



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - EDVALDO DE SOUZA DO Ó
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

CLAIANNE MOITINHO ARAUJO

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO
LEVE EM IDOSOS USUÁRIOS DA CLÍNICA ESCOLA DE
FISIOTERAPIA DA UEPB**

**CAMPINA GRANDE-PB
2014**

CLAIANNE MOITINHO ARAUJO

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO
LEVE EM IDOSOS USUÁRIOS DA CLÍNICA ESCOLA DE
FISIOTERAPIA DA UEPB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à parte das exigências para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vitória Regina Quirino de Araújo.

**CAMPINA GRANDE-PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A663i Araujo, Claianne Moitinho.
Identificação do comprometimento cognitivo leve em idosos usuários da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB [manuscrito] / Claianne Moitinho Araujo. - 2014.
22 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Vitória Regina Quirino de Araujo, Departamento de Fisioterapia".

1. Idoso. 2. Comprometimento cognitivo leve. 3. Desempenho cognitivo. I. Título.

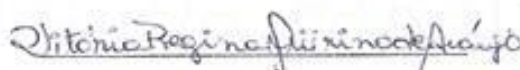
21. ed. CDD 615.82

CLAIANNE MOITINHO ARAUJO

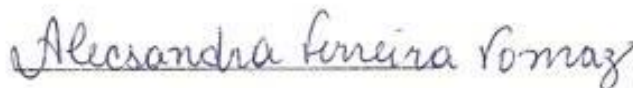
**IDENTIFICAÇÃO DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO
LEVE EM IDOSOS USUÁRIOS DA CLÍNICA ESCOLA DE
FISIOTERAPIA DA UEPB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento à parte das
exigências para obtenção do grau de Bacharel em
Fisioterapia.

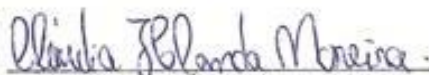
Aprovada em: 03 / 07 / 2014



Prof.^a Dr.^a Vitoria Regina Quirino de Araujo / UEPB
Orientadora



Prof.^a Dr.^a Alessandra Ferreira Tomaz / UEPB
Examinadora



Prof.^a Ms.^a Cláudia Holanda Moreira / UEPB
Examinadora

IDENTIFICAÇÃO DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE EM IDOSOS USUÁRIOS DA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA UEPB

ARAUJO, Claianne Moitinho¹

RESUMO

O termo Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é aplicado para indivíduos, geralmente idosos, que apresentam um declínio no desempenho cognitivo, mas que não chegam a preencher os critérios de diagnóstico para demência. Pode causar sintomas neuropsiquiátricos, como disforia, depressão, ansiedade e agitação psicomotora, além de interferir diretamente na vida social do indivíduo portador da doença. Tem como critérios de diagnóstico a queixa da perda de memória, com ênfase na confirmação de um informante, déficit de memória indicado por testes, funções cognitivas gerais normais, atividades funcionais intactas e ausência de demência. Uma das formas de avaliar as funções cognitivas é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que consiste em uma breve entrevista simples e de fácil aplicação. Este estudo tem como objetivo identificar a ocorrência do CCL em idosos usuários da Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) de uma Instituição de Ensino Superior (IES). Tratou-se de um estudo tipo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com 50 pacientes da CEF por meio da aplicação de um questionário para caracterização da amostra e do MEEM. Os dados coletados foram organizados no *software Excel 2010* e a análise dos dados se deu por meio da estatística descritiva com o uso do *Software SPSS* versão 18.0. Entre os 50 idosos avaliados 8% apresentaram escores compatíveis com o CCL. Entre estes a idade e o grau de escolaridade mostraram-se ser pontos importantes para o desenvolvimento da patologia.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Comprometimento Cognitivo Leve, Cognição.

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba
Contato: claianne.moitinho@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o crescimento do número de idosos em âmbito mundial deu-se em decorrência da alta taxa de fecundidade no passado, observada principalmente nas décadas de 50 e 60 e da redução da mortalidade na população idosa (CAMARANO, 2002). Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosa a pessoa com mais 65 anos de idade para os países desenvolvidos e com mais de 60 para países em desenvolvimento, como o Brasil. Este processo é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde, tecnologia e à redução da taxa de natalidade (MEMÓRIA, 2011).

De acordo com Silva (2007), com o passar do tempo, o indivíduo enfrenta uma série de perdas fisiológicas, psicológicas e sociais significativas, que caracterizam o processo de envelhecimento humano como o surgimento ou agravamento de doenças crônicas associadas a déficits cognitivos que comprometem a saúde e afetam o desenvolvimento de atividades da vida diária (AVD) simples, além de comprometer o convívio deste indivíduo com familiares.

Segundo Luna; Sabra (2006), muitas pessoas consideraram o envelhecimento como sendo um motivo para o declínio mental do indivíduo, porém as alterações normais decorrentes desse processo são mínimas. Nesse período, outras alterações ocorrem, de acordo com Wagner (2006), a redução da densidade da bainha de mielina e o número de sinapses e dendritos, geram decréscimos da produção de neurotransmissores e déficits da atividade metabólica. Tais alterações estruturais contribuem para o declínio cognitivo no envelhecimento normal, podendo ser um precursor da demência.

