

Enferm Bras. 2023;22(4):423-37

doi: [10.33233/eb.v22i4.5451](https://doi.org/10.33233/eb.v22i4.5451)

ARTIGO ORIGINAL

Cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso

Elainny Gladys Costa Viana da Penha, Ana Hélia de Lima Sardinha, Rafael de Abreu Lima, Maria Lúcia Holanda Lopes, Maria de Fátima Santos Sales, Amanda Silva de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão

Recebido em: 5 de maio de 2023; Aceito em: 1 de agosto de 2023.

Correspondência: Ana Hélia de Lima Sardinha, anahsardinha@ibest.com.br

Como citar

Penha EGCV, Sardinha AHA, Lima RA, Lopes MLH, Sales MFS, Oliveira AS. Cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. *Enferm Bras.* 2023;22(4):423-37. doi: [10.33233/eb.v22i4.5451](https://doi.org/10.33233/eb.v22i4.5451)

Resumo

Objetivo: Investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em abril de 2018, no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso, através do questionário de Avaliação Geriátrica Ampla, aplicados em 174 idosos. Utilizaram-se os dados sociodemográficos (sexo, cor, idade, estado civil, escolaridade) e o grau de dependência e resultado do mini-exame do estado mental. **Resultados:** 63,21% dos idosos eram do sexo feminino com idade entre 60-69 anos (49,42%), pardos (45,97%), tinham até 4 anos de estudo (29,88%), casados (49,42%), aposentados (73,85%) e independentes nas atividades de vida diária (73,56%). 26,43% dos idosos foram considerados dependentes e destes, 53,26% apresentam comprometimento cognitivo. **Conclusão:** A maior parte dos idosos não possuíam comprometimento cognitivo e eram independentes nas atividades de vida diária.

Palavras-chave: idoso; cognição; capacidade funcional.

Abstract

Cognition and degree of dependency of the elderly in a care center for the elderly

Objective: To investigate the cognition and degree of dependency of the elderly in a care center for the elderly. *Methods:* This is a retrospective, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Data were collected in April 2018, at Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (Integrated Care for Older People), through General Geriatric Assessment questionnaire, in 174 elderly people. The identification, sociodemographic data, Mini Mental State Examination and Katz index were used. *Results:* The majority of the elderly were female (63.21%), aged 60-69 years (49.42%), brown (45.97%), up to 4 years of schooling (29.88%), married (49.42%), retired (73.85%) and independent in the activities of daily living (73.56%). Only 26.43% of the elderly were considered dependent and 53.26% had cognitive impairment. *Conclusion:* Most of the elderly did not have cognitive impairment and were independent in the activities of daily living.

Keywords: aged; cognition; functional capacity.

Resumen

Cognición y grado de dependencia de los ancianos en un centro de atención al anciano

Objetivo: Investigar la cognición y el grado de dependencia de los ancianos en un centro de atención al anciano. *Métodos:* Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los datos recolectados en abril de 2018, en el Centro de Atención Integral a la Salud del Anciano, a través del cuestionario Evaluación Geriátrica Amplia, en 174 ancianos. Se utilizaron los datos de identificación, datos sociodemográficos, el test Mini-Mental (MEEM) e Índice de Katz. *Resultados:* La mayoría de los ancianos eran del sexo femenino (63,21%), entre 60-69 años (49,42%), pardos (45,97%), tenían hasta 4 años de estudio (29,88%), casados (49,42%), jubilados (73,85%) e independientes en las actividades de vida diaria (73,56%) Sólo el 26,43% de los ancianos fueron considerados dependientes y de éstos, 53,26% presentaban un compromiso cognitivo. *Conclusión:* La mayoría de los ancianos no tenían compromiso cognitivo y eran independientes en las actividades de vida diaria.

Palabras-clave: anciano; cognición; capacidad funcional.

Introdução

Estima-se que em 2050 a população mundial com mais de 60 anos passe de 841 milhões para dois bilhões. No Brasil, acredita-se que, em 2025, o país será o sexto do mundo em número absoluto de idosos [1].

No que se refere ao estado do Maranhão, o estado possui 567.667 (8,3%) idosos, dos quais 78.059 (7,4%) correspondem a população idosa na capital, em São Luís [2].

O envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização. Entretanto, a idade, por si só, é um preditor de fragilidade inadequado, uma vez que o processo de envelhecimento segue padrão heterogêneo [3].

Considerando o aumento da expectativa de vida, percebe-se a importância de se conhecer melhor o ser idoso e o processo de envelhecimento. Existem duas distinções importantes, a saber: senescência e senilidade. A senescência pode ser compreendida como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, ou seja, em condições normais não costuma provocar qualquer problema. A senilidade, no entanto, é considerada como uma condição patológica, que requer uma abordagem e tratamento mais específico, haja vista que seu perfil se atribui a presença de doenças e/ou limitações, que possam surgir ao longo da vida [4].

Embora as alterações orgânicas, funcionais e psicológicas apresentem intensidade variada com cada indivíduo, o envelhecimento pode ser marcado pelo aumento das demandas sociais e econômicas. Isto porque com ele cresce o índice de incapacidades e doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis pela dependência funcional desta população [5].

Este fato modifica a demanda por políticas públicas, tornando necessária a elaboração de indicadores de saúde capazes de reconhecer os agravos que impactam a saúde dos idosos. Os aspectos sociais, econômicos e demográficos já foram identificados como associados também à funcionalidade dessa população, como renda, nível educacional e situação conjugal [1].

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma abordagem multidimensional que usa instrumentos específicos para examinar diferentes funções (visão, audição, mobilidade, humor, cognição, apoio social, entre outras). Através de questionários, escalas ou testes de desempenho, aplicados pelo profissional de saúde [6].

Dentre esses testes, destaca-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é um teste prático que não requer muitas exigências de aplicação [7], sendo essencial para diagnosticar a diminuição da capacidade cognitiva e amplamente estudado e utilizado em diversos países para rastreamento de comprometimento cognitivo [8].

O declínio cognitivo é frequentemente relacionado a complicações oriundas de doenças crônico-degenerativas, como as demências. Desse modo, torna-se relevante

aprofundar o conhecimento sobre a cognição entre idosos a fim de favorecer o diagnóstico precoce e prevenir o desenvolvimento de demência. Torna-se relevante aprofundar o conhecimento sobre a cognição entre idosos a fim de favorecer o diagnóstico precoce e prevenir o desenvolvimento de demência [9].

Nazario *et al.* [7] afirmam em sua revisão que a realização da avaliação de declínio cognitivo é importante para tracejar os fatores de risco, bem como apontar os grupos mais acometidos, para traçar melhores estratégias de saúde. Este impacto não se restringe ao aumento da morbidade entre os idosos, também se estende à incapacidade funcional e prejuízos no desenvolvimento de suas atividades de vida diária [10].

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Esta última é avaliada principalmente pelo índice de Katz. Essa medida reflete, em geral, quanto maior o número de dificuldades com as AVDs, mais severa é a sua incapacidade [11].

Trindade *et al.* [12] estudaram a cognição e a repercussão funcional de idosos não institucionalizados e institucionalizados e concluiu que os dados sugerem uma influência do estado cognitivo na depressão e nas atividades funcionais de vida diária.

Justifica-se este trabalho pela aptidão pessoal pela temática. Durante a vivência acadêmica e no grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa, Educação e Cuidados de Enfermagem (NUPECE), pode-se perceber a heterogeneidade do envelhecimento deste público no serviço referenciado, servindo de incentivo a pesquisar sobre.

Este conhecimento torna-se relevante no atual crescimento demográfico. Sendo assim, é necessário conhecer esses idosos, suas fragilidades e potencialidades, para traçar melhores estratégias de assistência à saúde e prevenir agravos.

Sob a luz do exposto, a presente pesquisa propõe investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso.

Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada no mês de abril/2018, no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), localizado na Rua Salvador de Oliveira, número 12 - Sítio Leal, São Luís, Maranhão.

O CAISI é uma unidade de saúde complementar da Rede de Especialidades, exclusiva para usuários a partir de 60 anos. Um Centro de Referência de nível intermediário, inaugurado em 16 de agosto de 2006, para atendimento aos idosos do município de São Luís/MA, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde. No centro são oferecidos atendimentos ambulatoriais nas áreas de angiologia, cardiologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia, gastroenterologia, neurologia e reumatologia, entre outras, central de marcação para consultas e exames, academia, reabilitação física, serviço social, além dos grupos de convivências.

