



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



Avaliação cognitiva de idosos em instituições de longa permanência: estudo transversal

Vivian Carla de Castro¹, Celmira Lange², Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera¹, Eraldo Schunk Silva¹, Lígia Carreira¹

¹ Universidade Estadual de Maringá

² Universidade Federal de Pelotas

RESUMO

Objetivo: avaliar a cognição de idosos residentes em instituições de longa permanência e verificar a associação do estado cognitivo às variáveis sociodemográficas e aos domínios do Miniexame do Estado Mental (MEEM). **Método:** estudo descritivo, transversal e quantitativo. Os dados foram coletados com 161 idosos, utilizando-se o MEEM, entre janeiro e março de 2013 e analisados por meio dos testes qui-quadrado e Mann-Withney. **Resultados:** Apresentaram déficit cognitivo 39,8% dos idosos e evidenciou-se pior desempenho cognitivo no sexo feminino. Os domínios do MEEM tiveram associação estatisticamente significativa com declínio cognitivo, sendo que orientação, atenção e cálculo e memória de evocação apresentaram maior influência sobre a presença de déficit cognitivo. **Conclusão:** O MEEM mostrou-se um instrumento prático para a avaliação cognitiva dos idosos e que pode orientar as intervenções de enfermagem, no sentido de favorecer uma padronização das metas a serem cumpridas na atenção ao idoso institucionalizado.

Descritores: Saúde do Idoso Institucionalizado; Cognição; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermagem Geriátrica; Idoso.

INTRODUÇÃO

A proporção de idosos tem crescido expressivamente no cenário mundial, o que representa inúmeras repercussões sociais e econômicas, sobretudo nos países em desenvolvimento. Nestes, o suprimento das necessidades de saúde é desafiado pelos recursos limitados ou pela gestão ineficaz destes e depende do desenvolvimento de políticas específicas e inovadoras para a população idosa. O Brasil, incluído neste grupo, tem sofrido, nas décadas recentes, quedas sucessivas nas taxas de natalidade e mortalidade, o que contribuiu para a contabilização atual de 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais^(1,2).

A percepção de envelhecimento bem sucedido possui, entre suas características, a manutenção das habilidades cognitivas, a qual está associada à longevidade, à qualidade de vida, ao bem-estar físico e social e, conseqüentemente, a níveis satisfatórios de autonomia e independência^(3,4). Com o envelhecimento biológico, no entanto, o Sistema Nervoso Central é um dos mais comprometidos, sobretudo nas regiões responsáveis pelas funções cognitivas, uma vez que ocorre hipotrofia cerebral e alterações no sistema de neurotransmissores⁽⁵⁾. Apesar de constituírem-se mudanças estruturais, sua intensidade é fortemente influenciada por fatores culturais, genéticos, presença de comorbidades e estilo de vida a que o idoso esteja exposto⁽⁶⁾.

As alterações cognitivas, comumente relacionadas à atenção, memória, linguagem, velocidade de processamento executivo e psicomotor⁽³⁾, representam grande impacto na vida do idoso e de seus familiares. A progressão do declínio cognitivo determina as síndromes demenciais, que acometem 5 a 30% dos idosos brasileiros, e interferem em sua funcionalidade e qualidade de vida⁽⁶⁾.

Diante das transformações demográficas e epidemiológicas vivenciadas, as famílias passaram a enfrentar dificuldades no cuidado aos seus idosos em domicílio, principalmente pelas mudanças ocorridas na estrutura familiar, tais como a maior participação das mulheres no mercado de trabalho e os novos arranjos familiares⁽¹⁾. Além disso, a presença de fragilidade, aqui entendida como uma síndrome geriátrica multifatorial, cujo desenvolvimento está atrelado às alterações decorrentes do envelhecimento⁽²⁾, quando não identificada e tratada precocemente, impede a realização de atividades antes exercidas pelos idosos⁽⁷⁾, o que contribui para o aumento da procura por instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