O diagnóstico de demência baseia-se principalmente na presença no declínio da memória e outras funções corticais superiores como linguagem, praxia, capacidade de reconhecer objetos entre outros (ALMEIDA, 1998). Forlenza (2008) afirma que a demência é vista como um dos fatores neuropsiquiátricos que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos, por ser uma doença que afeta a vida do indivíduo como um todo. Segundo Fernandes (2011), o diagnóstico de demência é fundamentado, primordialmente, na percepção do declínio da memória, além de outras funções corticais superiores.

Entre o envelhecimento fisiológico e o diagnóstico confirmado de demência está o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), este cuja característica principal é o comprometimento da memória episódica, sem outros déficits cognitivos e funcionais (HAM DAN, 2005). De acordo com Porto (2006) o CCL pode ser classificado em três subtipos: amnésico, múltiplos domínios e comprometimento de uma única função cognitiva

diferentes da memória, onde classificado CCL de múltiplos domínios se o indivíduo apresentar leve dificuldade em outras funções cognitivas, na presença ou não de déficit de memória e CCL de outra função se o comprometimento cognitivo for em outra função cognitiva que não a memória.

Adicionalmente, com o intuito de se estabelecer diagnósticos precoces, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que foi desenvolvido por Folstein; Folstein; McHugh (1975), traduzido e adaptado no Brasil por Brucki et al, (2003), vem sendo amplamente adotado na prática clínica e em pesquisas, a exemplo das desenvolvidas por Almeida (1998), Lourenço (2006) e Leite (2012) por ser um instrumento de fácil aplicação que consiste em uma breve entrevista que avalia as funções cognitivas.

Diante do exposto, os objetivos dessa pesquisa são: traçar o perfil sociodemográfico de uma amostra de idosos usuários da Clínica Escola de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública e identificar a ocorrência do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) nos mesmos, a fim de delimitar quais idosos deverão receber atendimento especializado ou providências profiláticas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o constante avanço técnico-científico e o aperfeiçoamento da medicina e de suas práticas de cuidado com a saúde, nota-se um aumento constante da expectativa de vida do ser humano, levando assim a um número cada vez maior de idosos em todo mundo. De acordo com Luzardo, et al, (2006), este fenômeno do envelhecimento populacional não está sendo constatado apenas pela comunidade científica, e sim pelo senso comum. É um processo global primeiramente observado em países desenvolvidos, porém nas últimas décadas tem ocorrido também em países em desenvolvimento.

No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA; VERAS. 2003). Na Paraíba, a partir de dados do censo de 2003, a quantidade de idosos representava 379.871 habitantes, sendo 33.101 residentes na cidade de Campina Grande. Em 2010, o Estado abrangia mais de 451.386 mil idosos, representando 11,98% da população paraibana, com crescimento de 2,56% para pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2010).

No processo de envelhecimento torna-se notório o declínio de funções realizadas por determinados sistemas, essas alterações biológicas resultam em déficits físicos, cognitivos e

comportamentais, que afetam diretamente a vida do idoso e das pessoas que os cercam (PAULO, 2010). Neste sentido, o termo cognição corresponde ao funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

A cognição é mais do que simplesmente a aquisição de conhecimento, é também uma maneira de compreender e adaptar os estímulos advindos do nosso meio captando assim para o nosso modo de ser interno, correspondendo a um processo pelo qual o ser humano interage com os seus semelhantes e com o meio em que vive, sem perder a sua identidade (YASSUDA, 2006; LEZAK, 1995).

De acordo com Paradela (2007), as funções cognitivas são subdivididas para facilitar a sua compreensão e seu estudo, porém estão interligadas em suas funções e são interdependentes, tendo como principais funções cognitivas ou capacidades intelectuais: memória, orientação, atenção, cálculo, praxia, linguagem, percepção e funcionamento executivo.

A memória é a capacidade do indivíduo de reter, recuperar, armazenar e evocar informações, para com isso alterar o comportamento em função de experiências anteriores (SOARES, 2006). Esta foi subdividida pelo filósofo americano Willian James em memória de curta e longa duração, de acordo com o tempo entre o aprendizado à evocação do estímulo, podendo variar de alguns segundos até o período de uma vida inteira (SQUIRE, 1996).

A memória de curto prazo pode ainda se subdividir em imediata e de trabalho, onde a primeira é a extensão do momento presente, enquanto a última é a extensão da memória imediata até a conclusão de uma tarefa, porém a memória de longa duração pode persistir por semanas, meses ou por toda a vida, e é acessada mediante uma consulta ao passado (SOARES, 2006).

No que se refere à orientação, esta é um processo mental que confere a capacidade de conhecimento e de determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, com o tempo e com o ambiente que pode ser dividida em orientação em relação ao tempo, ao lugar e à pessoa (MEMÓRIA 2011). A orientação em relação ao lugar é a consciência da localização da pessoa em relação ao ambiente imediato, à sua cidade ou ao país, e a orientação em relação a si mesma é a consciência da própria identidade e da dos indivíduos no seu ambiente imediato (LEZAK, 1995; SQUIRE, 1996; KIPPS; HODGES, 2005).