A amostra constituiu-se de 174 idosos que buscaram atendimento ambulatorial e foram submetidos a AGA no período de janeiro a março de 2018. A escolha do período deve-se ao fato de ser o período de maior demanda de triagens na unidade, em que os idosos buscam se engajar nas atividades para o ano todo.

O critério de inclusão foi todos os idosos que foram avaliados pela Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2018. E exclusão foi AGA com informações incompletas e com rasuras.

Os dados foram obtidos por meio da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. Foram usados os dados de identificação, sociodemográficos (sexo, cor, idade, estado civil, escolaridade), grau de dependência e resultado do mini exame do estado mental (MEEM).

Para a avaliação do estado cognitivo utilizou-se a versão do MEEM em português modificada por Brucki *et al.* [13]. O MEEM é composto por:

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (1 ponto para cada resposta correta) Que dia é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos? Em que dia da semana estamos? Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) (Escore máximo = 5);

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (1 ponto para cada resposta correta) Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala apontando para o chão). Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa). Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos? (Escore máximo = 5);

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª. vez, embora possa

repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas (Escore máximo = 3);

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige (Escore máximo = 5).

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada) (Escore máximo = 3);

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) (1 ponto para cada) (Escore máximo = 2);

Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. Considere somente se a repetição for perfeita (Escore máximo = 1);

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas (Escore máximo = 3);

Leitura: mostre a frase escrita FECHÉ OS OLHOS e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se ler a frase sem realizar o comando (Escore máximo = 1);

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: “alguma frase que tenha começo, meio e fim”; “alguma coisa que aconteceu hoje”; “alguma coisa que queira dizer”. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (Escore máximo = 1).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (Escore máximo = 1).

Para estabelecer o ponto de corte do MEEM, consideramos a escolaridade do entrevistado: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para sujeitos com 1 a 4 anos de estudo; 26 pontos para sujeitos com 5 a 8 anos de estudo; 28 pontos, 9 a 11 anos e acima de 11 anos, 29 pontos [13].

O grau de dependência foi avaliado por meio do Índice de Katz (1963) [14], instrumento validado no Brasil, que engloba seis Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho.

Uma pontuação 6 indica que o idoso é independente para realizar suas atividades cotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial, podendo o

idoso requerer ou não auxílio. Uma pontuação igual ou inferior a 2 indica dependência total para as atividades de vida diária [15].

Os dados coletados foram dispostos em uma planilha do Excel, analisados por meio do programa Biostat 5.3 e apresentados por meio de tabela.

A presente faz parte de um projeto maior intitulado: "Avaliação da saúde da Pessoa Idosa", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (São Luis/MA), com parecer consubstanciado número 1.757.188. A mesma atende às normas presentes na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A amostra foi composta de 174 idosos. Pelo critério de exclusão pré-estabelecido, foram excluídos 8 prontuários que estavam com informações incompletas.

Tabela I - Distribuição das variáveis socioeconômicas e clínicas dos idosos usuários do CAISI, São Luis/MA, 2018

Variável	Total N (%)	Com prejuízo cognitivo N (%)	Sem prejuízo cognitivo N (%)
Sexo			
Feminino	110(63,21%)	82(47,12%)	92(52,87%)
Masculino	64(36,78%)	48(43,63%)	62 (56,36%)
Idade (anos)			
60-69	86(49,42%)	26(30,23)	60 (69,76%)
70-79	42(24,13%)	26(61,90%)	16(38,09%)
=80	46(26,43%)	30(65,21%)	16(34,78%)
Cor			
Brancos	100(28,73%)	56(56%)	44(44%)
Pardos	160(45,97%)	68(42,50%)	92(57,50%)
Negros	88(25,28%)	36(40,90%)	52(59,09%)
Escolaridade			
Analfabetos	34(19,54%)	12(35,29%)	22(64,70%)
Até 4 anos	52(29,88%)	18(34,61%)	34(65,38%)
5-8 anos	46(26,43%)	32(69,56%)	14(30,43%)
Acima de 8 anos	42(24,13%)	19(46,42%)	23(55,57%)
Estado civil			
Solteiro	32(18,67%)	6(18,46%)	26(81,53%)
Casado(A) Ou União Estável	86(49,42%)	54(62,79%)	32(37,20%)
Viúvo	56(32,18%)	22(39,28%)	34(57,14%)
Aposentado			
Sim	129(73,85%)	81(63,03%)	48(36,96%)
Não	45(26,14%)	1(2,19%)	44(97,80%)
Grau de dependência			
Dependente	46(26,43%)	25(53,26%)	21(46,73%)
Independente	128(73,56%)	22(17,18%)	106(82,81%)

