



**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto**  
**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

---

**Renata da Cunha**

**Avaliação do Estado Mental de Idosos Hospitalizados**

**São José do Rio Preto**  
**2019**

**Renata da Cunha**

**Avaliação do Estado Mental de Idosos  
Hospitalizados**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre. *Área de Concentração*: Processo do Trabalho em Saúde. *Linha de Pesquisa*: Processo do Cuidar nos Ciclos de Vida. *Grupo de Pesquisa*: Educação em Saúde (EDUS).

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

**São José do Rio Preto  
2019**

## Ficha Catalográfica

Cunha, Renata

Avaliação do estado mental de idosos hospitalizados/. Renata da Cunha.

São José do Rio Preto; 2019.

75p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Processo do Cuidar nos Ciclos de Vida. Grupo de Pesquisa: Educação em Saúde (EDUS).

Orientadora: Profa. Dra. Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

1. Avaliação; 2. Idoso; 3. Estado mental

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

---

Profa. Dra. Daniele Alcalá Pompeo  
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

---

Profa. Dra. Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller  
Universidade Paulista (UNIP) – Campus SJRP

---

Profa. Dra. Adriana Delloiagono de Paula  
Universidade Paulista (UNIP) – Campus SJRP

São José do Rio Preto, 18/02/2019.

## DEDICATÓRIA

*Dedico este Mestrado aos meus pais Renato e Marilena, por estarem sempre presentes em minha vida comemorando minhas vitórias, auxiliando nas minhas dificuldades e pelo amor, orientação e ensinamentos dedicados a mim.*

*Ao meu esposo Thyago, sempre disposto a me ajudar com companheirismo e dedicação me auxiliando e incentivando a prosseguir diante das dificuldades.*

*Aos meus irmãos Ricardo e Rodolfo e meus sobrinhos Eduardo e Valentina que são verdadeiros tesouros, responsáveis por tantos momentos de felicidade em minha vida.*



## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a Deus, pela dádiva da vida, pelas bênçãos diárias e por me sustentar até aqui.*

*À minha família, por ter a certeza do apoio, da compreensão, das mãos estendidas e do incentivo para buscar os meus sonhos, vocês me deram a força necessária para superar os obstáculos que surgiram em meu caminho.*

*Ao meu esposo Thyago, por sempre acreditar nos meus sonhos me incentivando a seguir em frente diante das dificuldades com seu amor, apoio e companheirismo.*

*À minha querida orientadora, Profa. Dra. Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro por contribuir no meu trabalho com paciência e determinação, ser um exemplo de profissional e pessoa, e saber transmitir paz, alegria e sabedoria a todos ao seu redor.*

*A todos os profissionais do Curso de Pós-Graduação da FAMERP, Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino e Juliana Candido, sempre dispostas a me ajudar dando o direcionamento necessário, além de todo carinho e atenção.*

*Às acadêmicas: Lara Lima Francisco, Mariana Prodóssimo Sant'Anna e Tainá Maria Cavassana pela disponibilidade e colaboração na coleta de dados.*

*Às instituições FAMERP e Hospital de Base de São José do Rio Preto, aos seus coordenadores e diretores, que permitiram a realização deste trabalho.*

*A todos os pacientes que contribuíram como participantes dessa pesquisa e confirmaram a importância da realização deste estudo.*

## EPÍGRAFE

*A grandeza de um homem não está no quanto ele sabe, mas no quanto ele tem consciência que não sabe.*

Augusto Cury



## SUMÁRIO

Dedicatória.....	<i>i</i>
Agradecimentos.....	<i>ii</i>
Epígrafe .....	<i>iii</i>
Lista de Figuras .....	<i>iv</i>
Lista de Tabelas e Quadros .....	<i>v</i>
Lista de Abreviaturas e Símbolos .....	<i>vi</i>
Resumo .....	<i>vii</i>
Abstract .....	<i>viii</i>
Resumem .....	<i>ix</i>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>01</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>04</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>07</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>09</b>
4.1 Tipo de estudo .....	10
4.2 Local do estudo .....	10
4.3 População e amostra .....	10
4.4 Instrumentos .....	11
4.5 Tratamento e análise dos dados.....	12
4.6 Aspectos éticos .....	13
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
6.1 Limitações do estudo .....	27
<b>7. CONCLUSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>34</b>
<b>10. APÊNDICES.....</b>	<b>41</b>
<b>11. MANUSCRITO.....</b>	<b>45</b>

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1.** Comparação da idade dos idosos em relação ao escore MEEM categorizado..... 22

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1.</b> Percentual das variáveis de caracterização amostral.....	15
<b>Tabela 2.</b> Percentuais da categorização do escore MEEM de acordo com a escolaridade....	18
<b>Tabela 3.</b> Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas.....	18
<b>Tabela 4.</b> Estatísticas descritivas entre os escores MEEM e as variáveis contínuas.....	21

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AVDs - ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

UTIs - UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS

CEP- COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DM – DIABETES MELLITUS

FAMERP- FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

HAS - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

MEEM - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

## RESUMO

Dentre as alterações e patologias que podem acometer pessoas idosas, estão a perda cognitiva e demência que são caracterizadas principalmente pela dificuldade de memória. Diante das alterações e agravos durante o processo de envelhecimento, há aumento da demanda dos serviços de saúde pela população idosa. A hospitalização de idosos, além de gerar elevado custo para o país, na maioria das vezes causa também consequências que provocam fragilização e aumentam a morbimortalidade. **Objetivos:** Caracterizar os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos dos idosos em enfermaria clínica e geriátrica do Sistema Único de Saúde (SUS) de um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo. Avaliar o estado mental dos idosos internados. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, de delineamento transversal, com 115 idosos que responderam o instrumento de caracterização sócio demográfica e clínica e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Realizada análise descritiva das variáveis de caracterização amostral e teste qui-quadrado para a associação entre os escores MEEM e as variáveis categorizadas. Utilizado teste de Mann-Whitney para a comparação dos escores MEEM com as variáveis contínuas e nível de significância 0,05 ou 5% para os testes, sendo utilizado o software Minitab 17 (Minitab Inc.) **Resultados:** Os resultados permitiram caracterizar os idosos internados em uma enfermaria clínica e geriátrica. Na sua maioria eram: homens, brancos, de procedência urbana, com companheiro, com um a quatro anos de escolaridade, aposentados sem ocupação, com renda da aposentadoria por tempo, vivem com familiar, possuem casa própria, praticam religião católica, não praticam atividade social, internados por problema pulmonar e hipertensos. Foi possível identificar que o declínio cognitivo teve correlação importante com idade e atividade social. **Conclusão:** É necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar com o intuito de realizar detecção precoce de prejuízo cognitivo nos idosos. A partir destas observações, intervenções importantes com ênfase na terapia ocupacional e fisioterapia são fundamentais na realização de medidas preventivas para a manutenção da função cognitiva dos idosos.

**Descritores:** Hospitalização; Idosos; Mental.

## ABSTRACT

Cognitive loss and dementia characterized mainly by memory difficulty are among the alterations and disorders that can affect elderly people. With the changes and aggravations during the aging process, there is an increase on the demand for health services by the elderly population. Elderlies' hospitalization in addition to a high burden for the country, frequently also causes consequences that impair their autonomy, quality of life, triggering embryogenesis weakness and increase morbimortality. **Objectives:** To characterize the sociodemographic, economic and clinical aspects of the elderlies in a clinical and geriatric ward of the Unified Health System (SUS) of a school hospital in the interior of São Paulo state. To evaluate the mental state of hospitalized elderlies. **Methods:** A descriptive, cross-sectional quantitative study carried out with 115 elderly individuals who answered the socio-demographic and clinical characterization tool and the Mini Mental State Examination (MMSE). Descriptive analysis of the variables of sample characterization and chi-square test were performed for the association between MMSE scores and categorized variables. Mann-Whitney test was used to compare MMSE scores with continuous variables and 0.05 or 5% significance level for the tests, using Minitab software (Minitab Inc.) **Results:** The results have allowed the characterization of the elderly hospitalized in a clinical and geriatric ward. The majority of them was: men, white, from urban origin, with a partner, with one to four years of schooling, retired without occupation, retirement income, living with family, a home of their own, Catholic religion practice, no practice of social activity, hospitalized due to pulmonary problems and hypertension. It was possible to identify that cognitive decline present an important correlation with age and social activity. **Conclusion:** The performance of a multidisciplinary team in the hospital environment is necessary to provide early detection of cognitive impairment on the elderly patients. From these observations, important interventions with emphasis on Occupational Therapy and Physiotherapy are fundamental on preventive measures for the maintenance of the cognitive function of the elderlies.