A atenção é um processo mental que confere a capacidade de selecionar estímulos, estabelecendo relação entre eles. Esta capacita o indivíduo a se concentrar por um período de

tempo necessário para manter um diálogo, concluir uma tarefa ou receber uma informação. A todo instante, recebemos estímulos provenientes das mais diversas fontes, porém só atendemos a alguns deles, pois, na maioria das vezes, não é necessário responder a todos, já que os interesses individuais são distintos (CARVALHO, 2010). A atenção é de extrema importância para o aprendizado, pois ela nos prepara para receber uma informação, que, após ser “triada” pelo nosso interesse, será armazenada ou não (LEZAK, 1995; SQUIRE, 1996; KIPPS; HODGES, 2005).

O cálculo é uma função mental específica para determinar, aproximar e manipular os símbolos e processos matemáticos; depende de aprendizado, e inclui as funções de adição, subtração e outros cálculos matemáticos simples, além de funções matemáticas complexas (LEZAK, 1995; KIPPS; HODGES, 2005).

Quanto à praxia, esta é um processo mental que permite a organização e execução de tarefas de forma eficiente. Alguns componentes da praxia acontecem involuntariamente, automaticamente ou inconscientemente. Os diferentes componentes da praxia requerem uma informação precisa, proveniente do corpo, particularmente dos sistemas táteis, proprioceptivos e vestibulares. Os sistemas auditivos e visuais refinam e completam o processo da praxia. Ela pode ser subdividida em praxia ideacional e ideomotora. A primeira é a capacidade de compreender sequências complexas e a segunda é a capacidade de usar a comunicação não verbal mediante gestos ou mímicas (ROSSELI ET AL, 1990; FORSTL et al, 1993; LEZAK, 1995).

A linguagem é um processo mental que confere a capacidade específica de reconhecer e utilizar sinais, símbolos e outros componentes para uma comunicação eficiente. Tem as funções de recepção e decifração da linguagem oral, escrita ou outras formas de linguagem, como a não verbal, a exemplo da linguagem de sinais (ROSSELI et al, 1990; LEZAK, 1995).

Como última capacidade cognitiva, a percepção é considerada uma função cerebral que atribui significado a estímulos sensoriais a partir de histórico de vivências passadas. Através da percepção, um indivíduo organiza e interpreta as suas impressões sensoriais para atribuir significado ao seu meio. Consiste na aquisição, interpretação, seleção e organização das informações obtidas pelos sentidos. Inclui as funções de percepção auditiva, visual, olfativa, gustativa, tátil e visuo-espacial (CARVALHO, 2010).

A percepção é a capacidade de conferir significado a estímulos detectados pelos canais sensoriais. As cores, os sons, cheiros e gostos são construções mentais criadas no cérebro pelo processamento sensorial. Não existem como tais fora do cérebro. As patologias da percepção são as agnosias (LEZAK, 1995; KIPPS; HODGES, 2005).

Hamdan (2005) salienta que com a descoberta de alterações cerebrais, juntamente com o desenvolvimento cada vez mais notório da neurociência, um dos assuntos mais citados na atualidade no que concerne a perda cognitiva são as demências, havendo também um enfoque especial no quadro transicional entre o envelhecimento fisiológico e a perda cognitiva patológica, este que é denominado como Comprometimento Cognitivo Leve.

O termo "Transtorno Cognitivo Leve" foi incluído na última versão do CID-10 (1993), para ser aplicado a pacientes que apresentam "um declínio no desempenho cognitivo", mas que não chegam a preencher os critérios diagnósticos para demência, síndrome amnésica orgânica ou delirium (VENTURA, 2002). De acordo com Canineu (2006), o CCL pode causar sintomas neuropsiquiátricos, como a disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo), depressão, ansiedade e agitação psicomotora. Sintomas como delírios, alucinações e episódios de agitação são poucos comuns.

Os seus critérios de diagnósticos são: 1. Queixa de memória preferivelmente confirmada por um informante; 2. Déficit de memória indicado por testes; 3. Funções cognitivas gerais normais; 4. Atividades funcionais (sócio-ocupacionais) intactas; 5. Ausência de demência (NORDON et al, 2009).

Entre os meios de diagnóstico por testes está o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), este que é uma escala de avaliação cognitiva prática e útil na investigação de pacientes com risco de demência, como é o caso de idosos (ALMEIDA, 1998). Porém Testes de Avaliação Mental e Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo também são usados para auxílio ou diagnóstico do CCL (LOPES, 2006).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A pesquisa se caracteriza como um estudo do tipo transversal, descritiva e analítica, com abordagem quantitativa, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, de acordo com o protocolo 30230114.0.0000.5187. Os dados foram coletados na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública, no município de Campina Grande – PB.

A amostra do tipo não probabilística e por acessibilidade, foi composta por 50 idosos com idade igual e acima de 60 anos, de ambos os gêneros, que fazem acompanhamento fisioterapêutico e são atendidos regularmente na Clínica Escola de Fisioterapia. Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que apresentassem diagnóstico prévio de comprometimento cognitivo em quaisquer graus e deficiências auditivas.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram o questionário sociodemográfico, que é caracterizado com questões que visam estabelecer o perfil dos idosos usuários da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, com as seguintes indagações: idade, gênero, estado civil, profissão, escolaridade e setor ou projeto que é atendido, além de alguns dados clínicos do paciente, como diagnóstico clínico. Em seguida procedeu-se entrevista com o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), objetivando avaliar as funções cognitivas de indivíduos e rastrear quadros demenciais. Tal exame como instrumento clínico, pode ser utilizado para detectar possíveis perdas cognitivas, no decorrer da doença e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado (BRUCK et al, 2003).