No Brasil, existem mais de 80 mil idosos abrigados em cerca de 3.500 ILPI. Além dos fatores mencionados, idosos do sexo feminino, com mais de 70 anos, solteiros, sem filhos ou viúvos e que possuem baixa renda são mais propensos à institucionalização⁽¹⁾. Embora esta nem sempre seja uma opção ruim, acarreta compromentimentos à saúde física e emocional do idoso, sendo sua principal causa a falta de apoio familiar e social⁽⁸⁾. Portanto, cabe à ILPI proporcionar uma atenção gerontogeriátrica qualificada e focada nas necessidades dos idosos, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional⁽¹⁾ e levando em conta a heterogeneidade de seus residentes, cujas necessidades podem permear as atividades instrumentais ou básicas de vida diária⁽⁹⁾.

Nesta perspectiva, a avaliação e o acompanhamento das aptidões cognitivas, utilizando testes neuropsicológicos, permitem identificar as reais necessidades dos idosos institucionalizados e adequar os cuidados de saúde, considerando seus diferentes processos de envelhecer⁽¹⁰⁾. Entre os testes de rastreio cognitivo direcionados a pessoas adultas e idosas, o Miniexame do Estado Mental (MEEM) é o mais utilizado entre os profissionais da gerontogeriatría no mundo.

A publicação original do teste é a mais citada em periódicos científicos da área de neurologia e, nas pesquisas, tem sido usado como instrumento único ou componente de baterias de avaliação neuropsicológica⁽¹¹⁾.

Enquanto membro da equipe multidisciplinar, o enfermeiro possui a atribuição de realizar a avaliação multidimensional do idoso, lançando mão desta e de outras estratégias, a fim de investigar o estado mental, social e funcional do idoso^(1,2). A assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado deve estar pautada em ações sistematizadas, com base no levantamento das necessidades afetadas, tendo como respaldo as teorias de enfermagem⁽¹²⁾.

Neste contexto, emergiram as seguintes questões de pesquisa: Qual o estado cognitivo dos idosos residentes em ILPI? O estado cognitivo está associado às variáveis sociodemográficas e aos domínios do MEEM? Na tentativa de respondê-las, delimitou-se como objetivo deste estudo: avaliar a cognição de idosos residentes em ILPI e verificar a associação do estado cognitivo às variáveis sociodemográficas e aos domínios do MEEM.

MÉTODO

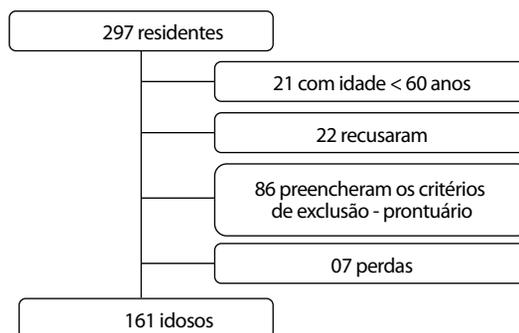
Tratou-se de um estudo descritivo, em corte transversal e abordagem quantitativa, realizado em sete instituições de longa permanência regularmente cadastradas junto à Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC) do município de Maringá/PR, Brasil. As mesmas concederam autorização por escrito para a realização da pesquisa.

Dos 43.716 idosos que compunham a população maringaense, representando 12% desta, 297 (0,68%) residem em ILPI e compuseram a população do presente estudo, no período de janeiro a março de 2013. Inicialmente, foram

analisados os prontuários multiprofissionais de cada residente, com o intuito de selecionar os sujeitos aptos a participarem do estudo, sendo adotados como critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 60 anos e não apresentar condições que impedissem responder às questões do MEEM. Assim, foram excluídos aqueles idosos com deficiência auditiva, afasia ou comprometimento mental clinicamente significativo, conforme documentados em prontuário. Cabe ressaltar que, apesar de residirem em ILPI, 21 indivíduos tinham menos que 60 anos, não atingindo o critério de idade estabelecido.