**Descriptors:** Hospitalization; Elderlies; Mental.

## RESUMÉN

Entre las alteraciones y patologías que pueden acometer personas ancianas, están la pérdida cognitiva y demencia que se caracterizan principalmente por la dificultad de memoria. Con las alteraciones y agravios en el proceso de envejecimiento, hay una demanda creciente de los servicios de salud por la población mayor. La hospitalización en los ancianos, además de generar un elevado costo para el país, la mayoría de las veces causa también consecuencias que comprometen su autonomía, calidad de vida, provocan fragilización y aumentan la morbimortalidad. **Objetivos:** Caracterizar los aspectos sociodemográficos, económicos y clínicos de los ancianos en enfermería clínica y geriátrica del Sistema Único de Salud (SUS) de un hospital escolar ubicado en el interior del estado de São Paulo. Evaluar el estado mental de los ancianos internados. **Métodos:** Investigación cuantitativa, del tipo exploratorio-descriptivo, de delineamiento transversal, con 115 ancianos que respondieron el instrumento de caracterización socio demográfica y clínica y el Mini Examen del Estado Mental (MEEM). Se realizó un análisis descriptivo de las variables de caracterización muestral y prueba qui-cuadrado para la asociación entre los scores MEEM y las variables categorizadas. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney para la comparación de las puntuaciones MEEM con las variables continuas y el nivel de significancia 0,05 o 5% para las pruebas, siendo utilizado el software Minitab 17 (Minitab Inc.) **Resultados:** Los resultados permiten caracterizar a los ancianos internados en una enfermería clínica y geriátrica en la mayoría como hombres, blancos, de procedencia urbana, con uno a cuatro años de estudio, jubilados sin ocupación, con ingresos de la jubilación por tiempo, familiar, poseen casa propia, practican religión católica, no practican actividad social, internados por problema pulmonar e hipertensos. Fue posible identificar que la declinación cognitiva tuvo una correlación importante con edad y actividad social. **Conclusión:** Es necesaria la actuación de un equipo multidisciplinario en el ámbito hospitalario con el objetivo de realizar detección precoz de perjuicio cognitivo en los ancianos. A partir de eso, intervenciones importantes con énfasis en la terapia ocupacional y fisioterapia son fundamentales en la realización de medidas preventivas para el mantenimiento de la función cognitiva de los ancianos.

**Descriptores:** Hospitalización; Los ancianos; Mental.

# ***INTRODUÇÃO***



## 1. INTRODUÇÃO

Com as transições demográfica e epidemiológica, surgem grandes desafios no cuidado à população idosa devido ao seu rápido crescimento. Esses desafios merecem atenção nos países em desenvolvimento, por seu envelhecimento populacional ser maior do que os desenvolvimentos econômico e social.<sup>1</sup>

Diante disso, verifica-se a importância de conhecer o sujeito idoso e o seu envelhecimento. Tanto a senescência quanto a senilidade são processos relacionados ao envelhecimento. A senescência é o processo natural da diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo sem causar problemas. Já a senilidade, está associada ao surgimento de patologias e/ou limitações que ocorrem ao longo da vida requerendo abordagem específica.<sup>2</sup>

Dentre as alterações e patologias que podem acometer pessoas idosas, estão a perda cognitiva e demência que são caracterizadas principalmente pela dificuldade de memória.<sup>3</sup> Assim como, pode ocorrer o declínio da capacidade funcional que se relaciona com o surgimento de patologias que afetam a funcionalidade dos idosos. A capacidade funcional é entendida como a habilidade do indivíduo em realizar suas ações e tarefas com autonomia.<sup>4</sup>

Além disso, é importante compreender a fragilidade adquirida com o envelhecimento. Multifatorial, a fragilidade está relacionada com perda de peso não intencional, exaustão avaliada por autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão palmar, baixo nível de atividade física e lentidão. Contudo, mais importante é assimilar a fragilidade e a alteração cognitiva, visto que o baixo funcionamento cognitivo é fator de risco para fragilidade e há maior risco de idosos com fragilidade apresentarem alteração cognitiva.<sup>5</sup>

Nesse contexto de alterações e agravos provocados no processo de envelhecimento, ocorre um aumento da demanda dos serviços de saúde pela população idosa. Dentre os serviços, a hospitalização nos idosos além de gerar elevado custo para o país, na maioria das

vezes causa também consequências que comprometem sua autonomia, qualidade de vida, provocam fragilização e aumentam a morbimortalidade.<sup>6</sup>

O ambiente hospitalar causa mudança do cotidiano dos idosos e exige novos hábitos devido à nova rotina. O rastreio cognitivo no ambiente hospitalar através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é importante para nortear qual campo funcional está mais acometido e promover um diagnóstico precoce de declínio cognitivo. Assim, possibilitando uma intervenção correta para diminuir a progressão dos sintomas.<sup>7</sup>

Visto que alterações provocadas no processo de envelhecimento como o declínio cognitivo interferem na autonomia dos idosos, verifica-se a importância de avaliar o seu estado mental garantindo-lhes melhor qualidade de vida. Neste sentido, esta pesquisa teve por objetivo avaliar o estado mental de idosos hospitalizados e conhecer o seu perfil sociodemográfico e clínico.

# ***REFERENCIAL TEÓRICO***

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

É possível observar que o declínio cognitivo está presente na população idosa e que pode dificultar na realização das atividades de vida diária (AVDs).<sup>8</sup> Vimos a importância de identificar prejuízo cognitivo nos idosos internados já que a manutenção da cognição é fundamental para manter a independência e autonomia nos idosos.<sup>9</sup>

Além dos prejuízos na autonomia dos idosos, o declínio cognitivo pode também causar outros problemas. Estudo que avaliou continência urinária nos idosos verificou que entre a população idosa incontinente o déficit cognitivo está entre um dos fatores de maior prevalência em ambos os sexos.<sup>10</sup>

Os estudos mostraram que há relação entre sintomas depressivos e estado cognitivo nos idosos, sendo que o déficit cognitivo é condição fundamental para concluir o estado depressivo bem como a relação inversa de depressão e prejuízos cognitivos.<sup>11,12</sup>

A escolha do cenário da pesquisa foi o hospital devido às alterações provocadas pelo envelhecimento muitas vezes resultarem em hospitalizações. A população idosa desenvolve doenças e incapacidades em maior proporção do que outras faixas etárias repercutindo em maior necessidade de assistência à saúde, número e duração de internações hospitalares.<sup>13</sup>

Consideramos importante pesquisar as características sócio-demográficas e clínicas dos idosos internados para compreender a possível relação desses fatores com o prejuízo cognitivo. Utilizamos questionário de caracterização sócio-demográfica e clínico elaborado pela pesquisadora. Em estudo realizado para identificar estratégias de enfrentamento de doenças por idosos hospitalizados, foram identificados tempo de internação, presença de doenças crônicas e degenerativas, além de características sócio-demográficas que foram fundamentais para compreensão do contexto e relacionar com os discursos da amostra estudada.<sup>14</sup>

A escolha de avaliar o estado mental dos idosos hospitalizados foi realizada visto que a presença de alterações patológicas nos idosos aumenta o número de doenças degenerativas. O envelhecimento populacional no Brasil ocorre de maneira rápida e progressiva mudando o perfil epidemiológico com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, exigindo cuidados contínuos e maiores custos. Com isso, há um impacto nos serviços de saúde exigindo adequação da assistência prestada para atender as necessidades dos idosos.<sup>15</sup>

Optamos por avaliar o estado mental através do instrumento MEEM. Além de avaliar o estado mental, é necessário identificar ações que influenciam na manutenção da cognição dos idosos. Estudo mostra a importância da reabilitação cognitiva no manejo das demências e prejuízo cognitivo. Um programa computadorizado de reabilitação cognitiva com vários programas de treinamento cognitivo impactou de maneira positiva na melhora da memória em pacientes com demência leve e prejuízo cognitivo. Sendo assim, é fundamental realizar uma identificação precoce de prejuízo cognitivo.<sup>16</sup>

## ***OBJETIVOS***

**3.OBJETIVOS:**

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos dos idosos internados em unidade clínica e geriátrica do Sistema Único de Saúde (SUS) de um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo.
- Avaliar o estado mental dos idosos internados.

# ***MÉTODO***



#### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, de delineamento transversal, realizada em um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo.

#### **4.2. LOCAL DE ESTUDO**

O referido hospital do estudo é um dos maiores e mais importantes complexos hospitalares do estado de São Paulo com 708 leitos de internação e unidades de terapia intensivas (UTIs) prontas para oferecer atendimento especializado. Considerado como centro de referência para a população local, cidades vizinhas e até outros estados, possuindo materiais de tecnologia de ponta para atendimento de seus pacientes.

