



PERFIL DE ALTERAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO ASILO PASTOR GERALDO SALES, CARATINGA- MG

Gabriela de Souza Melo¹, Camila Carolina Canedo Campos², Larissa Griffio Gonçalves³, Vitória Lopes Dornelas de Carvalho⁴, Mônica Isaura Correa⁵, Igor Oliveira Claber Siqueira⁶

¹ Graduanda em Medicina, UNEC, gabrielas_melo@hotmail.com

² Graduanda em Medicina, UNEC, camila.4c@hotmail.com

³ Graduanda em Medicina, UNEC, larissagriffo@hotmail.com

⁴ Graduanda em Medicina, UNEC, vitoria-lobes10@hotmail.com

⁵ Graduanda em Medicina, UNIVALE, monicaicorrea@hotmail.com

⁶ Graduado em Medicina, UFJF, claber_igor@ig.com.br

Resumo: Introdução – Frente ao crescimento da expectativa de vida e, consequentemente, dos achados clínicos que podem sugerir alterações cognitivas nessa faixa etária, a demência é o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número. Objetivo – Analisar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos no asilo Pastor Geraldo Sales em Caratinga – MG. Materiais e Métodos – Os dados foram coletados via teste Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), pela seleção e análise das fontes pesquisadas no período de 14 de março a 4 de abril de 2019, caracterizando um estudo observacional descritivo transversal. Resultados – Dos 54 idosos institucionalizados, 50 foram abordados para entrevista separados apenas por sexo e dentre esses, 36 também por escolaridade. Dos indivíduos analisados, 23 são do sexo masculino (46%) e 27 (54%) do sexo feminino. Sendo assim, dentre os 18 homens entrevistados, 17 apresentaram déficit cognitivo com somatória dos scores abaixo de 20 pontos. E entre as 18 mulheres que responderam ao teste, 18 foram classificadas como dementes. Conclusões – Foi observado alto índice de demência (97,22%), entre as 36 pessoas entrevistadas no Asilo Pastor Geraldo Sales. Há necessidade de aumentar os estímulos externos, como contato com meios de comunicação, jogos mentais, trabalhos manuais e atividades físicas.

Palavras-chave: Cognição; Envelhecimento; Asilo; Demência.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Gava A.A. *et al.* (2005), envelhecer é um processo fisiológico e inevitável. Essa etapa da vida, caracterizada como velhice, com suas peculiaridades, só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece entre os diferentes aspectos cronológicos, psicológicos, biológicos e sociais. Além do declínio funcional e cognitivo é caracterizado por alterações na expressão gênica e maior estresse oxidativo, que causa mutações e encurtamento dos telômeros.

Diversas causas podem levar à perda cognitiva, tais como: acidente vascular encefálico (AVE), trauma craniano, encefalopatia metabólica, infecção, estado confusional agudo (perda momentânea), demências, alcoolismo, hipotireoidismo, câncer e utilização de alguns medicamentos, como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos com ação anticolinérgica, anticonvulsivantes (BERTOLUCCI P.H.F., 1994).

Quanto às manifestações, destaca-se a alteração da cognição em idosos, que envolve toda a esfera do funcionamento mental e implica habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade de produzir. Segundo Renata Souza Mendes e Marcia Maria Pires Camargo Novelli (2015), essas alterações cognitivas só adquirem significado quando afetam o desempenho das atividades diárias do indivíduo, prejudicando-as, como: perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente perda da qualidade de vida do idoso.

De acordo com Folstein *et al.* (1975), esses achados sintomatológicos são evidenciados por alguns exames neurológicos como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), desenvolvido nos Estados Unidos e publicado em 1975.

Nesse cenário, o exercício físico, do ponto de vista cognitivo, é visto como um aliado para melhorar ou reduzir os sintomas. Em curto prazo, aumenta o fluxo sanguíneo e consequentemente melhora a oxigenação e a nutrição cerebral. Já em longo prazo, os efeitos de aumento da performance cardiorrespiratória e consequente traz melhora prolongada da oxigenação cerebral, diminuição do LDL e a liberação de fatores antioxidantes ajudariam a retardar a perda cognitiva por lesão neuronal (BENEDETTI, T. B., *et al.*, 2007).

Dessa forma, o trabalho tem como objetivo analisar a prevalência de alterações cognitivas da população idosa no asilo Pastor Geraldo Sales no município de Caratinga – MG mediante as condições de abrigo para sustento por meio de instituição de assistência social.

2 METODOLOGIA

Os dados foram coletados via teste denominado Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), destinado a população idosa no asilo Pastor Geraldo Sales – Caratinga MG, a partir da seleção e análise das fontes pesquisadas no período de 14 de março a 4 de abril de 2019, caracterizando um estudo epidemiológico observacional descritivo transversal.

