólico; Preparações hormonais = Preparações hormonais sistêmicas; Sangue = Sangue e órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários; Endócrinas = Endócrinas nutricionais e metabólicas; Transtornos mentais = Transtornos mentais e comportamentais; DP = Desvio-Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Significância estatística para $p \leq 0,05$.

taram um tempo médio de institucionalização maior, mas não significativo, em relação aos idosos sem prejuízo cognitivo. Jacinto et al.¹³ citam que a perda da cognição é um dos principais motivos para a institucionalização do idoso, e com frequência contribui para uma maior dependência com seus cuidados nas ILPIs. O que não foi comprovado no presente estudo.

Também a idade em que o idoso foi institucionalizado não diferiu em função da cognição do idoso. Dessa forma, o prejuízo cognitivo não seria um fator, no presente estudo, para a institucionalização.

É importante salientar que 48,9% dos idosos apresentavam cinco ou mais doenças e todos faziam uso de algum tipo de medicamento. Esse

fato pode ser explicado pela condição de saúde do idoso institucionalizado, que, em geral, é mais debilitada que os idosos da comunidade¹⁴. Uma estratégia para enfrentar essa situação poderia ser baseada em uma revisão sistemática, de Van Uffelen et al.¹⁵, na qual mostra que o exercício físico é considerado uma estratégia de intervenção não farmacológica útil, capaz de melhorar a memória e as funções executivas em idosos com déficit cognitivo, partindo da premissa de que o exercício aeróbico regular previne a perda de tecido cerebral e a diminuição no volume do hipocampo durante o envelhecimento, melhorando assim o declínio cognitivo relacionado com a idade¹⁶.

No atual estudo, foi observada uma associação significativa entre o prejuízo cognitivo e a

Tabela 3. Dados clínicos dos idosos residentes nas ILP filantrópicas.

Variável	Total (%)	Prejuízo cognitivo		p-valor
		Presente (%)	Ausente (%)	
Queda				0,564
Não	25(25,5)	08 (29,6)	17(23,9)	
Sim	73(74,5)	19 (70,4)	54(76,1)	
Depressão				0,084
Não	18(18,3)	02(7,4)	16(22,5)	
Sim	80(81,7)	25(92,6)	55(77,5)	
Tratamento psicológico				0,060
Não	54(55,2)	19(70,4)	35(49,2)	
Sim	44(44,8)	08(29,6)	36(50,8)	
Tratamento psiquiátrico				0,004
Não	87(88,8)	20(74,1)	67(94,4)	
Sim	11(11,2)	07(25,9)	04(5,6)	
Total	98(100,0)	27(27,6)	71(72,4)	

ILP = Instituições de Longa Permanência; Teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher; Significância estatística para $p \leq 0,05$.

Tabela 4. Resultados da aplicação dos protocolos de Katz e SPPB em idosos residentes em ILP filantrópicas.

Protocolos	Total (%)	Prejuízo cognitivo		p-valor
		Presente(%)	Ausente(%)	
Katz				0,446
Independente	44(44,8)	12(44,5)	32(45,1)	
Dependência moderada	33(33,7)	06(22,2)	27(38,0)	
Dependência importante	21(21,5)	09(33,3)	12(16,9)	
..Média \pm (DP);Mín-Máx	4,4 \pm (1,8);0-6	4,0 \pm (2,0);0-6	4,5 \pm (1,7);1-6	
Total	98(100,0)	27(27,6)	71(72,4)	
SPPB-Desempenho*				0,203
Bom	17 (22,7)	02(14,3)	15(24,5)	
Moderado	20(26,6)	02(14,3)	18(29,6)	
Baixo	30(40,0)	08(57,1)	22(36,1)	
Muito ruim	08(10,7)	02(14,3)	06(9,8)	
..Média \pm (DP);Mín-Máx	6,8 \pm (2,9);1-12	6,0 \pm (2,4);3-11	6,9 \pm (2,9);1-12	
Total	75(100,0)	14(18,7)	61(81,3)	

ILP = Instituições de Longa Permanência; Teste U de Mann-Whitney;* Aplicado em 75 idosos devido 23 serem cadeirantes; SPPB = *Short Physical Performance Battery*; DP = Desvio-Padrão; Mín = Mínimo; Máx = Máximo; Significância estatística para $p \leq 0,05$.

presença de doença endócrina e de transtornos mentais, indo de encontro ao estudo de Machado et al.¹². Porém, na literatura é referida que as causas mais comuns que podem levar a essa perda da capacidade cognitiva são: encefalopatia metabólica, perda momentânea da memória, demência, hipotireoidismo, uso de medicamentos como ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos com ação anticolinérgica e anticonvulsivantes⁵.