Foi selecionada a unidade clínica e geriátrica pela característica de apresentar usualmente um maior número de idosos internados. A enfermaria escolhida para o estudo caracteriza-se por ser um setor aberto e fica localizada no quarto andar do hospital. Possui quarenta e três leitos e baixa rotatividade de pacientes, por serem idosos com demanda de tratamento prolongado pelas patologias e apresentarem mais complicações relacionadas à internação.

#### **4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Foram participantes desta pesquisa 115 idosos. Adotamos como critérios de inclusão ter 60 anos ou mais e responderem aos seguintes questionamentos: “Qual seu nome? Qual sua idade? Em que local você está?”. Os critérios de exclusão foram pacientes com precaução de contato e respiratória e pacientes sem condições de responder aos questionários, tais como, com patologias crônicas degenerativas

avançadas (doenças neurológicas e acidente vascular encefálico), que não respondem aos estímulos verbais.

O número amostral ( $n = 115$ ) foi determinado a partir da quantidade de idosos internados na enfermaria em um período de um ano. Para o cálculo do tamanho da amostra, algumas relações foram empregadas. Sendo  $N$  o tamanho da população,  $E_0$  o erro amostral tolerável,  $n_0$  a primeira aproximação do tamanho da amostra e  $n$  o tamanho da amostra, tem-se:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

Como temos o erro amostral tolerável de 5% ou 0,05, aplicando a equação (1),

$$\text{temos: } n_0 = \frac{1}{E_0^2} = \frac{1}{0,05^2} = 400$$

Sendo o  $N$  total de 1200 idosos no ano de 2017, aplicando a equação (2), temos:

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0} = \frac{1200 \times 400}{1200 + 400} = 300 \text{ idosos}$$

De acordo com o resultado do cálculo, o número amostral para o período de três meses é 75 idosos.

Os participantes foram selecionados por meio da amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, escolhidos de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado.

A coleta de dados, desenvolvida entre os meses de março a maio de 2018, foi realizada mediante um questionário elaborado pela pesquisadora. O questionário apresenta itens sobre características sociodemográficas, econômicas e clínicas quanto à idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, moradia, tempo de internação, motivo de internação e doenças de base. Após responder ao questionário, foi aplicado o instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação do estado mental.

Para a coleta de dados, adotou-se como procedimento a visita à enfermaria selecionada, realizando-se a apresentação pessoal dos entrevistadores, os quais

descreveram os objetivos da pesquisa e mediante aceitação do participante, aplicaram os instrumentos da coleta de dados.

Após aplicação dos questionários da pesquisa, foi utilizado o prontuário eletrônico nos casos em que o paciente não sabia responder alguma questão do instrumento de caracterização sócio-demográfica e clínica.

#### **4.4. INSTRUMENTOS**

O questionário (APÊNDICE I) foi de caracterização sócio-demográfica econômica e clínica da população estudada.

Trata-se de um importante instrumento de rastreio do comprometimento cognitivo. Utilizado como instrumento clínico para detectar perdas cognitivas, acompanhar evolução de doenças e monitoramento do tratamento. Também amplamente utilizado na linha de pesquisa para estudos epidemiológicos populacionais.<sup>17</sup>

É separado em três áreas, dentre elas, orientação temporal, orientação espacial e memória imediata. Trata-se de um instrumento traduzido, adequado e validado para a língua portuguesa, de fácil administração e compreensão.<sup>18</sup> Para este estudo adotaram-se os escores: analfabetos - 20; para idade de 1 a 4 anos - 25; de 5 a 8 anos - 26,5; de 9 a 11 anos - 28 e para pessoas com superior a 11 anos - 29 pontos.<sup>17</sup>

O questionário MEEM foi aplicado a cada sujeito participante do estudo pela pesquisadora e por três estudantes do quarto ano do curso de graduação em Enfermagem da FAMERP e da Liga de Geriatria. Os estudantes foram capacitados pela pesquisadora para aplicação dos questionários. A capacitação foi teórica e prática, por meio de aula expositiva e posterior aplicação do instrumento no local de estudo junto com a pesquisadora a fim de padronizar a forma de aplicação.

Os idosos participantes deste estudos foram informados do propósito da pesquisa e do caráter voluntário na participação da mesma, além de receber explicações para responder as questões do instrumento em forma de entrevista.

#### **4.5. TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS**

A aplicação do instrumento (ANEXO I) visou avaliar o estado mental dos participantes e relacionar a função cognitiva com as variáveis de estudo.

Foi realizada análise descritiva das variáveis de caracterização amostral. Utilizado o teste qui-quadrado para a associação entre os escores MEEM e as variáveis categorizadas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação dos escores MEEM com as variáveis contínuas.

Aplicado nível de significância 0,05 ou 5% para os testes, sendo utilizado o software Minitab 17 (Minitab Inc.)

#### **4.6. ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto foi antecipadamente julgado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, com parecer número 1.918.150 de 13 de fevereiro de 2017. Todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

# ***RESULTADOS***

## 5. RESULTADOS

A Tabela 1 mostra o percentual das variáveis de caracterização amostral dos idosos avaliados no estudo. Os dados foram obtidos após aplicação do questionário de caracterização sociodemográficas e clínicas, realizado através de entrevista.

**Tabela 1.** Percentual das variáveis de caracterização amostral.

Variáveis de caracterização amostral	Idosos	
	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	44	38,26
Masculino	71	61,74
<b>Cor</b>		
Branca	80	69,57
Negra	4	3,48
Parda	26	22,61
Outras	5	4,35
<b>Procedência</b>		
Rural	29	25,22
Urbana	86	74,78
<b>Situação civil</b>		
Com companheiro	59	51,30
Sem companheiro	56	48,70
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	17	14,78
1 a 4 anos	70	60,87
5 a 8 anos	14	12,17
Mais de 8 anos	14	12,17
<b>Situação ocupacional</b>		
Aposentado com outra ocupação	11	9,57
Aposentado sem outra ocupação	80	69,57
Trabalho fora do domicílio	9	7,83
Trabalhos domésticos	6	5,22
Sem ocupação	9	7,83
<b>Procedência da renda</b>		
Aposentadoria por doença	16	13,91
Aposentadoria por tempo	60	52,17
Auxílio doença	8	6,96
Pensão	14	12,17
Trabalho	13	11,30
Outros	4	3,48

**Tabela 1.** Percentual das variáveis de caracterização amostral (continuação).

Variáveis de caracterização amostral	Idosos	
	N	%
<b>Com quem vive</b>		
Instituições de longa permanência	2	1,74
Companheiro(a)	44	38,26
Familiar	51	44,35
Sozinho	18	15,65
<b>Moradia</b>		
Alugada	24	20,87
Financiada ou cedida	9	7,83
Própria	79	68,70
Outros	3	2,61
<b>Religião</b>		
Católica	84	73,04
Espírita	7	6,09
Evangélica	19	16,52
Nenhuma	2	1,74
Outra	3	2,61
<b>Pratica atividade social</b>		
Não	99	86,09
Sim	16	13,91
<b>Motivo da internação</b>		
Aparelho digestivo	33	28,70
Aparelho pulmonar	35	30,43
Cardiovascular	10	8,70
Renal	16	13,91
Outros	21	18,26
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</b>		
Não	40	34,78
Sim	75	65,22
<b>Diabetes Mellitus (DM)</b>		
Não	79	68,70
Sim	36	31,30
<b>Outra doença</b>		
Não	89	77,39
Sim	26	22,61
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

De acordo com os resultados da Tabela 1, a maioria dos idosos avaliados é do gênero masculino (71; 61,74%), brancos (80; 69,57%), de procedência urbana (86;

74,78%), com companheiro (59; 51,30%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (70; 60,87%), aposentados sem ocupação (80; 69,57%), com procedência da renda advinda da aposentadoria por tempo (60; 52,17%).

A maioria dos idosos vive com familiar (51; 44,35%), tem casa própria (70; 68,70%), é de religião católica (84; 73,04%), não pratica atividade social (99; 86,09%), apresentando como principais motivos de internação problemas no aparelho pulmonar (35; 30,43%) seguido do aparelho digestivo (33; 28,70%). A maioria dos idosos avaliados apresenta HAS (75; 65,22%), não apresenta DM (79; 68,70%) e não apresenta outro tipo de doença (89; 77,39%).

A idade média dos idosos foi de 70,93 anos com desvio padrão de 6,99 anos e mediana de 70,00 anos com coeficiente de variação de 9,86%. A idade mínima observada foi de 60,0 anos e a máxima de 91,0 anos. O tempo médio de internação foi de 7,56 dias com desvio padrão de 5,99 dias e mediana de 6,00 dias, com coeficiente de variação de 79,27%. O tempo mínimo de internação foi de um dia e o máximo foi de 30 dias.