Durante a seleção inicial da amostra (Figura 1) não foram consideradas as respostas de sete sujeitos por impossibilidade de contabilizar os escores, devido ao preenchimento inadequado da pontuação no instrumento. Assim, a amostra definitiva foi composta por 161 idosos.

Figura 1 - Etapas para a definição da amostra de idosos do estudo. Maringá/PR, 2013.



Fonte: Os autores (2013)

Os dados primários foram obtidos por meio da aplicação do MEEM⁽¹³⁾, composto por questões agrupadas nos domínios orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual. A pontuação total pode variar de zero até 30 pontos, indicando maior ou menor grau de comprometimento cognitivo respectivamente. Os idosos foram classificados com ou sem declínio cognitivo conforme os pontos

de corte propostos pelos autores: escore abaixo de 20 pontos para idosos analfabetos; 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo; 26,5 para idosos com cinco a oito anos de estudo; 28 pontos para idosos com 9 a 11 anos de estudo; e 29 pontos para idosos com mais de 11 anos de estudo⁽¹³⁾.

A coleta dos dados de caracterização sociodemográfica dos idosos ocorreu a partir dos registros dos prontuários, mediante a utilização de instrumento elaborado pela pesquisadora e passaram por análise estatística descritiva. Os escores provenientes do MEEM foram analisados por meio do teste qui-quadrado para associação com as variáveis sociodemográficas, e por meio do teste de Mann-Withney (teste da soma de rank) para testar hipóteses acerca do declínio cognitivo em cada domínio do MEEM, utilizando o *Software Statistical Analysis System (SAS)* 91.1. O nível de significância considerado para os testes estatísticos foi de 5%.

O presente estudo é parte da investigação da dissertação de mestrado nominada "Atitudes do idoso face ao lazer: um estudo em Instituições de Longa Permanência", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/ UEM) em 12/11/2012, sob o Parecer nº 160.445, de acordo com a Resolução 466/12. Após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, os idosos que concordaram em participar do estudo assinaram ou marcaram sua impressão digital no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 161 idosos institucionalizados, sendo 81 (50,3%) do sexo masculino e 80 do sexo feminino (49,7%). Com relação ao MEEM, a média para todos os idosos

foi de 20,9 pontos ($\pm 7,1$). Foram identificados 64 (39,8%) idosos com declínio cognitivo, cuja média no MEEM foi de 13,6 pontos ($\pm 4,9$).

Observou-se a predominância de idosos com 80 anos de idade ou mais (42,2%). Ao relacionar faixa etária com declínio cognitivo, destaca-se que 47,9% dos idosos com idade entre 70 e 79 anos e 41,2% dos idosos com 80 anos ou mais apresentaram declínio cognitivo. Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria tinha ou já teve união estável, o que incluiu casados, viúvos e separados (60,25%), e, com relação ao estado cognitivo, notou-se que 45,3% dos idosos que relataram nunca ter tido companheiro(a) apresentaram declínio cognitivo.

Quanto ao nível de escolaridade, prevaleceram idosos alfabetizados (62,1%), os quais apresentaram nível cognitivo aparentemente melhor em relação aos idosos analfabetos. Embora não haja evidências estatísticas, é possível observar uma redução do número percentual de indivíduos com declínio cognitivo de 47,5% para 40% ao comparar idosos analfabetos e alfabetizados, respectivamente. Sobre o tempo de institucionalização, a maioria residia há, no mínimo, um ano e, no máximo, cinco anos (49,7%) nas ILPI, sendo de caráter governamental ou filantrópico as que abrigavam o maior número de idosos (63,3%) estudados (Tabela 1).