A faixa etária predominante se encontra entre 60 e 69 anos (49,42%), o que também corresponde à mediana, com o primeiro e o terceiro quartis iguais a 63 e 80 anos, respectivamente e desvio padrão 9,3. Destes, a proporção superior pertenceu ao sexo feminino, correspondendo a 63,21%.

Quanto à etnia, no período estipulado não foi encontrado autodeclarados como indígenas e amarelos, restando somente os critérios brancos, negros e pardos, sendo este último o mais expressivo com 45,97%.

Quanto à escolaridade, o maior número de idosos estudou até 4 anos, representando 29,88%. A maioria, cerca de 49,42%, afirmou ser casado ou estar vivendo em união estável, não houve relato no período de indivíduos divorciados. Mais da metade (73,85%) são aposentados.

No que diz respeito ao grau de dependência, não houve classificação para dependência parcial, já que os participantes não atingiram o critério. Foram classificados idosos como independentes e dependentes. E prevaleceu os independentes nas atividades de vida diária, com 73,56%.

Ao analisar os resultados da aplicação do protocolo do MEEM nos 174 idosos, foi constatado que 82 (47,12%) apresentavam prejuízo cognitivo com uma média de 15,7 pontos \pm 2,9 (mínimo: 0 e máximo: 22 pontos). Para os 92 (52,87%) idosos que não possuíam prejuízo cognitivo, o resultado do MEEM apresentou uma média de 22,1 pontos \pm 4,1 (mínimo: 13 e máximo: 29 pontos).

A prevalência de indicativo de déficit cognitivo foi de 47,12%. Observa-se maior percentual de declínio esteve presente entre os homens (53,12%), com idade igual ou superior a 80 anos (65,21%). Prevalece os que estudaram de 5 a 8 anos (69,56%). Os casados ou em união estável aparecem em maior número, com 62,79%. Os idosos que possuem pelo menos a renda de aposentadoria corresponde a 63,03%, sendo maioria. Além disso, dentro deste critério, nota-se que os indivíduos dependentes de outra pessoa, também está em uma proporção maior, cerca de 53,26%.

Discussão

Idosos com limitações no cognitivo e enfrentando dificuldades na realização de atividades de cotidiano correm o risco de perder a independência, o que leva a sentimentos de inutilidade, diminui sua qualidade da vida e piora seu estado emocional [16].

A média da idade dos idosos que buscaram os serviços do centro de atenção ao idoso, foi de 69 anos. Destes, há um número considerável de pessoas do sexo feminino (63,21%). Botton *et al.* [17] corroboram afirmando que os estudos que demonstram que a expectativa de vida dos homens é mais baixa que das mulheres, parecem se relacionar a essa dificuldade masculina em procurar serviços que contemplem a sua saúde. Além disso, os dados do IBGE (2010) revelaram que, em 2009, havia para cada 100 mulheres acima de 55 anos somente 82,6 homens; essa proporção vem declinando

ao longo do tempo em virtude da maior mortalidade masculina. Este fato pode ser justificado em parte pela frequente adesão feminina aos serviços de saúde e prevenção de agravos.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Leite *et al.* [18], nos quais a participação masculina não ultrapassou 10%, o que se justificou pelo processo de feminização da velhice. A motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da masculina, pois as mulheres, mais do que os homens, buscam entrar em contato com novas pessoas e ampliar o círculo de amizades.

As frequências por critérios de cor ou raça foram compatíveis aos dados censitários e aos de estudos epidemiológicos brasileiros. Visto que é a etnia mais significativa no país, resultado da sua miscigenação. Ainda assim, esta também aparece nos piores indicadores de poderio econômico e escolaridade [19].

É notável a baixa escolaridade entre os pesquisados, destacando-se os que frequentaram a escola ao menos 4 anos. Esse fato é especialmente relevante no Brasil, onde a taxa de analfabetismo entre idosos ainda é elevada: 30,7% dos idosos brasileiros têm menos de um ano de instrução. O baixo grau de escolaridade pode limitar o acesso a informações e dificultar a compreensão das orientações sobre prevenção e promoção de saúde, implicando em menor controle adequado e risco de complicações [19].