O tempo de HAS e DM também foram avaliados no estudo. O tempo médio de HAS foi de 14,53 anos com desvio padrão de 10,30 anos e mediana de 12,00 anos com coeficiente de variação de 70,93%. O tempo mínimo foi de 0,0 anos e o máximo de 50,0 anos. O tempo médio de DM foi de 11,68 anos com desvio padrão de 9,21 anos e mediana de 9,00 anos com coeficiente de variação de 78,86%. O tempo mínimo de DM foi de 1,0 anos e o máximo foi de 41,0 anos.

O escore MEEM apresentou média de 23,01 pontos com desvio padrão de 5,35 pontos e mediana de 25,00 pontos. O coeficiente de variação do escore MEEM foi de 23,25%. O escore mínimo observado foi de 5,0 pontos e o máximo foi de 30,0 pontos. A Tabela 2 mostra os percentuais de categorização dos escores MEEM de acordo com a escolaridade dos idosos avaliados no estudo.



**Tabela 2.** Percentuais da categorização do escore MEEM de acordo com a escolaridade.

Escolaridade	Comprometido		Preservado	
	N	%	N	%
Sem escolaridade	14	82,35	3	17,65
1 a 4 anos	34	48,57	36	51,43
5 a 8 anos	6	42,86	8	57,14
Mais de 8 anos	8	57,14	6	42,86

A Tabela 3 mostra os resultados dos escores MEEM comparado com as variáveis categóricas de importância no estudo.

**Tabela 3.** Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas.

Variáveis categóricas	Comprometido		Preservado		Valor P <sup>1</sup>
	N	%	N	%	
<i>Gênero</i>					
Feminino	23	52,27	21	47,73	0,781
Masculino	39	54,93	32	45,07	
<i>Cor</i>					
Branca	43	53,75	37	46,25	0,381
Negra	2	50,00	2	50,00	
Parda	16	61,54	10	38,46	
Outras	1	20,00	4	80,00	
<i>Procedência</i>					
Rural	16	55,17	13	44,83	0,875
Urbana	46	53,49	40	46,51	
<i>Situação civil</i>					
Com companheiro	34	57,63	25	42,37	0,412
Sem companheiro	28	50,00	28	50,00	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a  $P < 0,05$ .

**Tabela 3.** Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas (continuação).

<i>Variáveis categóricas</i>	Comprometido		Preservado		Valor P <sup>1</sup>
	N	%	N	%	
<i>Situação ocupacional</i>					
Aposentado com ocupação	6	54,55	5	45,45	0,418
Aposentado sem ocupação	46	57,50	34	42,50	
Sem ocupação	3	33,33	6	66,67	
Trabalho fora do domicílio	3	33,33	6	66,67	
Trabalhos domésticos	4	66,67	2	33,33	
<i>Procedência da renda</i>					
Aposentadoria por doença	7	43,75	9	56,25	0,903
Aposentadoria por tempo	35	58,33	25	41,67	
Auxílio doença	4	50,00	4	50,00	
Pensão	8	57,14	6	42,86	
Trabalho	6	46,15	7	53,85	
Outras	2	50,00	2	50,00	
<i>Moradia</i>					
Alugada	13	54,17	11	45,83	0,154
Financiada ou cedida	3	33,33	6	66,67	
Própria	43	54,43	36	45,57	
Outras	3	100	0	0,00	
<i>Atividade social</i>					
Não	57	57,58	42	42,42	<b>0,049</b>
Sim	5	31,25	11	68,75	
<i>Motivo da internação</i>					
Aparelho digestivo	20	60,61	13	39,39	0,145
Aparelho pulmonar	21	60,00	14	40,00	
Cardiovascular	6	60,00	4	40,00	
Renal	9	56,25	7	43,75	
Outros	6	28,57	15	71,43	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a  $P < 0,05$ .

**Tabela 3.** Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas (continuação).

<i>Variáveis categóricas</i>	Comprometido		Preservado		Valor P <sup>1</sup>
	N	%	N	%	
<i>HAS</i>					
Não	20	50,00	20	50,00	0,539
Sim	42	56,00	33	44,00	
<i>DM</i>					
Não	40	50,63	39	49,37	0,294
Sim	22	61,11	14	38,89	
<i>Religião</i>					
Católica	45	53,57	39	46,43	0,090
Espírita	5	71,43	2	28,57	
Evangélica	10	52,63	9	47,37	
Outras	0	0,00	3	100	
Nenhuma	2	100	0	0,00	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a  $P < 0,05$ .

De acordo com os resultados da Tabela 3 é possível observar a presença de somente um caso de associação significativa entre os escores categorizados de MEEM e a ocorrência de atividade social ( $P=0,049$ ). Deste resultado foi possível pressupor que os idosos com atividade social apresentaram percentual significativamente superior de estado mental preservado quando comparado aos idosos que não apresentam atividade social. Este resultado, portanto, indica que a atividade social pode estar associada ao melhor estado mental dos idosos, sendo que quase 70 % dos que tem atividade social apresentaram estado mental preservado.

Para as demais variáveis, os escores MEEM não foram associados de forma significativa com nenhuma das variáveis avaliadas, já que os valores P foram superiores ao nível de significância adotado para o teste.

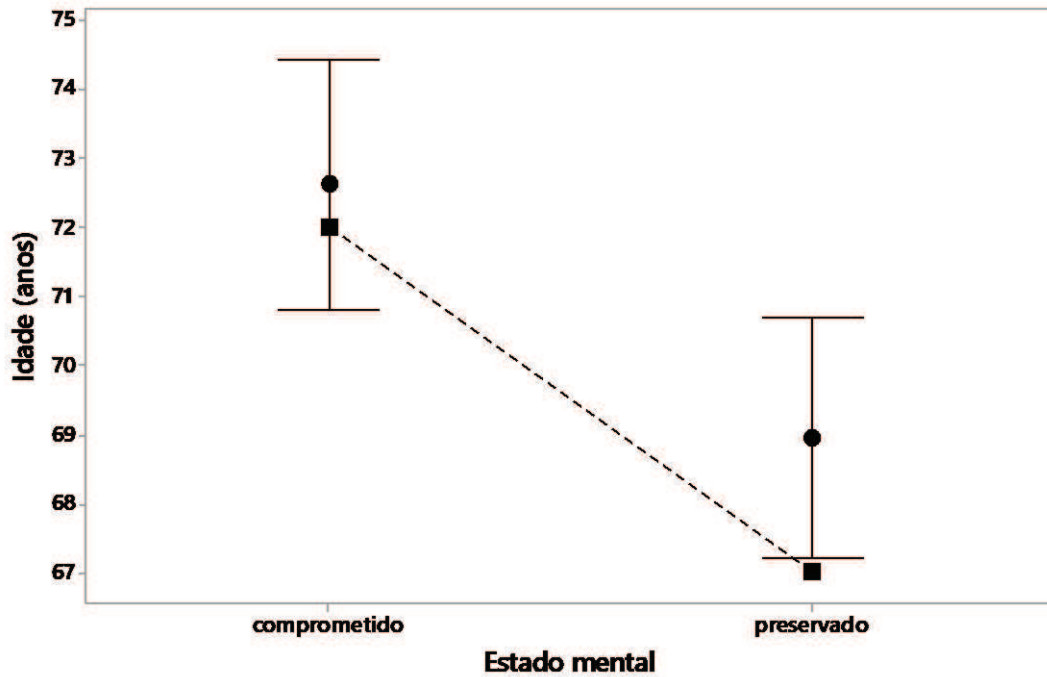
Uma segunda abordagem foi realizada a fim de observar possíveis diferenças entre os escores MEEM categorizados e as variáveis contínuas (Tabela 4).

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas entre os escores MEEM e as variáveis contínuas.

<i>Variáveis contínuas</i>	Estado mental	<i>N</i>	<i>Média±desvio padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valor P</i>
Idade (anos)	Comprometido	62	72,62±7,14	72,00	<b>0,005</b>
	Preservado	53	68,94±6,31	67,00	
Tempo de internação (dias)	Comprometido	62	7,00±5,31	6,00	0,370
	Preservado	53	8,22±6,69	6,00	
Tempo de HAS (anos)	Comprometido	42	15,96±11,69	10,00	0,383
	Preservado	33	12,70±8,03	12,00	
Tempo de DM (anos)	Comprometido	22	11,43±8,09	10,00	0,793
	Preservado	14	12,07±11,07	8,00	

Para os resultados da comparação dos escores MEEM categorizados com as variáveis contínuas, somente um caso apresentou diferenças significativas. A idade dos idosos foi uma variável que influenciou no estado mental dos idosos. Idosos com o estado mental comprometido apresentaram idade significativamente superior em relação aos idosos com estado mental preservado; ou seja, a idade mais avançada pode ser um fator de risco para o comprometimento do estado mental dos idosos (Figura 1). Para as variáveis tempo de internação, tempos de HAS e tempo de DM não houve diferenças significativas pela aplicação do teste estatísticos ( $P>0,05$ ), pressupondo que tais variáveis não influenciaram de forma significativa no estado mental dos idosos avaliados no estudo.