Entre os 64 idosos que apresentaram declínio cognitivo, predominaram aqueles do sexo feminino (59,4%), com 80 anos de idade ou mais (43,75%), que tinham ou já tiveram um companheiro(a) (54,7%), que frequentaram de um a oito anos do ensino formal (46,9%) e que possuíam entre um e cinco anos de institucionalização (50,0%). Ao associar a variável sexo com declínio cognitivo, observou-se diferença estatisticamente significativa ($p=0,0459$) entre homens e mulheres, que obtiveram no MEEM, respectivamente, as médias de escore 14,8 e 12,8 para idosos com declínio cognitivo e 25,9 e 25,4, para idosos sem declínio cognitivo. Para

Tabela 1 - Distribuição dos idosos institucionalizados com e sem declínio cognitivo, segundo características sociodemográficas. Maringá, PR, 2013.

Variáveis	Categorias	CDC†		SDC‡		Total	p-valor
		n	%	n	%	N	
Sexo	Masculino	26	32,10	55	67,90	81	0,0459*
	Feminino	38	47,50	42	52,50	80	
Faixa Etária	60 a 69 anos	13	28,90	32	71,10	45	0,1644
	70 a 79 anos	23	47,90	25	52,10	48	
Estado Civil	80 anos ou +	28	41,20	40	58,80	68	0,2415
	Solteiro	29	45,30	35	54,70	64	
Escolaridade	Tinha/teve união estável	35	36,10	62	63,90	97	0,4390
	Analfabeto	29	47,50	32	52,50	61	
Tempo de Institucionalização	Alfabetizado	40	40	60	60	100	0,9021
	6 meses a 1 ano	16	42,10	22	57,90	38	
Caráter das ILPI	1 a 5 anos	32	40,00	48	60,00	80	0,8550
	5 anos ou +	16	37,20	27	62,80	43	
	Governamental/Filantropica	40	24,80	62	38,50	102	0,8550
	Particular	24	14,90	35	21,75	59	

*p-valor<0,05 - teste qui-quadrado; †Com declínio cognitivo - MEEM; ‡Sem declínio cognitivo - MEEM.

Fonte: Os autores (2013).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos institucionalizados com e sem declínio cognitivo, segundo instituições de longa permanência. Maringá, PR, 2013.

ILPI	Caráter ILPI	MEEM	CDC†		SDC‡		Total
		(Média)	N	%	N	%	
A	Filantropica	19,8	26	42,6	35	57,4	61
B	Filantropica	22,4	10	30,3	23	69,7	33
C	Particular	19,8	09	56,3	07	43,7	16
D	Particular	20,9	07	43,7	09	56,3	16
E	Governamental	20,9	04	50,0	04	50,0	08
F	Particular	23,0	03	21,4	11	78,6	14
G	Particular	21,3	05	38,5	08	61,5	13

†Com declínio cognitivo - MEEM; ‡Sem declínio cognitivo - MEEM.

Fonte: Os autores (2013).

as demais variáveis categóricas não houve diferenças estatísticas com relação ao declínio cognitivo (Tabela 1).

Com relação ao declínio cognitivo dos idosos nas sete ILPI estudadas, constatou-se que, das duas que obtiveram a menor média no MEEM (19,8), uma apresentou também o maior percentual de idosos com declínio cognitivo (56,3%). Já a média mais alta para o MEEM (23,0) foi alcançada apenas por uma instituição particular, a qual apresentou o menor percentual de idosos com declínio cognitivo (21,4%) (Tabela 2).

No que concerne aos domínios que compõem o MEEM, verificou-se que todos apresentaram diferenças estatisticamente significativas com relação ao declínio cognitivo para idosos institucionalizados (Tabela 3).

Sobretudo nas categorias orientação tempo e espaço, atenção e cálculo e memória de evocação, é possível observar que as médias obtidas por idosos com declínio cognitivo são menores que a metade das médias obtidas por aqueles que não apresentaram declínio cognitivo (Tabela 3).

Tabela 3 - Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados, segundo domínios do MEEM. Maringá, PR, 2013.