A maior parte dos idosos encontram-se casados ou em união estável (49,42%). Porém, observa-se que a porcentagem dos que se encontram solteiros ou viúvos, juntos, são equivalentes ao estado civil predominante. No estudo de Wichmann *et al.* [20] que comparou o perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência do Brasil e Espanha, mostrou que há semelhanças nesses resultados. Do ponto de vista psicológico, a companhia do cônjuge ameniza o estado do doente e fornece apoio no processo de cuidado, sobretudo diante das complicações do estado de saúde. Entretanto, observa-se que a participação no serviço referenciado raramente é do casal.

Os indivíduos pesquisados 73,85% afirmam ser beneficiados por algum tipo de aposentadoria. Esse resultado corrobora, por exemplo, Andrade *et al.* [15] em sua pesquisa sobre percepção dos idosos quanto a participação em grupos de convivência. Ele traz como resultados que a maioria dos idosos entrevistados eram aposentados e relatou que o salário se destinava a contribuir com a família e comprar medicamentos. Os idosos têm, geralmente, aposentadorias e pensões como única fonte de renda, na qual se encontram bastante defasada, o que lhes confere baixo poder aquisitivo.

Quanto ao grau de dependência, 73,56% são independentes para desempenhar suas atividades básicas de vida diária. Resultado similar foi encontrado no estudo de Leal *et al.* [21]. Houve mais dependência nas AIVD que nas ABVD pelas instrumentais exigirem maior integridade física e cognitiva que as básicas. Esta frequência pode ser

justificada muitas vezes por uma resistência das famílias em levar os idosos com dependências até a unidade de saúde e/ou em grupos de convivência, preferindo o atendimento domiciliar ou institucional.

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 [22].

Nosso estudo mostra que a maioria dos idosos atendidos no centro de reabilitação e convivência, que foram avaliados pela MEEM neste período, não apresentavam indicativo de déficit cognitivo. Porém, estudos longitudinais sustentam que a maior parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, ou seja, apresenta trajetória evolutiva estável e benigna. No entanto, o problema é observado nos indivíduos que apresentam diagnóstico de doença de Alzheimer e naqueles que evoluirão para a doença. Daí a importância de um diagnóstico precoce [18].

Foram utilizados pontos de corte sugeridos por Brucki *et al.* [13], que são maiores em relação aos utilizados por outros autores, o que aumenta a sensibilidade dos números de casos identificados.

Dos idosos avaliados, 47,12% apresentaram indicio de declínio cognitivo. A prevalência foi entre os homens (53,12%). Esse achado diverge das principais pesquisas com a mesma temática [8,7,15]. Esse resultado é muito relevante, visto que a maior parte da amostra foi constituída pelo sexo feminino.

A faixa etária com maior indício de déficit cognitivo são os idosos com 80 ou mais anos. Esse achado também foi identificado no estudo de Andrade *et al.* [15], no qual as variáveis que possuíam idade de 83 anos ou mais foi considerado fator de risco para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. O comprometimento cognitivo está associado ao aumento da faixa etária, assim como a diversas doenças. Ele representa condições que afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos e implicam maior utilização dos serviços de saúde.

Apesar de baixa (5-8 anos), a escolaridade do estudo aqui analisado é superior à nacional. A educação formal média dos idosos brasileiros é de 4,1 anos de escolaridade, sendo 5,5 milhões de analfabetos. O baixo nível educacional está relacionado à pobreza ou à diminuição do status socioeconômico, à pior saúde, ao menor acesso aos serviços de saúde e a um robusto fator de risco para demência [19].

Melo e Barbosa [23], no estudo de revisão sobre o uso do Mini- Exame do Estado Mental com idosos no Brasil, demonstrou que a escolaridade das amostras dos estudos analisados é, de modo geral, baixa, e é possível perceber, também, uma discrepância

entre estudos, pois encontraram um caso em que a média de anos de estudo foi 10,70. Isso denota como é heterogênea a população de idosos brasileira.