**Figura 1.** Comparação da idade dos idosos em relação ao escore MEEM categorizado.



As médias e as medianas da idade dos idosos estão caracterizadas pelos círculos e quadrados, respectivamente.

Através da análise do gráfico da Figura 1 é possível pressupor que os intervalos de confiança para a média não se sobrepõem e que as medianas estão significativamente distantes entre si, reiterando o fato de que idosos com estado mental comprometido são aqueles que apresentaram idade mais avançada.

# ***DISCUSSÃO***

## 6. DISCUSSÃO

Os resultados permitem caracterizar os idosos internados em uma enfermaria clínica e geriátrica na maioria como homens, brancos, de procedência urbana, com companheiro, com um a quatro anos de estudo, aposentados sem ocupação, com renda da aposentadoria por tempo, vivem com familiar, possuem casa própria, praticam religião católica, não praticam atividade social, internados por problema pulmonar e hipertensos.

Assim como no presente estudo, outras pesquisas que avaliaram idosos no contexto hospitalar tiveram predominância do sexo masculino.<sup>19,20</sup> A procura pelo serviço de saúde como medida preventiva é menor no público masculino e pode estar relacionada a diversos fatores como por exemplo, o pensamento de que o cuidado a saúde é uma prática feminina.<sup>21</sup> Contrastando com estudo em uma unidade estratégia saúde da família (ESF) com predominância de mulheres inseridas em grupos educativos no contexto da prevenção a saúde.<sup>22</sup> Como consequência, a população masculina tem predomínio da mortalidade por doenças crônicas e causas externas.<sup>23</sup>

Neste estudo a maioria dos idosos com o estado mental prejudicado foi de analfabetos e com oito ou mais anos de estudo. Outra pesquisa apresenta dados semelhantes quanto à escolaridade, com os maiores índices de sintomas sugestivos de demência nos analfabetos e idosos com nove ou mais anos de estudo. Além disso, os idosos que relataram cor da pele como sendo não branca e maior faixa etária apresentaram maior taxa de sintomas demencias.<sup>24</sup> Dados também semelhantes ao presente estudo, em que o estado mental prejudicado foi maior nos idosos que relataram cor da pele parda e com idade mais avançada.

Em estudo de revisão bibliográfica com idosos hospitalizados mostrou que idosos sem companheiro apresentam menor declínio cognitivo comparado aos idosos

com companheiro, contrariando o conceito de que a falta do companheiro pode contribuir para o aparecimento de quadro patológico desencadeando prejuízo cognitivo.<sup>7</sup> Estes dados foram semelhantes a presente pesquisa em que a maioria dos idosos com companheiro teve maior declínio cognitivo.

A idade dos idosos foi uma variável que influenciou no estado mental dos idosos. Idosos com o estado mental comprometido apresentaram idade significativamente superior em relação aos idosos com estado mental preservado. Encontramos na literatura estudo realizado em hospital para avaliar a vulnerabilidade dos idosos internados, em que a idade mais avançada relaciona-se com maior vulnerabilidade.<sup>15</sup> Podemos relacionar a idade avançada com condições piores de saúde com fatores que podem impactar na condição de vida dos idosos.

Os resultados indicam que os idosos com atividade social apresentaram percentual significativamente superior de estado mental preservado quando comparado aos idosos que não apresentam atividade social. Os idosos do presente estudo relataram praticar atividades na igreja, trabalho voluntário, dança e participar de um grupo de caminhada.

A interação social e atividades em grupo possibilitam melhora da autoestima e condição de vida. Para um envelhecimento saudável, é necessária a presença de atividades sociais além do cuidado físico e mental.<sup>25</sup>

A prática de trabalho voluntário é considerada importante para estimular o envelhecimento ativo. Estudo mostra que a maioria dos idosos que realizam trabalhos voluntários são mulheres, assim como praticantes de atividade física regular e conseqüentemente com maior qualidade de vida. O trabalho voluntário pode estar relacionado ao bem-estar psicológico e social promovendo maior satisfação para os idosos.<sup>26</sup>



A maioria dos idosos afirma praticar religião e apesar de não apresentar correlação significativa com a cognição dos idosos em outro estudo foi importante para a manutenção da saúde mental. Assim como o trabalho voluntário, a prática de religião determinou altos escores no domínio psicológico dos idosos sendo as atividades e papéis exercidos na comunidade fatores importantes para saúde mental destes. Por outro lado, o estudo não mostrou relação significativa da escolaridade com a proteção da saúde mental.<sup>26</sup> Dados semelhantes a presente pesquisa em que a maioria dos idosos com mais de oito anos de estudo apresentaram prejuízo cognitivo.

Estudo que compara dois grupos de idosos, um de frequentadores de grupo de convivência no mínimo uma vez por semana, e outro de idosos não frequentadores de grupos de convivência, mostrou resultados importantes nas habilidades sociais e autoestima de idosos.<sup>27</sup>

Conversação e desenvoltura social foram fatores mais desenvolvidos em idosos participantes de grupos de convivência, sendo as atividades desenvolvidas em grupo relevantes na manutenção da saúde física e mental. A partir da convivência é possível trocar experiências, aliviar tensões e auxiliar nas situações cotidianas, favorecendo melhora na condição de vida. Além disso, a presença de uma autoestima elevada foi observada nos idosos dos grupos de convivência.<sup>27</sup>

Os idosos apresentam maior capacidade de ter depressão, sendo as atividades em grupo importantes para promover melhor condição de envelhecimento. Além disso, estudo verificou que quase a totalidade de idosos participantes do grupo de atividade física não apresentou prejuízo cognitivo enfatizando a possível relação com participação em atividades recreativas, físicas e realização de atividades cognitivas.<sup>28</sup>

Estratégias de aprendizagem com diálogos que valorizam a troca de saberes como práticas de promoção à saúde são importantes para melhora do desempenho

cognitivo, reforçando a prática social como aspecto importante na manutenção da saúde mental dos idosos.<sup>9</sup>

### **6.1.LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Encontramos como limitações do estudo a falta de informações no prontuário eletrônico, que foi consultado nos casos em que o paciente não sabia responder alguma questão do instrumento de caracterização sócio-demográfica e clínica. Além disso, identificamos após a avaliação dos resultados a ausência de pergunta da prática de atividade física no questionário, que também é fator influenciador na manutenção da saúde física e mental dos idosos que encontramos em outros estudos. A aplicação do questionário devido a fatores do ambiente hospitalar ser dotado de rotinas como cuidados de enfermagem, exames e visitas médicas que podem dificultar e/ou interromperem a aplicação dos questionários. Além disso, a população de idosos internados apresentam maior vulnerabilidade e complicações como infecções e precaução de contato que podem impedir a participação na pesquisa.

# ***CONCLUSÃO***

## 7.CONCLUSÃO

Este estudo identificou que o declínio cognitivo teve correlação importante com a idade e atividade social. Com as demais variáveis estudadas, a correlação não foi significativa. Apesar das limitações do estudo, verificamos o impacto da velhice na condição de vida, visto que o fator de maior idade é proporcional ao prejuízo cognitivo mais acentuado. Além disso, o fator atividade social foi positivo para uma melhor cognição nos idosos reforçado por outros achados na literatura que confirmam a importância da interação social e atividades em grupo na saúde mental dos idosos.

Concluimos que a pesquisa de dados sociodemográficos e clínicos associados à avaliação do estado mental foi efetiva para identificação de fatores que podem influenciar no declínio cognitivo de idosos internados. É necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar com o intuito de se realizar uma detecção precoce em relação ao prejuízo cognitivo nos idosos. A partir desta observação, intervenções importantes com ênfase na Terapia Ocupacional e Fisioterapia são fundamentais na realização de medidas preventivas para a manutenção da função cognitiva dos idosos. Torna-se essencial que a equipe realize ações em conjunto visando cultivar o avanço na assistência à saúde podendo contribuir para promover um envelhecimento saudável.