Domínio MEEM	CDC [†] (n = 64)				SDC [‡] (n = 97)				p-valor
	Média	DP [§]	Min	Max [¶]	Média	DP [§]	Min	Max [¶]	
Orientação tempo/espaço	3,0	2,05	0	9	8,5	1,74	3	10	0,00*
Memória imediata	2,3	1,00	0	3	2,9	0,24	2	3	0,00*
Atenção e cálculo	2,1	1,82	0	5	4,4	1,24	0	5	0,00*
Memória de evocação	0,6	0,83	0	3	2,0	0,90	0	3	0,00*
Linguagem	2,3	0,91	0	3	3,0	0,14	2	3	0,00*
Capacidade construtiva visual	3,2	1,36	0	6	4,8	1,20	2	6	0,00*

*p-valor < 0,05 - teste de Mann-Whitney; [†]Com declínio cognitivo - MEEM; [‡]Sem declínio cognitivo - MEEM; [§]Desvio-padrão;

^{||}Valores mínimos; [¶]Valores máximos.

Fonte: Os autores (2013).

DISCUSSÃO

A feminilização do grupo etário formado por idosos, decorrente da diferença entre a expectativa de vida de homens e mulheres, expõe as mulheres à pobreza, à solidão e ao risco de morbidade^(7,14), sendo a presença feminina mais frequente do que a masculina nas ILPI^(7,12,14). No entanto, entre os idosos incluídos no presente estudo não houve predomínio de nenhum sexo, condição que pode estar atrelada à seleção dos sujeitos, com base nos critérios de inclusão e exclusão.

Há que se considerar, ainda, a variabilidade da composição destas residências coletivas, visto que há constantes entradas e saídas de idosos, principalmente pela elevada mortalidade nessa população, conforme demonstra análise de sobrevivência realizada na Inglaterra e País de Gales, no qual o desfecho chegou a ser quatro vezes maior entre idosos institucionalizados do que em idosos da comunidade⁽¹⁵⁾.

O avanço da idade acarreta no aumento do risco de incapacidade funcional, bem como de ocorrência de doenças crônicas e internações hospitalares e, conseqüentemente, indica uma tendência de aumento da chance de institucionalização⁽¹⁴⁾, tornando comum a prevalência de

idosos mais velhos nas ILPI⁽¹²⁾, como pontuado nos resultados desta pesquisa.

Quanto ao declínio cognitivo, verificou-se que 39,8% de idosos apresentou essa condição. Este número é expressivo ao considerar que, dos idosos que frequentavam grupos de convivência no município de Santa Maria/RS, Brasil⁽¹⁰⁾, 23,6% apresentaram declínio cognitivo. Pondera-se, no entanto, que todos os participantes do referido estudo eram escolarizados. Já o resultado de um estudo realizado em uma ILPI do município de Londrina/PR, Brasil⁽⁷⁾ assemelha-se ao encontrado em Maringá/PR, Brasil, uma vez que 39,3% dos idosos possuíam déficit cognitivo.

Outro achado que merece destaque na presente pesquisa se refere aos 47,9% dos idosos com idade entre 70 e 79 anos que apresentaram declínio cognitivo, percentual maior do que entre os idosos com 80 anos ou mais (41,2%). A mesma condição foi apontada no estudo realizado no município de Londrina/PR, Brasil⁽⁷⁾, supracitado, sendo que os autores associaram tal evento à impossibilidade de alguns idosos mais velhos de responder ao MEEM, situação também ocorrida nas ILPI de Maringá/PR, Brasil. Uma coorte desenvolvida no município de São Paulo/SP, Brasil, destacou que o avanço da idade acarreta

a redução do percentual de desempenho cognitivo acima da média, em razão da diminuição da plasticidade cerebral⁽⁴⁾.

Destaca-se que quase metade dos idosos solteiros (45,3%) possuía déficit cognitivo segundo o MEEM. Um estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, comparou o desempenho cognitivo de idosos com e sem companheiro(a), sendo que os primeiros possuíam prevalência 45% menor de déficit cognitivo, fato que poderia estar relacionado com a possibilidade de envolvimento do parceiro no cuidado à saúde⁽⁶⁾, segundo a justificativa dos autores.