A situação conjugal mostrou-se interessante devido ao fato de que idosos sem companheiros tiveram um nível de perda cognitiva inferior aos que eram casados (62,79%). O mesmo resultado foi encontrado na revisão de Nazario *et al.* [7], desmentindo o senso comum de que a falta de um companheiro faz com que o idoso evolua para a instalação de um quadro patológico, desencadeando secundariamente o declínio cognitivo.

A maioria dos idosos que foram identificados com déficit cognitivo, declararam ter algum tipo de aposentadoria (63,03%). Esse dado corrobora a maioria das pesquisas com idosos. Isto se dá pelo número de aposentados ser muito alto. Concomitante a isso, geralmente a frequência de declínio cognitivo é linearmente a idade. E quanto maior a idade, também maior a predominância de aposentados [8,9,10,23].

Com relação às escalas funcionais, mensuradas pelos protocolos de Katz, os idosos com prejuízo cognitivo obtiveram uma pontuação inferior (53,26%), 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 [22].

A incapacidade é definida como dificuldade ou mesmo impossibilidade de desempenho de gestos ou atividades de vida diária, que pode estar ou não relacionada a doença ou deficiência. Observa-se que a capacidade funcional pode ser influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos, demográficos ou psicossociais. Podemos afirmar que manter a capacidade funcional tornou-se o novo paradigma do idoso. A perda da capacidade funcional aumenta a taxa de mortalidade dessa população, uma vez que indica a autonomia desse idoso. Dessa forma, o diagnóstico precoce e a prevenção são os maiores aliados para a manutenção da longevidade e independência [12].

Quanto maior o comprometimento cognitivo, maior dependência para atividades básicas de vida diária (ABVDs). Assim, o idoso tem como necessidade amparo ao realizar ações funcionais, perdendo sua autonomia e conseqüentemente sua independência [7].

As conseqüências apontadas permitem analisar que as limitações não só se evidenciam dentro de casa, nas atividades básicas, mas na relação do ser com a sociedade. Rosa *et al.* [22] em seu estudo que buscou descrever a distribuição das redes sociais e de apoio em idosos do município de São Paulo, discutem o fato de que a incapacidade funcional impede o fornecimento de ajudas, visto que com o avançar da idade é de se esperar menor desempenho quanto à autonomia.

Os resultados encontrados para o Katz são também corroborados pelo estudo de Ferreira *et al.* [24]. De acordo com ele, uma melhor cognição pode estar relacionada a uma melhor capacidade para realizar as ABVD. 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 pode ser afetado.

A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar psicológico, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. As redes de relações são importantes fontes de suporte social e estão relacionadas ao senso de bem-estar. Do mesmo modo, o nível de satisfação dos idosos na convivência com outros pode aumentar de intensidade no decorrer da vida, melhorando a qualidade de vida independente da presença de doença e limitações físicas [18,25].

A multiplicidade de pontos de corte no uso do MEEM pode dificultar as comparações entre estudos. A limitação desse, refere-se a seu desenho transversal, que impede o estabelecimento de relações de causalidade. Além disso, a população idosa é muito heterogênea, principalmente no que diz respeito a escolaridade, percebemos que há a necessidade da utilização de mais de um instrumento.

Conclusão

A maior parte dos idosos que participaram da pesquisa não possuíam comprometimento cognitivo e eram independentes nas atividades de vida diária. Porém, a maioria dos idosos que possuem indicativo de comprometimento cognitivo, também possuem grau de dependência classificado como dependente. É possível questionar se isso se deve à grande quantidade de pessoas com comprometimento cognitivo leve sem demência e também pelo fato de idosos dependentes possuírem menos tendência a participar de atividades de interação com pessoas além de seus cuidadores. Nota-se que há uma restrição de pesquisas recentes sobre o estudo da cognição em idosos saudáveis ou não hospitalizados, dificultando um pouco a comparação dos conceitos e conteúdos produzidos pela pesquisa atual e ressaltando a importância da mesma. Sob a luz do exposto, é importante ressaltar a relevância de estudos desta natureza, tendo em vista seu alto potencial de contribuição para a evolução dos cuidados na prática da Assistência Geriátrica.

Conflitos de interesse

Não há conflito de interesse.