Para o procedimento da coleta de dados, inicialmente foi feito um levantamento junto aos protocolos da CEF acerca do número de idosos em atendimento fisioterapêutico, em seguida os idosos foram recrutados na Clínica Escola de Fisioterapia, e após o conhecimento sobre o teor da pesquisa e concordância com tal, eles foram encaminhados às salas de avaliações da CEF onde assinaram o Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido (TCLE), com conseqüente aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Os dados foram analisados por meio de Estatística Descritiva. Para as variáveis categóricas utilizamos valores percentuais e de frequência relativa, e para as variáveis numéricas usamos os valores de média e desvio padrão. Para a construção do banco de dados foi utilizado o programa Excel (2010). Os dados foram avaliados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18.0.

4 DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Após análise do questionário sociodemográfico, a amostra foi caracterizada a partir dos seguintes resultados. Relacionado ao gênero observou-se a predominância do gênero feminino com 34 participantes (68%) (TABELA 1).

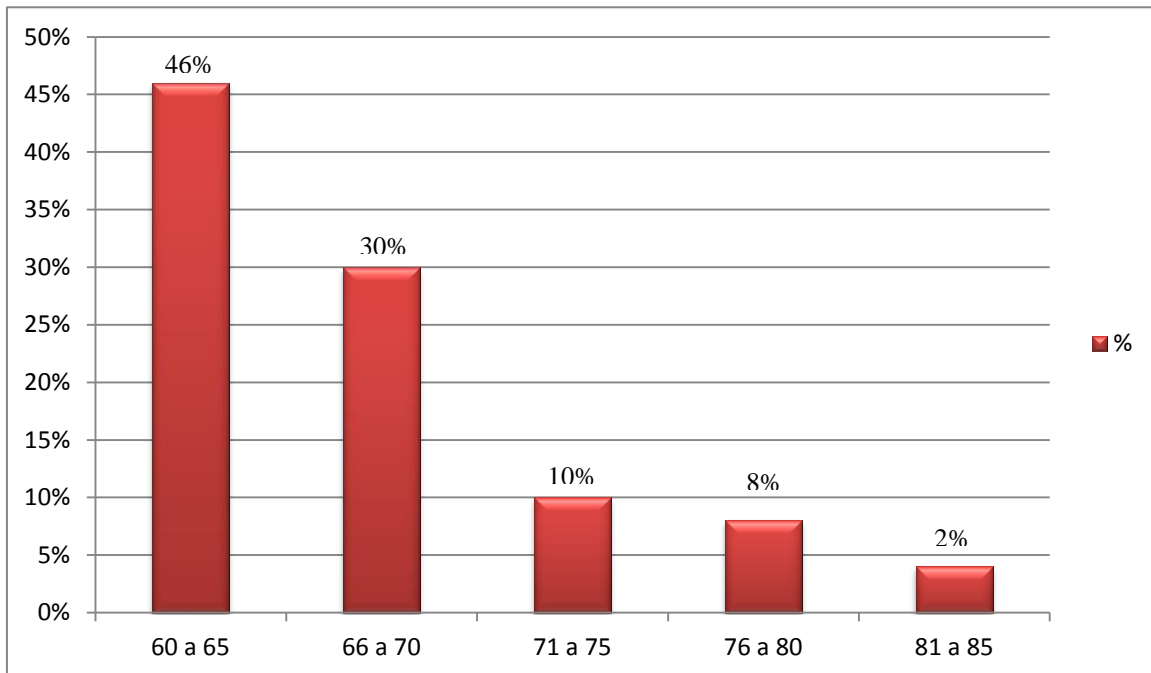
TABELA 1: Distribuição dos idosos, de acordo com o gênero.

Gênero	Números de idosos	Valor (%)
Masculino	16	32
Feminino	34	68
Total	50	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No quesito relacionado à idade dos idosos houve variação de 60 a 90 anos, com uma média de idade de 67,74 anos (Gráfico 1).

GRÁFICO 1: Estimativa em porcentagem do nº de idosos referente a idade.