A análise dos resultados foi realizada por meio da coleta e organização das informações apreendidas durante as aplicações dos testes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A chegada do idoso nas ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos) parece exigir uma adaptação tecida pelo emaranhamento de sentimentos que produz distância e causa estranheza, que impõe o pensar em solidão, o conformismo, o abandono, assim como a segurança e o compartilhamento mesclados nas lembranças e na realidade advinda das rotinas desses indivíduos. Dessa forma, as perdas são muitas, o que justifica a grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitações das possibilidades de uma vida ativa.

Nesse contexto, levando em conta o crescimento da expectativa de vida e consequentemente dos achados clínicos que podem sugerir alterações cognitivas nessa faixa etária, a demência é o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número. As estimativas apontam que sua incidência anual cresce sensivelmente com o envelhecimento, de 0,6%, na faixa dos 65-69 anos, para 8,4% naqueles com mais de 85 anos; sua prevalência passa de 5% nos idosos com mais de 60 anos para 20% naqueles com mais de 80 anos. De acordo com Lopes e Bottino (2002), a prevalência média de demência na população variou entre 2,2% na África, 5,5% na Ásia, 6,4% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,4% na Europa. No Brasil, descreveu-se uma taxa de prevalência intermediária de 7,1%.

Os resultados encontrados em nosso estudo estão em concordância com os resultados alcançados num estudo descritivo realizado por Rosa *et al.* (2018) sobre Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas em uma cidade da região central do estado do RS. Foi avaliado que 27,6% apresentaram declínio cognitivo corroborando com o estudo de Ferreira *et al.* (2014) que também estudou idosos institucionalizados sendo que 30,0% deles apresentaram perda cognitiva.

Dessa forma, nota-se que pode haver um déficit de memória associado à idade (DMAI). Além desse grupo, podem existir idosos cujas suas capacidades cognitivas estejam mais deterioradas do que se esperava para essa faixa etária maior de 60 anos, mas de forma geral não parecem dementes.

Alguns critérios para considerar a existência do DCL, são: Queixa de memória preferivelmente confirmada por um informante, déficit de memória indicado por testes (desempenho de aproximadamente 1,5 desvio-padrão abaixo da média de controles normais da mesma idade), funções cognitivas gerais normais, atividades funcionais (sócio-ocupacionais) intactas, ausência de demência. Outras características e critérios são observados na Escala de declínio cognitivo (tabela 1).

Tabela 1 - Escala de declínio cognitivo

	Estádio	Fase clínica	Sintomatologia
1	Ausência de declínio cognitivo	Normal	Ausência de queixas mnésicas e de perturbações objectivas.
2	Declínio cognitivo muito ligeiro	Perda da memória	Queixa mnésica centrada nos nomes próprios e locais sem ligação com os testes de memória. A pessoa continua a estar adaptada socialmente.
3	Déficé cognitivo ligeiro	Início do estado de confusão	Os déficés mnésicos tornam-se objectivos relativamente aos testes de memória. A pessoa começa a estar incapacitada na sua vida diária. O paciente adopta uma atitude de negação. A família toma consciência da gravidade da situação.
4	Declínio cognitivo médio	Estado de confusão grave	O estado do paciente manifesta-se claramente na consulta clínica. A perda de autonomia é patente. A capacidade de aprendizagem declina fortemente. A pessoa sofre de “buracos” mnésicos na sua história pessoal. Apesar de tudo, reconhece os rostos e locais familiares. A negação torna-se permanente.
5	Declínio cognitivo mediantemente grave	Início do estado demencial	A pessoa deixa de estar apta a viver só. Não está orientada no tempo, nem no espaço. Só reconhece o nome das pessoas muito próximas. Continua a ser capaz de comer e de se lavar, mas manifesta apraxias graves, em especial ao vestir-se.
6	Declínio cognitivo grave	Estado demencial médio	A perda de autonomia é total. A pessoa torna-se incontinente e incapaz de se alimentar. A memória é parcelar e a inteligência declina gravemente. O reconhecimento dos familiares é episódico. A personalidade muda, aparecem ilusões, obsessões, ansiedade e flutuações do humor.
7	Declínio cognitivo muito grave	Demência profunda	Perda da linguagem, os comportamentos tornam-se todos incoerentes, a perda de autonomia é total.

Fonte: RODRIGUES, 2012, p.13.

Visando esse cenário, foi realizado um levantamento de dados utilizando o teste Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), no Asilo Pastor Geraldo Sales em Caratinga – MG, com intuito de avaliar a alteração da cognição prevalente no idoso levando em consideração a institucionalização e seus efeitos.

O MEEM tem como objetivo principal avaliar o estado mental, especificamente os sintomas de demência. Apresenta evidências de validade, aplicação simples e rápida e passível de ser aplicado após um treinamento também simples e rápido. Este, entretanto, não tem tanta sensibilidade para diagnóstico definitivo, especialmente na diferenciação entre os vários tipos de demência, embora seja um instrumento valioso de avaliação inicial. Atualmente, o MEEM é o teste de rastreio mais utilizado no mundo e no Brasil recebeu a atenção de clínicos e pesquisadores.