Na população em questão, não houve associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre nível educacional e declínio cognitivo. A literatura ressalta que baixo nível educacional está associado à presença de déficit cognitivo^(6,7), sugerindo que a melhora na educação dos indivíduos poderia retardar o aparecimento de demências⁽¹⁶⁾. Uma análise integrativa de estudos longitudinais sobre envelhecimento⁽¹⁷⁾ enfatiza que, apesar de mais anos de estudo estarem associados a maiores escores iniciais no MEEM, não se observou mudanças significativas nos escores do MEEM intrapessoal associadas à educação ao longo do tempo nas seis coortes analisadas.

O achado da presente pesquisa é confirmado pelo estudo realizado no município de Londrina/PR, Brasil⁽⁷⁾, o qual destacou que a inexistência de associação não descarta a percepção, por meio de análise descritiva, de que mais anos de educação formal acarretam em melhor estado cognitivo. Nesse sentido, o enfermeiro deve estar atento à habilidade de compreensão das informações de saúde pelas pessoas idosas com baixa escolaridade, no intuito de elaborar intervenções que minimizem possíveis prejuízos na cognição⁽⁶⁾.

Constatou-se, na análise estatística, associação entre sexo e declínio cognitivo, haven-

do pior desempenho por parte das mulheres da população estudada. Embora não tenha encontrado significância estatística nesta associação, um estudo com idosos do estado do Rio Grande do Sul, Brasil⁽⁶⁾, evidenciou prevalência de déficit 22% maior entre as mulheres. Como possível explicação, os autores apontaram a maior expectativa de vida do sexo feminino em relação ao sexo masculino. Por outro lado, uma análise integrativa internacional pondera que este resultado varia de acordo com a amostra envolvida, pois foram analisados dois estudos em que as mulheres possuíam escores mais elevados do que homens no MEEM e outros dois que observaram maior declínio cognitivo no sexo feminino⁽¹⁷⁾.

Das médias dos escores do MEEM calculadas para as sete ILPI, duas ficaram abaixo do ponto de corte mínimo estabelecido por nível educacional (20 pontos), e cinco localizaram-se entre o primeiro e o segundo ponto de corte (25 pontos) para indivíduos que frequentaram de um a quatro anos o ensino formal. Acredita-se que este fato se deve ao considerável número de idosos analfabetos. Vale ressaltar, neste caso, que maiores oportunidades de acesso aos meios de alfabetização poderiam contribuir, especialmente, para a promoção da saúde dos idosos que vivem no contexto institucional⁽¹⁴⁾.

A análise da pontuação em cada domínio do MEEM pode contribuir para relacionar o perfil do desempenho cognitivo com diferentes desfechos, tal como uma análise de sobrevivência com idosos coreanos, a qual demonstrou que os domínios orientação temporal e atenção e cálculo estavam estatisticamente associados à mortalidade⁽¹⁸⁾. Já um caso-controle prospectivo longitudinal, realizado com idosos hospitalizados na Colômbia, apontou que baixos escores nos domínios de orientação temporal e espacial na admissão foram fatores de risco para a ocorrência de delírio⁽¹⁹⁾. Outro estudo, realizado em

Taiwan, destacou que pior desempenho nos domínios de orientação temporal e capacidade construtiva visual eram fatores de risco para fatura de quadril⁽²⁰⁾.

No presente estudo, os domínios orientação temporal e espacial, memória de evocação e atenção e cálculo obtiveram as maiores diferenças entre as médias dos escores do MEEM para idosos com e sem declínio cognitivo. O teste de orientação é parte rotineira do exame do estado mental, do ponto de vista clínico, e mesmo pequenos erros são úteis para o rastreio de comprometimento cognitivo e alerta para necessidade de intervenção^(18,19).