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

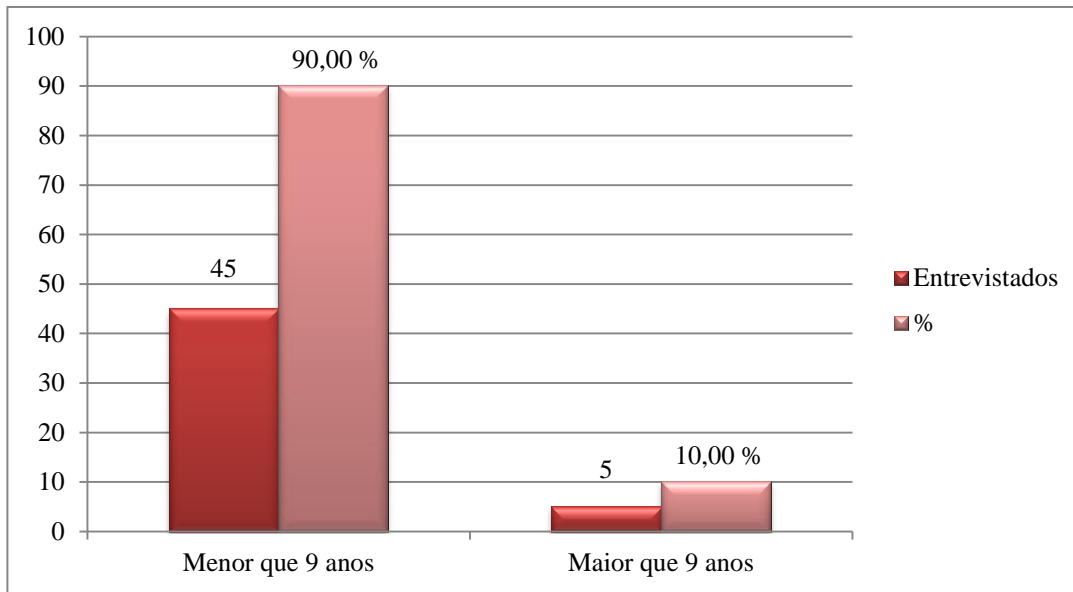
Quanto ao estado civil, observou-se que amostra foi composta por maioria dos indivíduos casados, sendo estes 27 participantes (54%) (TABELA 2).

TABELA 2: Distribuição dos idosos, de acordo com o estado civil.

Estado civil	Números de idosos	Valor (%)
Solteiro (a)	5	10,00
Casado (a)	27	54,00
Divorciado (a)	3	6,00
Viúvo (a)	15	30,00
Total de entrevistados	50	100,00

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao item relacionado à escolaridade 45 participantes segue o gráfico 2 com os dados referente.

GRÁFICO 2: Distribuição dos idosos, de acordo com a escolaridade.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No quesito relacionado às características clínicas, os setores de Neurologia e Traumatologia e Ortopedia e Reumatologia e Geriatria (TORG) representaram a maioria da amostra com 14 participantes (28%) cada, seguidos do setor de Uroginecologia com 13 participantes (26%), como mostra na tabela a seguir (TABELA 3).

TABELA 3: Distribuição dos idosos, de acordo com as características clínicas.

Características clínicas	Número de idosos	Valor (%)
Neurológico	14	28,0
Respiratório	2	4,0
TORG	14	28,0
Uroginecologia	13	26,0
Projetos com a 3ª idade	6	12,0
Outros (consulta médica)	1	2,0
Total de entrevistados	50	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que se diz respeito à aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), dos 50 idosos avaliados 45 participantes (90%) não possuem Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), quatro participantes (8%) possuem o CCL e um participante (2%) foi excluído da amostra por já possuir diagnóstico de comprometimento cognitivo. Este que teve como subsídio o grau de escolaridade dos participantes, já que de acordo com Almeida (1998) é de

extrema necessidade utilizar pontos de cortes diferenciados segundo o histórico escolar prévio, assim, foi utilizado o ponto de corte de acordo com o levantamento de Chaves (2008) 17 pontos para pacientes que estudaram menos de nove anos e 24 para pacientes que estudaram mais de nove anos.

Entre os quatro participantes portadores de Comprometimento Cognitivo Leve foi observada uma média de idade de 71,75 anos, com mediana de 72,00 anos, moda de 60 anos e desvio padrão de 9,535. Estudos similares como de Netto, Bruno et al (2006) ressaltam que quanto maior for à faixa etária do indivíduo, maiores são as chances dos mesmos possuírem algum tipo de comprometimento cognitivo, justificado pela degeneração fisiológica que ocorre com o passar da idade, além de outros fatores. Tal fato também é ratificado no estudo realizado na região Sudeste por Lebrão e Laurenti (2005), onde foi encontrada prevalência de deterioração cognitiva de 6,9%, percentual que se eleva entre idosos paulistas com 75 anos ou mais (17,7%) e com 60 a 74 (4,9%).

No que diz respeito ao gênero, não foram encontradas diferenças, visto que o percentual de mulheres e homens foi o mesmo, 50% para cada. Este achado refuta os de Lopes (2002), Bustamente et al (2003), Andersen (1997) e Fillenbaum (1998), onde o primeiro estabelece a incidência do comprometimento cognitivo no gênero feminino e os outros três descrevem a prevalência maior no gênero masculino.

A tabela 4 mostra a distribuição dos indivíduos de acordo com estado civil, no presente estudo não houve interligação entre o estado civil e o comprometimento cognitivo, esta análise corrobora com Santos et al (2010), onde em estudo realizado com 484 idosos assistidos nas Equipes Saúde da Família de Dourados, Mato Grosso do Sul, mostrou que não houve associação estatística significativa entre diagnóstico de déficit cognitivo com a variável estado civil.

TABELA 4: Distribuição dos idosos portadores de CCL, de acordo com estado civil.