Quando foi avaliada a ocorrência de quedas, observou-se que 70,4% dos idosos com prejuízo

cognitivo apresentaram quedas sendo que esse percentual não diferiu significativamente da ocorrência de quedas dos idosos em geral, ou seja, as quedas não estão associadas ao prejuízo cognitivo. Em pesquisa realizada com idosos institucionalizados da cidade de Rio Grande/RS foi observado um resultado inferior, ou seja, dos 20 idosos com prejuízo cognitivo, 50% apresentaram quedas¹⁷. Em um estudo randomizado foi constatado que programas de exercícios físicos, com duração de um ano, que envolvam o equilíbrio e a mobilidade funcional, têm um impor-

tante papel na prevenção de quedas em idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo¹⁸. Além disso, os autores do estudo ratificaram que as avaliações dos fatores de risco físicos e ambientais associados a quedas desempenham um papel importante na sua prevenção para os idosos com prejuízo cognitivo¹⁸.

Ao se analisar a ocorrência de depressão, verificou-se uma alta prevalência nos idosos de 81,7%. Considerando somente, os idosos com declínio cognitivo, esse percentual é ainda maior, ou seja, 92,6%. No entanto, não houve associação significativa entre prejuízo cognitivo e depressão. Esse resultado possivelmente se deve ao fato da ocorrência de depressão ter sido obtida nos prontuários médicos dos idosos, não sendo, portanto, mensurada por um instrumento específico. Segundo estudo, o uso rotineiro por parte dos médicos, de instrumentos específicos de triagem de depressão, permitiria não só o diagnóstico de muitos casos da doença, que passam despercebidos e influenciam negativamente na qualidade de vida dos idosos, assim como, o prognóstico das comorbidades existentes¹⁹.

Diferentemente do atual estudo, Millán-Calenti et al.²⁰ observaram associação significativa entre déficit de cognição e sintomas depressivos. Os autores do presente estudo acreditam que a escassez de profissionais de saúde, mais característica das ILPIs de caráter filantrópico, associada a fatores como: baixo estímulo à integração social e a realidade do abandono social, poderia explicar a maior proporção de idosos com perda cognitiva e depressão.

Pode-se observar que entre os idosos com déficit cognitivo apenas 29,6% já realizaram tratamento psicológico, percentual inferior aos dos idosos sem prejuízo cognitivo (50,8%). Em uma revisão sistemática, foi constatado que o estado cognitivo melhorou após seis meses de tratamento psicológico²¹. Portanto, é importante observar que agir preventivamente evitando ou retardando o aparecimento da perda cognitiva na população idosa, incentivando-os a lerem, a brincarem, se movimentarem, dançar, raciocinar e memorizar tornando-os mais ativos, modifica a impressão de que eles não são úteis⁸.

Em relação à ocorrência de tratamento psiquiátrico dos idosos com prejuízo cognitivo, 25,9% realizavam esse tratamento, sendo este percentual significativamente maior ($p = 0,004$) em relação ao percentual de idosos sem alterações cognitivas (5,6%). Segundo Paulo e Yassuda⁴, o envelhecimento predispõe o surgimento de doenças neurodegenerativas com maior incidên-

cia para a Doença de Alzheimer. Em um estudo realizado na Espanha, os pesquisadores afirmaram que o transtorno cognitivo de idosos institucionalizados e não institucionalizados aumentou significativamente, em ambos os grupos, após um ano de acompanhamento²². Dessa forma, os autores da presente pesquisa, acreditam que é importante um acompanhamento psiquiátrico precoce e periódico nos idosos institucionalizados, a fim de avaliar a gravidade do comprometimento da função cognitiva.

Para os idosos com risco cognitivo a ocorrência de tratamento psicológico ou psiquiátrico foi semelhante. Já para os idosos sem prejuízo cognitivo a ocorrência de tratamento psiquiátrico é bem inferior (5,6%) em relação ao psicológico (50,8%). O que é esperado em função do prejuízo cognitivo no qual o tratamento na maioria das vezes é medicamentoso.

Com relação às escalas funcionais, mensuradas pelos protocolos de Katz e *SPPB*, os idosos com prejuízo cognitivo obtiveram uma pontuação média inferior, mas não significativa, em relação aos idosos sem alterações cognitivas. Autores afirmam que a associação dos resultados do teste cognitivo com as escalas funcionais pode aumentar a confiabilidade do diagnóstico do estado mental^{3,8}.

Os resultados encontrados para o Katz são corroborados ao estudo de Mello et al.³. De acordo com Martins et al.²³, uma melhor cognição pode estar relacionada a uma melhor capacidade para realizar as AVD. Apesar da concepção de que os indivíduos nos estágios iniciais de déficit cognitivo não apresentem declínio na realização de atividades diárias, as evidências sugerem que o desempenho das atividades cotidianas complexas com maior exigência cognitiva podem ser afetadas²⁴.

Quanto aos resultados da aplicação do protocolo *SPPB*, que avalia o desempenho funcional, Millán-Calenti et al.²⁰ afirmam que o declínio cognitivo tem sido considerado um importante preditor para a dependência funcional. No estudo realizado por Bezerra et al.²⁵, a intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora, com frequência semanal, durante quatro meses, influenciou as funções cognitivas e os estímulos motores através da flexibilidade, da força muscular, da resistência, do equilíbrio, da propriocepção e da coordenação motora. Por influenciar diferentes domínios, a intervenção fisioterapêutica cognitivo-motora torna-se essencial para o desempenho adequado de tarefas funcionais²⁶. Contudo, os resultados obtidos nas avaliações com as escalas funcionais,

no presente estudo, não corroboram com os autores referidos para esta população analisada. Para essa população avaliada, a independência e o desempenho físico foi moderado não demonstrando que o prejuízo cognitivo influenciou as variáveis analisadas.