## ***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Anjos KF, Boery RNSO, Santos VC, Boery EN, Rosa DOS. Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Rev enferm UFPE on line*. 01/03/2017; 11(3):1146-1155.
2. Saraiva LB, Santos SNSA, Oliveira FA, Moura DJM, Barbosa RGB, Almeida ANS. Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas. *J Health Sci*. 2017;19(4):262-267.
3. Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF *Rev Bras Enferm*. 2014 mar-abr; 67(2): 247-251.
4. Chaves RN, Lima PV, Valença TDC, Santana ES, Marinho MS, Reis LA. Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. *Cogitare Enferm*. 2017 Jan/mar; 22(1): 01-09.
5. Alencar MA, Oliveira AC, Figueiredo LC, Dias JMD, Dias RC. Prevalência e transição para a fragilidade em idosos com alteração cognitiva em uma coorte de um ano. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12(2):89-95.
6. Oliveira FMRL, Costa KNFMI, Pontes MLF, Batista PSS, Barbosa KTF, Fernandes MGM. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2018; 26:e15488.
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.
8. Castilho AR, Oliveira MR, Fabrin LF, Souza PEA, Silva RS, Silva RA. Influência do Estado Mental Cognitivo no Equilíbrio Postural de Idosos. *J Health Sci* 2018; 20 (3): 190-4.
9. 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 [Internet]*. 2018;71(2)854-863.
10. Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2018; 21(4): 409-419.
11. Foroni PM, Santos P.L. Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento: revisão sistemática de literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2012; 25(3):345-349.
12. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Bastistoni SST, et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico USF*. 2015; 20 (1): 109-120.

13. Veras, RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1): 231-238.
14. Ribeiro LCM, Luna VLR, Medeiros KT. Estratégias de Enfrentamento das Doenças por Idosas Hospitalizadas. *Psico-USF*. jul./set. 2018; 23(3): 473-482.
15. Freitas FAS, Santos ESS, Pereira LSM, Lustosa, LP. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. *Fisioter Pesqui*. 2017; 24(3):253-258.
16. Lee G, Bang H, Lee K, Kong H, Seo H, Oh M, Bang M. A comparison of the effects between 2 computerized cognitive training programs, Bettercog and COMCOG, on elderly patients with MCI and mild dementia: A single-blind randomized controlled study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(45):e13007.
17. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61 (3-B) 777-781.
18. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
19. Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Bertolin DC, Ribeiro RM, Oliveira MP, et al. Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos. *Rev enferm UFPE on line*. 2017. 11(12):4938-4945.
20. Lima DF, Barlem ELD, Santos SSC, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM, Mattos KM. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. *Rev Rene*. 2014 jul-ago; 15(4):578-584.
21. Santos RO, Ferreira LS, Carvalho FLO, Soares APG, Pereira RSF. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela estratégia de saúde da família sede II do município de Sítio do quinto/BA. *Revista de Saúde UniAGES*. Jun./dez. 2016; 1(1) 58-87.
22. Marandini BAN, Silva BT, Abreu DPG. Avaliação da capacidade funcional de idosos: atividade das equipes da Estratégia de Saúde da Família. *J. res.: fundam. care. online* 2017. out./nov. 9(4): 1087-109.
23. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):597-610.
24. Lini EV, Lima AP, Giacomazzi RB, Doring M, Portella MR. Prevalência e fatores associados aos sintomas sugestivos de demência em idosos. *Ciências & Cognição*. 30/12/2016; Vol 21(2): 189-197.
25. Braga IB, Braga EB, Oliveira MCA, Guedes JD. A Percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Id on Line Revista de Psicologia*, Abril de 2015; 9 (26): 211-222.

26. Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):665-71.
27. Ongaratto GL, Grazziotin JBDD, Scortegagna S.A. Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. *Psicologia em Pesquisa UFJF*. Julho-Dezembro de 2016; 10(2): 12-20.
28. Zappelini A, Andreis LA, Simas JPN, Gongora GZ, Rosário MJP, Parcias SR. Atividade física relacionada aos sintomas depressivos e estado cognitivo de idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*. setembro/dezembro 2017; 10( 3): 493-500.



***ANEXOS***

## ANEXO A. MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

**Orientação Temporal Espacial** – questão 1.a até 2.f pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

**Registros** – questão 3, pontuação máxima de 3 pontos.

**Atenção e cálculo** – Questão 4, pontuação máxima 5 pontos.

**Lembrança ou memória de evocação** – 5, pontuação máxima 3 pontos.

**Linguagem** – questão 6 até questão 11, pontuação máxima 9 pontos.

### Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: Analfabeto ( ) 0 à 3 anos ( ) 4 à 8 anos ( ) mais de 8 anos ( )

Avaliação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_.

### Orientação Temporal Espacial

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| 1.                          |   |
| Qual é o (a) Dia da semana? | 1 |
| Dia do mês?                 | 1 |
| Mês?                        | 1 |
| Ano?                        | 1 |
| Hora aproximada?            | 1 |
| 2.                          |   |
| Onde estamos?               |   |
| Local?                      | 1 |
| Instituição (casa, rua)?    | 1 |
| Bairro?                     | 1 |
| Cidade?                     | 1 |
| Estado?                     | 1 |

### Registros

3.  
Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3
- 3

palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.  
-Vaso, carro, tijolo

### Atenção e cálculo

4. Sete seriado ( $100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$ ).

Estabeleça um ponto para cada resposta correta.

Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.

\_\_\_\_\_ 5

### Lembranças (memória de evocação)

5. Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão

Estabeleça um ponto para cada resposta correta. \_\_\_\_\_ 3

### Linguagem

6. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta. \_\_\_\_\_ 2

7. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. \_\_\_\_\_ 1

8. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios.

“Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”.

\_\_\_\_\_ 3

9. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte:

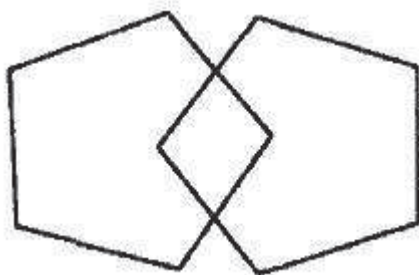
FECHE OS OLHOS. \_\_\_\_\_ 1

10. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). \_\_\_\_\_ 1

### (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)

11. Copie o desenho abaixo.

Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. \_\_\_\_\_ 1



**AVALIAÇÃO do escore obtido** TOTAL DE PONTOS OBTIDOS \_\_\_\_\_

**Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003)**

20 pontos para analfabetos

25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo

26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo

28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo

29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.

## ANEXO B. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



FACULDADE DE MEDICINA DE  
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-  
FAMERP - SP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Demência em pacientes idosos hospitalizados

**Pesquisador:** Renata da Cunha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63898217.8.1001.5415

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto- FAMERP - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.918.150

#### Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial da Saúde – OMS – estabelece como idoso o indivíduo com idade a partir de 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos em países desenvolvidos.<sup>1</sup> Com o aumento da expectativa de vida do século XXI houve conseqüente envelhecimento populacional no século seguinte, sendo esperado um número cada vez maior de pessoas com demência. <sup>2</sup> Em 2025 o Brasil contará com aproximadamente 27 milhões de idosos.<sup>3</sup> Sabe-se que o processo de envelhecimento provoca alterações fisiológicas no idoso com risco maior de comprometimento das funções orgânicas.<sup>4</sup> Além disso, a demência desencadeia um acometimento cognitivo e comportamental impactando na qualidade de vida do idoso.<sup>4A</sup> prevalência de doenças relacionadas ao envelhecimento crescem na mesma proporção da expectativa de vida.<sup>5</sup> A transição epidemiológica mostra um aumento da mortalidade por doenças crônicas.<sup>6</sup> Condições que podem acarretar prejuízo na autonomia dos idosos com necessidades de cuidados frequentes.<sup>7A</sup> população idosa comparece mais ao serviço de saúde, apresentam mais comorbidades, sendo a própria internação considerada causa de um declínio funcional. Estudo aponta maiores complicações associadas à

**Endereço:** BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416  
**Bairro:** VILA SAO PEDRO **CEP:** 15.090-000  
**UF:** SP **Município:** SAO JOSE DO RIO PRETO  
**Telefone:** (17)3201-5813 **Fax:** (17)3201-5813 **E-mail:** cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE  
SÃO JOSE DO RIO PRETO-  
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 1.918.150

internação em pacientes idosos comparadas com pacientes jovens.<sup>8</sup> Em idosos hospitalizados há uma taxa significativa de delirium, podendo aumentar durante a internação e no pós-operatório.<sup>9</sup> Além disso, a taxa de mortalidade neste quadro é tão impactante quanto às de infarto agudo do miocárdio e sepse.<sup>10,11</sup> Poucos profissionais da saúde reconhecem essa situação, sendo identificadas com maior facilidade em serviços com especialidades de Geriatria ou Psiquiatria.<sup>12,13</sup> O idoso apresenta alterações biológicas e sociais que aumentam a suscetibilidade de doenças, podendo levar à frequentes hospitalizações. De acordo com a Política Nacional do Idoso (2006), deve-se considerar a interação dos fatores físicos, psicológicos e sociais responsáveis por influenciar a saúde dos idosos, realizando um cuidado global, interdisciplinar e multidimensional considerando o ambiente no qual está inserido.