Fontes de financiamento

Nenhuma.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Penha EGCV, Sardinha AHL; *Coleta de dados:* Penha EGCV; *Análise e interpretação dos dados:* Penha EGCV, Sales MFS; *Análise estatística:* Penha EGCV; *Redação do manuscrito:* Penha EGCV; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Sardinha AHL, Lima RA, Lopes MLH, Oliveira AS

Referências

1. Rocha FS, Oliveira PC, Gardenghi G. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde*. 2017;30(2). doi: 10.5020/18061230.2017.p170
2. Martins, MFC. Perfil Sociodemográfico, Clínico e Cognitivo de Idosos Atendidos em um Centro de Referência, São Luís, MA [Dissertação]. São Luis: Universidade Federal do Maranhão; 2014. 86f
3. Moraes EM, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER, et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública*. 2016;50:81. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006963
4. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
5. Jorge MSG, Lima WG, Vieira PR, Vogelmann SC, Myra RS, Wibeling, LM. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. *Saúde e Pesquisa*. 2017;10(1):61-73. doi: 10.17765/1983-1870.2017v10n1p61-73
6. Klumb V, Morel LL, Silva EE, Ramos FR, Faot F, Pinto LR. Importância de avaliar cognição e funcionalidade do idoso para o sucesso de tratamentos orais reabilitadores. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2022;18(3). doi: 10.5335/rbceh.v18i3.13588
7. Nazario MPS, Silva VHT, Martinho ACDO, Bergamim JSP. Déficit cognitivo em idosos hospitalizados segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): revisão narrativa. *J Health Sci* 2018;20(2):131-4. doi: 10.17921/2447-8938.2018v20n2p131-134
8. Casemiro FG, Quirino DM, Diniz MAA, Rodrigues RAP, Pavarini SI, Gratão ACM. Efeitos da educação em saúde em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(supl2):801-10. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0032
9. Maia CVB, Manzi GKI, Hashimoto LLBA, Tozzo NF, Lourenço FHB. Alterações cognitivas associadas ao Covid-19: uma revisão sistemática. *Revista Neurociências*. 2023;31:1-20. doi: 10.34024/rnc.2023.v31.14608
10. Confortin SC. Condições de vida e saúde em idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):305-17. doi: 10.5123/S1679-49742017000200008

11. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):773-80. doi: 10.1590/0034-7167.2016690502
12. Duarte R, Santos A, Iwamoto J, Witter C, Gil C, et al. Relação da autopercepção de saúde, capacidade funcional e cognição em idosos octogenários. *Psicol Saúde Doenças* 2020;21(3):896-908. doi: 10.15309/20psd210329
13. Brucki S, Nitrini R, Caramelli Paulo, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3B):777-81. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014
14. 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;185:914-9. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016
15. Dias FSS, Lima CCM, Queiroz PSF, Fernandes TF. Avaliação da capacidade funcional dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *REAS.* 2021;13(2):e6361. doi: 10.25248/reas.e6361.2021
16. Silveira MM, Portuguez MW. Análise da qualidade de vida e prevalência de comprometimento cognitivo, ansiedade e sintomas depressivos em idosos. *Estud Psicol [Internet]*. 2017[citado 2023 mar 12];34(2):261-8. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estudos/article/view/7659>
17. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde* 2017;25(1). doi: 10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72
18. Leite AK, Lima IV, Santos TM, Oliveira BRSM, Ferreira LB. Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2020;91(29). doi: 10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.640
19. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
20. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):821-32. doi: 10.1590/S1809-98232013000400016
21. Leal RC, Jesus Veras SM, Silva MAS, Gonçalves CFG, Torres Silva CRD, Sá AKL, et al. Efeitos do envelhecer: grau de dependência de idosos para as atividades da vida diária [Internet]. *Brazilian Journal of Development.* 2020;6(7):53931-40. doi: 10.34117/bjdv6n7-876
22. Rosa TSM, Santos Filha VAV, Moraes AB. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018;23(11):3757-65. doi: 10.1590/1413-812320182311.25212016

23. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3865-76. doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015
24. Scherrer Júnior G, Passos KG, Oliveira LM, Okuno MFP, Alonso AC, Belasco AGS. Atividades de vida diária, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos. *Acta Paul Enferm* 2022;35:eAPE0237345. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO0237345
25. Sá CC, Silva DF, Bigongiari A, Machado Lima A. Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatr* 2019;68:153–60. doi: 10.1590/0047-2085000000241



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.