É importante salientar a importância do conhecimento dos fatores que podem interferir no declínio cognitivo e engajar-se na execução de alternativas que favoreçam a saúde do idoso, contribuindo assim para um envelhecimento saudável, com qualidade de vida e autonomia. Essas medidas incluem a educação em saúde, para manutenção da capacidade funcional, a educação permanente e a sensibilização dos profissionais da saúde pública, para esse novo desafio na área da saúde⁷.

Conclusão

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que a proporção de idosos institucionalizados com presença de prejuízo cognitivo é semelhante aos de outros estudos realizados, utilizando o mesmo ponto de corte. Entre as variáveis avaliadas não foram identificados fatores de risco significativos associados a cognição, possivelmente devido ao menor número de idosos com prejuízo cognitivo na amostra estudada.

Considera-se importante que os profissionais de saúde proporcionem incentivos mentais e físicos constantes, através de exercícios que estimulem a cognição e mantenham preservadas as capacidades cerebrais dos idosos.

Colaboradores

TSM Rosa: trabalhou na concepção, coleta de dados, análise dos resultados e redação do artigo científico. VAV Santos Filha: trabalhou na análise dos resultados e na redação do artigo científico. AB Moraes: trabalhou na análise dos resultados e estatística dos dados, e na redação do artigo científico.

Referências

1. United Nations. *World Population Prospects: the 2010 revision*. New York: Department of Social and Economic Affairs. Population Division; 2011.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
3. Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Sci Health Sci* 2012; 34(1):95-102.
4. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiq Clín* 2010; 37(1):23-26.
5. Bertolucci PHF, Minett TSC. Perda de memória e demência. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR, organizadores. *Atualização terapêutica*. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
6. 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):1-7.
7. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Facenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(3):358-363.
8. Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(2):247-251.
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185(12):914-919.
10. Nakano MM. *Versão Brasileira da Short Physical Performance Battery – SPPB: Adaptação Cultural e Estudo da Confiabilidade* [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
11. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Maseda A. Prevalence of cognitive impairment: effects of level of education, age, sex and associated factors. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2009; 28(5):455-460.
12. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(1):109-121.
13. Jacinto AF, Brucki S, Porto CS, Martins MA, Nitrini R. Detection of cognitive impairment in the elderly by general internists in Brazil. *Clinics* 2011; 66(8):1379-1384.
14. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(4):785-796.
15. Van Uffelen JG, Chin A, Paw MJ, HopmanRock M, Van Mechelen W. The effects of exercise on cognition in older adults with and without cognitive decline: a systematic review. *Clin J Sport Med* 2008; 18(6):486-500.
16. Zhao G, Li C, Ford ES, Fulton JE, Carlson AS, Okoro CA, Wen XJ, Balluz LS. Leisure-time aerobic physical activity, muscle-strengthening activity and mortality risks among US adults: the NHANES linked mortality study. *Br J Sports Med* 2014; 48(3):244-249.
17. Valcarenghi RV, Santos SSC, Barlem ELD, Pelzer MT, Gomes GC, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(6):828-833.
18. Kovács É, Sztruhár JCK, Karóczy Á, Korpos T, Gondos T. Effects of a multimodal exercise program on balance, functional mobility and fall risk in older adults with cognitive impairment: a randomized controlled single blind study. *Eur J Phys Rehabil Med* 2013; 49(5):639-648.
19. Unützer J. Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3):285-292.
20. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, Rochette S, Lorenzo T, Maseda A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54(1):197-201.
21. Cooper C, Li R, Lyketsos C, Livingston G. Treatment for mild cognitive impairment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013; 203(3):255-264.
22. Maseda A, Balo A, Lorenzo-López L, Lodeiro-Fernández L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Cognitive and affective assessment in daycare versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clin Interv Aging* 2014; 9:887-894.
23. Martins AS, Freire RC, Martins LH, Berton B, Júnior SAO, Christofolletti G. Efeitos de uma terapia cognitivo motora em idosos institucionalizados. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde* 2014; 19(5):608-610.
24. Rodakowski J, Skidmore ER, Reynolds CF, Dew MA, Butters MA, Holm MB. Can performance of daily activities discriminate between older adults with normal cognitive function and those with mild cognitive impairment? *J Am Geriatr Soc* 2014; 62(7):1347-1352.
25. Bezerra PP, Menezes AV, Aguiar AS, Alves EF, Quadros LB. Efetividade de uma intervenção fisioterapêutica cognitivo motora em idosos institucionalizados com comprometimento cognitivo leve e demência leve. *Cienc Saude Colet* 2016; 21(11):3459-3467.
26. Lawl LLF, Barnett F, Yaul MK, Gray MAIN. Effects of functional tasks exercise on older adults with cognitive impairment risk of Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 2014; 43(6):813-820.

Artigo apresentado em 21/05/2016

Aprovado em 21/10/2016

Versão final apresentada em 23/10/2016