	Frequência	Percentual (%)
Casado (a)	2	50,0
Viúvo (a)	2	50,0
Total	4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Na tabela 5 observa-se a distribuição dos indivíduos no âmbito relacionado à ocupação, neste não podemos verificar a existência de uma associação significativa entre

ocupação e comprometimento cognitivo visto que apenas um participante relata ainda exercer atividade remunerada, sendo esta de lanterneiro e os ofícios relatados pelos outros participantes não se enquadram em atividades profissionais mais complexas, como é citado no trabalho de Ribeiro (2011), onde há uma associação de um menor grau de demência, e até certa proteção da mesma, para os especialistas das profissões intelectuais e científicas. O mesmo vai de encontro ao estudo de Andel et al. (2005), que relata o menor risco de demência aos profissionais de áreas mais complicadas, sugerindo que atividades profissionais mentalmente estimulantes mantém áreas cerebrais ativas, aumentando as reservas cognitivas.

TABELA 5: Distribuição dos idosos portadores de CCL, de acordo com a ocupação.

	Frequência	Percentual (%)
Aposentado (a)	1	25,0
Trabalha	1	25,0
Pensionista	2	50,0
Total	4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao quesito relacionado às características clínicas dos idosos com comprometimento cognitivo, foi verificada uma porcentagem maior de indivíduos portadores de CCL (50%) atendidos no setor neurológico, como visto na tabela 6. Esse dado vai ao encontro de estudos realizados por autores como Melo (2007) e Vitiello (2007), onde os mesmos sugerem que exista uma maior incidência em sujeitos que já possuem alguma patologia neurológica apresentar declínio cognitivo.

TABELA 6: Distribuição dos idosos portadores de CCL, de acordo com as características clínicas.

	Frequência	Percentual (%)
TORG	1	25,0
Projetos com a 3ª idade	1	25,0
Neurológico	2	50,0
Total	4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A tabela 7 demonstra as funções cognitivas contempladas no MEEM. Conforme o grau de escolaridade nota-se que todos os indivíduos que possuem o CCL tiveram menos que nove anos de estudo. Esses achados corroboram com pesquisa realizada por Lourenco (2006), onde o mesmo diz que a escolaridade é um fator que influencia no desempenho do teste, o mesmo é confirmado nos estudos realizados por Almeida (1998), Bertolucci, Brucki e Campacci (1994) e Laks et al (2003) onde afirmam que a escolaridade exerce um impacto direto sobre o desempenho cognitivo avaliado com MEEM.

Segundo Bruki et al (2003), no Brasil as populações idosas apresentam características de escolaridade distintas uma vez que o ensino no país, no período de aprendizagem destes indivíduos, apresentava-se escasso e heterogêneo. Almeida (1998) relata que a escolaridade juntamente com a idade atua no escore do MEEM, sugerindo então a necessidade de um ponto de corte diferenciado de acordo com a escolaridade para reduzir a taxa de falsos positivos.

TABELA 7: Distribuição dos idosos portadores de CCL, de acordo com a escolaridade.

	Frequência	Percentual (%)
Estudou mais que 9 anos	0	0,0
Estudou menos que 9 anos	4	100,0
Total	4	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Entre as complicações principais dos participantes em responder aos quesitos do MEEM, o item referente ao cálculo apresentou as maiores dificuldades, onde praticamente todos os indivíduos não conseguiram realiza-los com eficácia. O mesmo foi notado no levantamento feito por Chaves (2008), que mostrou o problema relevante da alternativa “subtração do serial 7” e soletrar MUNDO ao reverso sendo a questão com maior grau de dificuldade no teste.

Outro item com semelhante falha dos sujeitos entrevistados, este apresentando CCL ou não, foi o item de orientação espacial e temporal, seguidos do quesito destinado à evocação e “escrever uma frase inteira”. Este fato vai ao encontro à literatura onde os pesquisadores afirmam que ao envelhecer, pode-se ocorrer diminuição no nível cognitivo em pessoas acima de 60 anos (LEITE, 2012; PAULO, 2010), isso é constatado com frequência, uma vez que os idosos, em geral, se queixam de dificuldades com a memória e outras habilidades cognitivas.

Uma circunstância adicional a ser analisada foi à participação de um deficiente visual na pesquisa contrariando o que relata a literatura, onde alguns autores consideram que a deficiência visual pode impedir o entendimento e execução do procedimento do teste, gerando escores diferentes aos demais (CHAVES, 2008; BRUCKI et al 2003). Na pesquisa desenvolvida um dos idosos entrevistados é portador de deficiência visual e conseguiu realizar com êxito todo o questionário, fazendo assim uma pontuação de 24 pontos, escore aceito para pessoa sem grau de escolaridade, tendo apenas falhas nos itens relacionados ao cálculo, “escrever uma frase inteira” e habilidade construtiva, sendo os dois últimos quesitos óbvios em fracasso visto a sua condição de privação da visão.

Outro ponto importante na pesquisa a ser destacado, foi a constatação de que apesar da grande maioria da amostra (90%), não ter um nível de escolaridade elevado, apenas numa pequena parcela desta foi de fato constatada a presença do CCL. Este dado vai de encontro a pesquisas feitas por, Bertolucci (1994), Almeida (1998) e Campacci (1994), que sugerem que o nível de escolaridade está intimamente ligado ao declínio cognitivo e uma maior debilidade no escore do MEEM.