O exame é composto por cinco partes que medem funções cognitivas. A primeira contém itens que avaliam orientação temporal espacial, totalizando 10 pontos, a segunda mede a capacidade de registros, com máxima de 3 pontos, a terceira faz referência a atenção e calculo com pontos de até 5, a quarta contém lembranças ou memória de evocação com total de 3 pontos e a quinta que mede a linguagem com até 9 pontos. O escore total é de 30 pontos. Os pontos de corte foram baseados na escolaridade dos institucionalizados.

Dessa forma, dos 54 idosos institucionalizados, 50 foram abordados para entrevista separados apenas por sexo e dentre esses, 36 também por escolaridade. Dos indivíduos analisados, 23 são do sexo masculino (46%), dos quais 3 (13,04%) não quiseram responder e 2 (8,69%) são impossibilitados de realizar o teste; e 27 (54%) do sexo feminino, sendo que 1 (3,70%) recusou participar da pesquisa e 8 (29,62%) são impossibilitadas de responder.

Dentre os homens entrevistados, 7 (30,43%) são analfabetos, 2 (8,69%) possuem de 0 a 3 anos de escolaridade, 3 (13,04%) possuem 8 anos ou mais de escolaridade, 6 (26,08%) têm de 4 a 8 anos de escolaridade. Dentre as mulheres, 10 (37,03%) são analfabetas, 1 (3,70%) possuem 8 anos ou mais de escolaridade, 3 (11,11%) têm de 4 a 8 anos de escolaridade, 4 (14,81%) de 0 a 3 anos de escolaridade. Consideraram-se os impossibilitados aqueles que sofreram danos neurológicos, como pacientes acometidos por AVC e acamados (Tabela 1).

Tabela 1 - Total de idosos analisados separados por sexo e escolaridade

Sexo	Impossibilitados	Não solícitos à resposta	Analfabetos	0 - 3 anos de escolaridade	4 - 8 anos de escolaridade	8 anos ou mais de escolaridade
Masculino	2	3	7	2	6	3
Feminino	8	1	10	4	3	1

Baseado nos scores de avaliação do teste foi analisado os resultados do MEEM onde sugeriram pacientes que possuem grau de demência. Sendo assim, dentre os 18 homens entrevistados, 17 apresentaram déficit cognitivo com somatória dos scores abaixo de 20 pontos. E entre as 18 mulheres que responderam ao teste, 18 foram classificadas como dementes (Tabela 2).

Tabela 2 - Separação dos idosos por presença ou não de certo grau de demência

Sexo	Possuem demência	Não possuem demência
Masculino	17	1
Feminino	18	0

No asilo, onde foi feito o estudo, há prática de atividades recreativas e realização de fisioterapia uma vez por semana. Rotina que evidencia a carência dessas atividades nas instituições, em geral, e a necessidade de aumentar os estímulos externos, como contato com meios de comunicação, jogos mentais (jogo da memória, dama, palavra cruzada, jogo da velha), trabalhos manuais (desenho, pintura, crochê, tricô) e presença de um educador físico para auxílio dos exercícios físicos e dinâmicas em grupo.

4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que foram observados altos índices de demência (97,22%), considerando apenas as 36 pessoas entrevistadas no Asilo Pastor Geraldo Sales em concordância com os estudos que demonstram que nas instituições em que os idosos vivem, geralmente, não há muitos estímulos conversacionais e físicos.

Este fato leva à aceleração do envelhecimento e a um prejuízo à autoestima do idoso. Sabe-se que a prática do exercício físico, especialmente, nessa faixa etária, e uma alimentação balanceada, é benéfica, melhora a qualidade de vida, a autoestima e aumenta a longevidade do idoso com menor déficit cognitivo e maior lucidez.

5 REFERÊNCIAS

BENEDETTI T. R. B., GONÇALVES, L. H. T., MOTA, J. A. P. S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto Enferm.** v. 16, n. 3, p. 387-398, 2009.

BERTOLUCCI, P.H.F. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** p. 1-7, 1994.

BOTTINO, C. M.C., LOPES, M. A. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** v.60, n.1, 2002.

FERREIRA L. S., PINHO M. S. P., PEREIRA M. W. M., FERREIRA A. P. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 67, n.2, p.247-251, 2014.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Journal of Psychiatric Research**. p.189-198, 1975.

GAVA, A. A.; ZANONI, J. N. Envelhecimento celular. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**. v.9, n.1, p.41-46, 2005.

MENDES, R. S., NOVELLI, M. M. P. C. Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa permanência para idosos. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. p. 723-731, 2015.

RODRIGUES J. P. S. Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados. **Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior de Saúde**. 2012.

ROSA, T. S. M., FILHA, V. A. V. S., MORAES, A. B. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.11, p. 3757-3765, 2018.