**Objetivo da Pesquisa:**

avaliar a presença de demência em pacientes idosos hospitalizados

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

riscos - mínimos como desconforto pela aplicação do questionário  
benefícios - contribuindo para possíveis intervenções futuras.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa atende aos critérios de pesquisa científica em seres humanos estabelecidos pela resolução 466/12

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto - adequado

Declaração - adequado

TCLE - adequado

**Recomendações:**

Projeto adequado às exigências de submissão ao CEP

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

Endereço: BRIGADEIRO FARIÁ LIMA, 5416  
Bairro: VILA SÃO PEDRO CEP: 15.090-000  
UF: SP Município: SÃO JOSE DO RIO PRETO  
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br



FACULDADE DE MEDICINA DE  
SÃO JOSE DO RIO PRETO-  
FAMERP - SP



Continuação do Parecer: 1.918.150

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_836982.pdf	19/01/2017 19:58:49		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	19/01/2017 19:58:17	Renata da Cunha	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	19/01/2017 19:52:15	Renata da Cunha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_RENATA2017.docx	17/01/2017 21:42:13	Renata da Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/01/2017 21:41:24	Renata da Cunha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO JOSE DO RIO PRETO, 13 de Fevereiro de 2017

Assinado por:  
GERARDO MARIA DE ARAUJO FILHO  
(Coordenador)

Endereço: BRIGADEIRO FARIA LIMA, 5416  
Bairro: VILA SAO PEDRO CEP: 15.090-000  
UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO  
Telefone: (17)3201-5813 Fax: (17)3201-5813 E-mail: cepfamerp@famerp.br

# ***APÊNDICE***



## APÊNDICE 01. TERMO DE CONSENTIMENTO - PÓS-INFORMADO

Eu,....., RG.....,  
Concordo em participar como voluntário(a) na pesquisa: **Avaliação do estado mental de idosos hospitalizados**, respondendo os questionários, sob a responsabilidade de participante. Declaro que fui satisfatoriamente informado sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa; que terei minha identidade preservada e autorizo a utilização dos dados em imprensa e eventos científicos; que poderei consultar os pesquisadores, em qualquer momento, para esclarecer dúvidas. Minha participação é voluntária e poderei desistir a qualquer momento, sem que seja penalizado por isto e não perderei benefícios que possuía antes de entrar na pesquisa. Em caso de qualquer dúvida poderei também contatar a orientadora responsável, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro pelo telefone (17) 32015716 ou ramal 5716, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, da FAMERP, pelo telefone (17) 32015813 ou ramal 5813.  
Assim, consinto em participar desse estudo.

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

Pesquisador: Renata da Cunha

## APÊNDICE 02. INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E CLÍNICOS

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_

**1) Gênero:** (1) Masculino (2) Feminino

**2) Cor:** (1) Branca (2) Negra  
(3) Amarela (4) Outro: \_\_\_\_\_

**3) Procedência:** Zona: (1) Urbana (2) Rural

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**4) Estado Civil:** (1) Solteiro (2) Casado (3) Amasiado  
(4) Viúvo (5) Divorciado (6) Outros:

**5) Escolaridade:**

(1) Analfabeto (2) 1 a 4 anos de estudo  
(3) 5 a 8 anos de estudo (4) > 8 anos

**6) Ocupação:**

(1) Aposentado com outra ocupação  
(2) Aposentado sem outra ocupação  
(3) Trabalhos domésticos  
(4) Trabalho fora do domicílio

**7) Procedência da Renda:**

(1) Trabalho (2) Aposentadoria por tempo  
(3) Aposentadoria por doença (4) Auxílio doença  
(5) Pensão (6) Doações  
(7) Ajuda familiares  
(8) Outros: \_\_\_\_\_

**8) Com quem vive:** (1) Sozinho (2) Esposa (3) família

(4) acompanhante particular (5) asilado (6) casa de outra pessoa

**9) Tipo de moradia:** (1) Própria (2) Financiada (3) Alugada (4) Cedida

(5) Alvenaria (6) Apartamento (7) Outros: \_\_\_\_\_

**10) Religião:** (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Budista (5) Outras

**11) Atividades sociais** Sim ( ) Não ( )

Quais? \_\_\_\_\_

**12) Unidade de internação** \_\_\_\_\_

**13) Motivo da internação** \_\_\_\_\_ **Tempo** \_\_\_\_\_

**14) Tem HAS?** ( )Sim ( ) Não. Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

**15) Tem DM?** ( )Sim ( ) Não. Quanto Tempo? \_\_\_\_\_

**16) Alguma outra doença crônica?** ( )Sim ( ) Não. Quanto tempo? \_\_\_\_\_

***MANUSCRITO***

## MANUSCRITO

### **Avaliação do Estado Mental de Idosos Hospitalizados\***

1. Renata da Cunha

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto,  
São Paulo, Brasil.

2. Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Helú M Ribeiro

#### **Autor para correspondência:**

Renata da Cunha

Avenida Romeu Strazzi, 1744, bloco I apto 13, São José do Rio Preto/SP, CEP:15085-  
520

E-mail: [renatadacunha16@gmail.com](mailto:renatadacunha16@gmail.com)



**REVISTA DA ESCOLA DE**  
**ENFERMAGEM**  
**DA USP**  
JOURNAL OF SCHOOL OF NURSING · UNIVERSITY OF SÃO PAULO

## Resumo

Dentre as alterações e patologias que podem acometer pessoas idosas, estão a perda cognitiva e demência que são caracterizadas principalmente pela dificuldade de memória. A hospitalização nos idosos, além de gerar elevado custo para o país, na maioria das vezes causa também consequências que comprometem sua autonomia, qualidade de vida, provocam fragilização e aumentam a morbimortalidade. **Objetivos:** Caracterizar os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos dos idosos em enfermaria clínica e geriátrica do Sistema Único de Saúde (SUS) de um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo. Avaliar o estado mental dos idosos internados. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, transversal, com 115 idosos que responderam o instrumento de caracterização sócio demográfica e clínica e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que trata-se de um instrumento traduzido, adequado e validado para a língua portuguesa, de fácil administração e compreensão. **Resultados:** A maioria dos idosos são homens, brancos, de procedência urbana, com companheiro, com um a quatro anos de estudo, aposentados sem ocupação, com renda da aposentadoria por tempo, vivem com familiar, possuem casa própria, praticam religião católica, não praticam atividade social, internados por problema pulmonar e hipertensos. Foi possível identificar que o declínio cognitivo teve correlação importante com idade e atividade social. Com as demais variáveis estudadas, a correlação não foi significativa. **Conclusão:** É necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar com o intuito de realizar detecção precoce de prejuízo cognitivo nos idosos. A partir disso, intervenções importantes com ênfase na terapia ocupacional e fisioterapia são fundamentais na realização de medidas preventivas para a manutenção da função cognitiva dos idosos. **Descritores:** Avaliação; Idosos; Hospitalizados; Estado mental.

\*Manuscrito extraído de dissertação. Avaliação do estado mental de idosos hospitalizados, 2019, FAMERP.

**Avaliação do estado mental de idosos hospitalizados \***

## Introdução

Com as transições demográfica e epidemiológica, surgem grandes desafios no cuidado à população idosa devido ao seu rápido crescimento. Esses desafios merecem atenção nos países em desenvolvimento, por seu envelhecimento populacional ser maior do que os desenvolvimentos econômico e social.<sup>1</sup>

Diante disso, verifica-se a importância de conhecer o sujeito idoso e o seu envelhecimento. Tanto a senescência quanto a senilidade são processos relacionados ao envelhecimento. A senescência é o processo natural da diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo sem causar problemas. Já a senilidade, está associada ao surgimento de patologias e/ou limitações que ocorrem ao longo da vida requerendo abordagem específica.<sup>2</sup>

Dentre as alterações e patologias que podem acometer pessoas idosas, estão a perda cognitiva e demência que são caracterizadas principalmente pela dificuldade de memória.<sup>3</sup> Assim como, pode ocorrer o declínio da capacidade funcional que se relaciona com o surgimento de patologias que afetam a funcionalidade dos idosos. A capacidade funcional é entendida como a habilidade do indivíduo em realizar suas ações e tarefas com autonomia.<sup>4</sup>