5 CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa mostraram a partir do questionário sociodemográfico que analisou o perfil de uma amostra de idosos usuários da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, que a faixa média de idade dos idosos que compuseram a amostra desse estudo é de 67,74 anos, com predominância maior do gênero feminino de 68% do total da amostra. A maioria é casada (54%) e quanto a escolaridade 90% dos participantes têm menos de nove anos de estudo. Nas características clínicas, foi observada uma maior prevalência de atendimentos, nos setores de neurologia e TORG 28% cada, devido a afecções neurológicas como AVE e Parkinson e comprometimentos Reumatológicos e Geriátricos como, artrose e dores na coluna.

No que diz respeito à aplicação do MEEM, este mostrou ser uma escala de avaliação cognitiva prática e útil na investigação de pacientes idosos com risco de declínio cognitivo. Com a mesma foi possível constatar que entre os 50 idosos que compuseram a amostra 8% possui o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), tendo estes uma média de idade igual a 71,75 anos e patologias de cunho neurológico, porém que não afetam exatamente a cognição. O gênero, estado civil e a ocupação não mostraram ser variáveis essenciais para a incidência do CCL.

Algumas observações identificadas no decorrer da pesquisa podem ser expostas, entre elas que mesmo alguns estudos comprovando uma alta incidência de idosos com baixo grau de escolaridade com CCL, não houve uma alta incidência de portadores de CCL nesta pesquisa, porém todos os indivíduos que apresentam o CCL têm baixo grau de escolaridade. Outra ponderação foi o bom desempenho do participante portador de deficiência visual no MEEM.

Para minimizar possíveis agravos do CCL nos idosos possuidores destes, deixamos como sugestão o encaminhamento dos mesmos para equipe multiprofissional especializada, como também orientações aos familiares sobre o que é a patologia e como se proceder com um portador da mesma.

Por fim, os objetivos da pesquisa foram alcançados, e a partir deste, se buscou produzir conhecimento teórico no sentido de oferecer instrumentos e subsídios aos profissionais da saúde que trabalham com idosos. Contudo ainda é necessária a realização de estudos posteriores, com propósito de investigar a incidência de casos de CCL no total de usuários idosos da Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB.

ABSTRACT

The term Mild Cognitive Impairment (MCI) is applied to individuals, usually elderly, who have a cognitive performance declined, but do not reach the diagnostic criteria for insanity. It can cause neuropsychiatric symptoms, such as dysphoria, depression, anxiety and restlessness, besides directly affect the individual's social life. It has as diagnostic criteria the complaint of memory loss, with emphasis on confirmation of an informant, memory deficit shown by tests, normal general cognitive functions, fully functional activities and the absence of insanity. One way to assess cognitive functions is the Mini Mental State Examination (MMSE), which consist of a short and simple interview of easy application. This study aims to identify the occurrence of MCI in elderly users of the "Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) " of a Higher Education Institution (HEI). This was about a cross-sectional study, descriptive and analytical type with a quantitative approach, carried out with 50 patients of CEF through a questionnaire to characterize the sample and the MMSE. The data collected were organized in *Microsoft Excel 2010* and the data analysis was done through descriptive and inferential statistics using the SPSS, version 18.0. Among the 50 patients included, 8% had scores compatible with the MCI. Among these, the age and education level were shown to be important for the development of pathology points.

KEYWORDS: Elderly, Mild Cognitive Impairment, Cognition.

REREFÊNCIAS

- ANDEL, R., et al. Complexity of work and risk of Alzheimer's disease: a population-based study of Swedish twins. **J. Gerontol. B Psychol.**, v. 60 p. 251–258, 2005.
- ANDERSEN K. et al. Prevalence of very mild to severe dementia in Denmark. **Acta Neurol Scand.** v. 96 p.82-87, 1997.
- ALMEIDA, O. P. Mini exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, set. 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X1998000400014. Acesso em 14 de ago. de 2013.
- BARBOSA, P. B.; **Habilidade manual do idoso que vive com a família comparada com o idoso institucionalizado.** Bacharel (Bacharel em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, p. 68, 2008.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI S.M.D.; CAMPACCI S. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq de Neur-psiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BUSTAMANTE S. E. Z. et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. **Arq de Neuro-psiquiatr.** v. 61 n.3-A. p.601-6, 2003.
- BRUCK, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.** São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set. 2003
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira** - uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, p. 1, 2002.
- CANINEU, P. R., STELLA, F., SAMARA, A. B., Transtorno cognitivo leve. In: de Freitas E. V.; et al., **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- CARDOSO, A. F. Particularidades dos idosos: uma revisão sobre a fisiologia do envelhecimento. **Revista Digital**, Buenos Ares v. 13, n 130, Março 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd130/idosos-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>. Acesso em 06. Ago. 2013.
- CARVALHO, F. C. R.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Treino de memória episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. **Psico: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 2, p. 317-323, 2010.
- CHAVES, M. L. F. **Teste de avaliação cognitiva:** Mini Exame do Estado Mental. Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da ABN– Biênio, 2008.

FERNANDES, L. S.; **Cognição e depressão**; Uma análise em idosos institucionalizados. 2011, 81 p. Bacharel (Bacharel e Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2011.