A orientação temporal é mais suscetível a alterações do que a orientação espacial devido a sua deficiência no início do processo de declínio cognitivo. Além disso, é o domínio que apresenta as modificações mais intensas no decorrer da doença de Alzheimer, isso porque o julgamento acerca do intervalo de tempo depende de acesso aos marcos da memória tanto episódica, quanto semântica^(18,20). Com relação ao domínio de atenção e cálculo, este é considerado o mais difícil entre todos os itens do MEEM, uma vez que as aptidões necessárias para executar os comandos estão sujeitas à deterioração no envelhecimento normal e, portanto, este domínio é útil para avaliar o declínio relacionado à idade⁽¹⁸⁾.

Muito se tem utilizado o MEEM enquanto ferramenta de triagem para o declínio cognitivo, porém, sabe-se que também pode ser empregado no acompanhamento da evolução de doenças e na supervisão de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos⁽¹¹⁾. Neste último caso, a análise dos escores de cada domínio do MEEM é importante para distinguir, por exemplo, problemas relacionados à demência, ao estágio da doença de Alzheimer ou ao quadro de declínio cognitivo⁽²⁰⁾. Nesse sentido, o MEEM surge como oportunidade para abranger

diferentes populações em diferentes contextos, embora ainda sejam escassas as pesquisas que explorem a contribuição específica de cada domínio ou da combinação deles para a avaliação cognitiva do indivíduo.

O cuidar de enfermagem ao ser envelhecido tem suas singularidades, que se tornam mais evidentes quando se trata do contexto institucional, e configuram-se como desafios para o profissional. O enfermeiro deve estar apto a desenvolver o raciocínio clínico e realizar a avaliação global para interpretar as peculiaridades das condições de saúde da pessoa idosa, bem como elaborar o adequado plano de cuidados fundamentado em saberes gerontogeríatricos⁽¹²⁾. O uso de ferramentas validadas para a mensuração do déficit cognitivo fornece dados fidedignos para a intervenção de enfermagem, além de favorecer uma padronização das metas a serem cumpridas na atenção ao idoso institucionalizado.

CONCLUSÃO

Nas ILPI estudadas evidenciou-se o predomínio de idosos com 80 anos de idade ou mais, que tem ou já tiveram companheiro(a) e alfabetizados. O tempo de institucionalização variou de um a cinco anos e as instituições eram, em sua maioria, de caráter governamental ou filantrópico. Do total de idosos, 39,8% apresentaram déficit cognitivo, segundo o MEEM, sendo que este percentual variou entre 21,4% e 56,3% nas instituições, com média mínima obtida pelo MEEM de 19,8 e máxima de 23,0.

Entre as variáveis sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, tempo de institucionalização e caráter das ILPI, somente a primeira obteve associação estatisticamente significativa com relação ao declínio cognitivo, estando este presente com mais frequência entre as mulheres.

Os domínios que compõem o MEEM tiveram associação significativa com o declínio cognitivo, sendo que os domínios de orientação, atenção e cálculo e memória de evocação apresentaram as diferenças mais evidentes para idosos com e sem déficit cognitivo.

O MEEM mostrou-se uma ferramenta prática para avaliar a cognição de idosos institucionalizados no presente estudo e, a partir do escore alcançado, verificou-se a associação do declínio cognitivo às características socio-demográficas e aos domínios do instrumento, utilizando-se uma amostra consideravelmente significativa, a fim de agregar subsídios ao corpo de conhecimento já existente nesta perspectiva. Contudo, a pesquisa também apresentou limitações, como a não inclusão de uma variável a respeito das condições de saúde dos idosos, que poderia influenciar no seu desempenho cognitivo.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira PB, Tavares DMS. Condições de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência segundo necessidades humanas básicas. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(2): 241-6.
2. Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabricio-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Cienc Cuid Saude.* 2014; 13(1): 120-7.
3. Vance DE, Graham MA, Fazeli PL, Heaton K, Moneyham L. An Overview of Non-pathological Geroneuropsychology: Implications for Nursing Practice and Research. *J Neurosci Nurs.* 2012; 44(1): 43-53.
4. Silva HS, Duarte YAO, Andrade FB, Cerqueira ATAR, Santos JLF, Lebrão ML. Correlates of above-average cognitive performance among older adults: the SABE study. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(9): 1977-86.

5. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad. Saúde Colet.* 2015; 23(4): 386-93.
6. Zortea B, Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BT, Ilha S, Cruz VD. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. *Rev Rene.* 2015; 16(1): 123-31.
7. Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum.* 2012; 34(1): 95-102.
8. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto contexto – enferm.* 2013; 22(2): 370-8.
9. Maseda A, Balo A, Lorenzo-López L, Lodeiro-Fernández L, Rodríguez-Villamil JL, Millán-Calenti JC. Cognitive and affective assessment in day care versus institutionalized elderly patients: a 1-year longitudinal study. *Clin Interv Aging.* 2014; 9: 887-94.
10. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(4): 64-71.
11. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2015; 20(12): 3865-76.
12. Oliveira JMM, Nóbrega MML, Oliveira JC. Diagnósticos e resultados de enfermagem para a pessoa idosa institucionalizada: pesquisa metodológica. *Online Braz J Nurs (Online)* [internet]. 2015 [Cited 2016 Mar 23] 12(2). Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5151/html_679.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B): 777-81.
14. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(1): 147-53.
15. Shah SM, Carey IM, Harris T, DeWilde S, Cook DG. Mortality in older care home residents in England and Wales. *Age Ageing.* 2013; 42(2): 209-2015.

16. Terrera GM, Minett T, Brayne C, Matthews FE. Education associated with a delayed onset of terminal decline. *Age Ageing*. 2014; 43(1): 26-31.
17. Piccinin AM, Muniz-Terrera G, Clouston S, Reynolds CA, Thorvaldsson V, Deary IJ, et. al. Coordinated analysis of age, sex, and education effects on change in MMSE scores. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68(3): 374-90.
18. Park MH, Kwon DY, Jung JM, Han C, Jo I, Jo A. Mini-Mental Status Examination as predictors of mortality in the elderly. *Acta Psychiatr Scand*. 2013; 127: 298-304.
19. Franco JG et. al. MMSE items that predict incident delirium and hypoactive subtype in older medical inpatients. *Psychiatry Research*. 2014; 220: 975-81.
20. Tseng WJ, Hung LW, Lin J. Time Orientation and Visual Construction Subdomains of the MMSE as Independent Risk Factors for Hip Fractures. *Orthopedics*. 2013; 36(7): 869-76.

Contribuição dos autores na pesquisa:

Vivian Carla de Castro: Contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; Concepção e delineamento; Aquisição dos dados; Interpretação dos dados; Preparação do manuscrito; Redação do manuscrito.

Celmira Lange: Revisão crítica do manuscrito; Aprovação final.

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera: Revisão crítica do manuscrito; Aprovação final.

Eraldo Schunk Silva: Análises e inferências estatísticas.

Lígia Carreira: Contribuição científica e intelectual efetiva para o estudo; Concepção e delineamento; Revisão crítica do manuscrito; Aprovação final.

Todos os autores participaram das fases dessa publicação em uma ou mais etapas a seguir, de acordo com as recomendações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participação substancial na concepção ou confecção do manuscrito ou da coleta, análise ou interpretação dos dados; (b) elaboração do trabalho ou realização de revisão crítica do conteúdo intelectual; (c) aprovação da versão submetida. Todos os autores declaram para os devidos fins que são de suas responsabilidades o conteúdo relacionado a todos os aspectos do manuscrito submetido ao OBJN. Garantem que as questões relacionadas com a exatidão ou integridade de qualquer parte do artigo foram devidamente investigadas e resolvidas. Eximindo, portanto o OBJN de qualquer participação solidária em eventuais imbróglis sobre a matéria em apreço. Todos os autores declaram que não possuem conflito de interesses, seja de ordem financeira ou de relacionamento, que influencie a redação e/ou interpretação dos achados. Essa declaração foi assinada digitalmente por todos os autores conforme recomendação do ICMJE, cujo modelo está disponível em http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recebido: 29/03/2016

Revisado: 22/06/2016

Aprovado: 29/06/2016