FILLENBAUM G. G.; HEYMAN A.; HUBER M. S, et al. The prevalence and 3- year incidence of dementia in older black and white community residents. **J Clin Epidemiol**. v. 51 p. 587-595, 1998.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J of Psychiatric Research**. v. 12, p. 189-198, 1975.

FORLENZA, O. V. Mild Cognitive Impairment: a concept ready to move on? **Curr Opin Psychiatry**. v. 21, p 529-532, 2008.

HAMDAN, A. C.; BUENO, O. F. A. Relações entre controle executivo e memória episódica verbal no comprometimento cognitivo leve e na demência tipo Alzheimer. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 63-71, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Séries estatísticas**. Disponível em: <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/>. Acesso em 04 ago. de 2013.

KIPPS C. M.; HODGES J.R., Cognitive assessment for clinicians. **J. Neurol Neurosurg Psychiatry**. v. 76, n, 1, p. 22-30, 2005.

LAKS, J. et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro. **Arq Neur-psiquiatr**, v. 61, n. 3B, p. 782-5, 2003.

LEBRÃO M. L.; LAURENTI R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. v. 8 n. 2 p. 127-41, São Paulo. 2005.

LEITE, M. T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev Bras geriatr gerontol**. v. 15, n. 3, p. 481-92, 2012.

LEZAK, M. D. Neuropsychological assesement. New York. **Oxford Universyt Press**. p 650-680, 1995.

LIMA-COSTA, M. F. e BARRETO, S. M.; Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2003, v.12, n.4, p. 189-201.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.700-701, mai.-jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>. Acesso em 05 ago. de 2013.

LUNA, R. L.; SABRA, A.; **Medicina de família**: saúde do adulto e do idoso. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Rev Arq. Neuro-Psiquiatr.** v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

LUZARDO, A. R., GORINI, M. I. C. e SILVA, A. P. S. S. da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto e contexto – enferm.**, Dez, v.15, no.4, p. 587–594, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>. Acesso em 03 ago. de 2013.

MELO, L. M.; BARBOSA, E. R.; CARAMELLI, P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Rev Psiq Clín**, v. 34, n. 4, p. 176-83, 2007.

MEMÓRIA, C. M. Propriedades psicométricas do CNAS-MCI: um teste computadorizado para avaliação do comprometimento cognitivo leve em idosos. **Dissertação (Mestrado em Psiquiatria)** – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 111, 2011.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P.; Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. Minas Gerais. **Rev. Med.**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

NETTO, BRUNO et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 6, p. 401-4, 2006.

NORDON, G. D. et al. Perda cognitiva em idoso. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 5-8, 2009.

PAULO, D. L. V. et al. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Rev. de psiq. clínica**, v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PARADELA, E. M. P.; Adaptação transcultural para o português do Teste Cognitivo Cambridge Revisado e desempenho do teste em idosos ambulatoriais. 180 p. **Tese Doutorado em Epidemiologia** – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

PERTESEN, R. C. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. **J Intern Med**. v. 256, n. 3, p. 183-194. 2004.

PICKES, B. et al. **Fisioterapia na terceira idade**. 2 ed. Santos livraria editora. São Paulo, p. 498, 2000.

PORTO, C. S.; A escala de avaliação de demência (DRS) no diagnóstico de comprometimento cognitivo leve e Doença de Alzheimer. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. São Paulo, p. 93, 2006.

RIBEIRO, A. M. F., Estudo de fatores de vulnerabilidade no desenvolvimento de demências. Escolaridade, atividades profissionais e atividades lazer. **Dissertação de Mestrado** em Psicologia. Portugal, 2011.

ROSSELI, M. et al. Neuropsychological Assessment in Illiterates II. Language and Praxia Abilities. **Brain and Cognition**. v. 12, p. 281-296, 1990.

SANTO et al. Avaliação da confiabilidade do Mini Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. Mato Grosso do Sul. **Rev Cogitare Enferm**. Jul/Set; v. 15 n. 3 p. 406-12, 2010.

SILVA, C. A. et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.16, n.1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000300004&Ing=pt&nrm=iso> , Acesso em: 15 Ago. de 2013.

SOARES, E. **Memória e envelhecimento: aspectos neuropsicológicos e estratégias preventivas**. Departamento de Psicologia da Educação da Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2006. Disponível em: WWW.psicologia.com.pt. Acesso em 03 ago. de 2013.

SQUIRE L. R., KANDEL E.R., **Memória: da mente às moléculas**, ed. Porto Alegre. ARTMED. 2003.

VENTURA, M. de M., BOTTINO, C M. de C.; Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: NETTO, M. P.; **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, Atheneu, p.174-189, 2002.

VITIELLO, A. P. et al. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatórios de neurologia geral. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 65, n. 2A, p. 299-303, 2007.

WAGNER, G. L; BRADÃO, L; PARENTE, M. A. M. P. Disfunções cognitivas no declínio cognitivo leve. In: Parente MAMP e col. **Cognição e Envelhecimento**. 1ª Ed. Porto Alegre, Artmed, 2006.

YASSUDA, M. S. et al. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. **Psico: reflexão e crítica**, v. 19, n. 3, p. 470-481, 2006.