Além disso, é importante compreender a fragilidade adquirida com o envelhecimento. Multifatorial, a fragilidade está relacionada com perda de peso não intencional, exaustão avaliada por autorrelato de fadiga, diminuição da força de preensão palmar, baixo nível de atividade física e lentidão. Contudo, mais importante é assimilar a fragilidade e a alteração cognitiva, visto que o baixo funcionamento cognitivo é fator de risco para fragilidade e há maior risco de idosos com fragilidade apresentarem alteração cognitiva.<sup>5</sup>

Nesse contexto de alterações e agravos provocados no processo de envelhecimento, ocorre um aumento da demanda dos serviços de saúde pela população idosa. Dentre os serviços, a hospitalização nos idosos além de gerar elevado custo para o país, na maioria das vezes causa também consequências que comprometem sua autonomia, qualidade de vida, provocam fragilização e aumentam a morbimortalidade.<sup>6</sup>

O ambiente hospitalar causa mudança do cotidiano dos idosos e exige novos hábitos devido à nova rotina. O rastreio cognitivo no ambiente hospitalar através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é importante para nortear qual campo funcional está mais acometido e promover um diagnóstico precoce de declínio cognitivo. Assim, possibilitando uma intervenção correta para diminuir a progressão dos sintomas.<sup>7</sup>

Visto que alterações provocadas no processo de envelhecimento como o declínio cognitivo interferem na autonomia dos idosos, verifica-se a importância de avaliar o estado mental dos mesmos garantindo melhor qualidade de vida. Neste sentido, esta pesquisa teve por objetivo avaliar o estado mental de idosos hospitalizados e conhecer o perfil sociodemográfico e clínico destes.

## Método

Pesquisa quantitativa, do tipo exploratório-descritiva, de delineamento transversal, realizada em um hospital escola localizado no interior do estado de São Paulo.

O referido hospital do estudo funciona como centro de referência para a população local, cidades vizinhas e até outros estados, possuindo materiais de tecnologia de ponta para atendimento de seus pacientes.

Foi selecionada a enfermaria clínica e geriátrica pela característica de apresentar usualmente um maior número de idosos internados. A enfermaria escolhida para o estudo possui quarenta e três leitos e baixa rotatividade de pacientes, por serem idosos com demanda de tratamento prolongado pelas patologias e apresentarem mais complicações relacionadas à internação.

Foram sujeitos desta pesquisa 115 idosos. Como critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais e estar consciente e orientado com condições suficientes de entender e responder aos questionários. O número amostral ( $n = 115$ ) foi determinado a partir da quantidade de idosos internados na enfermaria em um período de um ano. Estudantes do quarto ano do curso de graduação em Enfermagem da FAMERP foram capacitados pela Liga de Geriatria para aplicação dos questionários.

Os sujeitos foram selecionados por meio da amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, escolhidos de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que o processo de coleta de dados foi implementado.

A coleta de dados, desenvolvida entre os meses de março a maio de 2018, foi realizada mediante um questionário elaborado pela pesquisadora. O questionário apresenta itens sobre características sociodemográficas, econômicas e clínicas quanto à idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, moradia, tempo de internação, motivo de internação e doenças de base. Após responder ao questionário, foi aplicado o instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação do estado mental.

Para a coleta de dados, adotou-se como procedimento a visita à enfermaria selecionada, realizando-se a apresentação pessoal dos entrevistadores, os quais descreveram os objetivos da pesquisa e mediante aceitação do participante, aplicaram os instrumentos da coleta de dados.

Após aplicação dos questionários da pesquisa, foi utilizado o prontuário eletrônico nos casos em que o paciente não sabia responder alguma questão do instrumento de caracterização sócio-demográfica e clínica.

O questionário (APÊNDICE I) foi de caracterização sócio-demográfica econômica e clínica da população estudada. A aplicação do instrumento (ANEXO I) visou avaliar o estado mental dos sujeitos e relacionar a função cognitiva com as variáveis de estudo.

Trata-se de um importante instrumento de rastreio do comprometimento cognitivo. Utilizado como instrumento clínico para detectar perdas cognitivas, acompanhar evolução de doenças e monitoramento do tratamento. Também amplamente utilizado na linha de pesquisa para estudos epidemiológicos populacionais.<sup>17</sup>



É separado em três áreas, dentre elas, orientação temporal, orientação espacial e memória imediata. Trata-se de um instrumento traduzido, adequado e validado para a língua portuguesa, de fácil administração e compreensão.<sup>18</sup> Para este estudo adotaram-se os escores: analfabetos - 20; para idade de 1 a 4 anos - 25; de 5 a 8 anos - 26,5; de 9 a 11 anos - 28 e para pessoas com superior a 11 anos - 29 pontos.<sup>17</sup>

O questionário MEEM foi aplicado a cada sujeito participante do estudo, no qual os mesmos foram informados do propósito da pesquisa e do caráter voluntário na participação da mesma, além de receber explicações para responder as questões do instrumento.

Foi realizada análise descritiva das variáveis de caracterização amostral. Utilizado o teste qui-quadrado para a associação entre os escores MEEM e as variáveis categorizadas. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação dos escores MEEM com as variáveis contínuas.

Aplicado nível de significância 0,05 ou 5% para os testes, sendo utilizado o software Minitab 17 (Minitab Inc.)

## Resultados

A Tabela 1 mostra o percentual das variáveis de caracterização amostral dos idosos avaliados no estudo.

**Tabela 1.** Percentual das variáveis de caracterização amostral.

Variáveis de caracterização amostral	Idosos	
	N	%
<b>Gênero</b>	115	100
Feminino	44	38,26
Masculino	71	61,74
<b>Cor</b>	115	100
Branca	80	69,57
Negra	4	3,48
Parda	26	22,61
Outras	5	4,35
<b>Procedência</b>	115	100
Rural	29	25,22
Urbana	86	74,78
<b>Situação civil</b>	115	100
Com companheiro	59	51,30
Sem companheiro	56	48,70
<b>Escolaridade</b>	115	100
Sem escolaridade	17	14,78
1 a 4 anos	70	60,87
5 a 8 anos	14	12,17
Mais de 8 anos	14	12,17
<b>Situação ocupacional</b>	115	100
Aposentado com outra ocupação	11	9,57
Aposentado sem outra ocupação	80	69,57
Trabalho fora do domicílio	9	7,83

Trabalhos domésticos	6	5,22
Sem ocupação	9	7,83
<b>Procedência da renda</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Aposentadoria por doença	16	13,91
Aposentadoria por tempo	60	52,17
Auxílio doença	8	6,96
Pensão	14	12,17
Trabalho	13	11,30
Outros	4	3,48

**Tabela 1.** Percentual das variáveis de caracterização amostral (continuação).

Variáveis de caracterização amostral	Idosos	
	N	%
<b>Com quem vive</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Asilo	2	1,74
Companheiro(a)	44	38,26
Familiar	51	44,35
Sozinho	18	15,65
<b>Moradia</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Alugada	24	20,87
Financiada ou cedida	9	7,83
Própria	79	68,70
Outros	3	2,61
<b>Religião</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Católica	84	73,04
Espírita	7	6,09
Evangélica	19	16,52
Nenhuma	2	1,74
Outra	3	2,61
<b>Pratica atividade social</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Não	99	86,09
Sim	16	13,91
<b>Motivo da internação</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Aparelho digestivo	33	28,70
Aparelho pulmonar	35	30,43
Cardiovascular	10	8,70
Renal	16	13,91
Outros	21	18,26
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Não	40	34,78
Sim	75	65,22
<b>Diabetes Mellitus (DM)</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Não	79	68,70
Sim	36	31,30
<b>Outra doença</b>	<b>115</b>	<b>100</b>
Não	89	77,39
Sim	26	22,61

De acordo com os resultados da Tabela 1, a maioria dos idosos avaliados é do gênero masculino (71; 61,74%), brancos (80; 69,57%), de procedência urbana (86; 74,78%), com companheiro (59; 51,30%), com escolaridade de 1 a 4 anos de estudo (70; 60,87%), aposentados sem ocupação (80; 69,57%), com procedência da renda advinda da aposentadoria por tempo (60; 52,17%).

A maioria dos idosos vive com familiar (51; 44,35%), tem casa própria (70; 68,70%), é de religião católica (84; 73,04%), não pratica atividade social (99; 86,09%), apresentando como principais motivos de internação problemas no aparelho pulmonar (35; 30,43%) seguido do aparelho digestivo (33; 28,70%). A maioria dos idosos avaliados apresenta HAS (75; 65,22%), não apresenta DM (79; 68,70%) e não apresenta outro tipo de doença (89; 77,39%).

A idade média dos idosos foi de 70,93 anos com desvio padrão de 6,99 anos e mediana de 70,00 anos com coeficiente de variação de 9,86%. A idade mínima observada foi de 60,0 anos e a máxima de 91,0 anos. O tempo médio de internação foi de 7,56 dias com desvio padrão de 5,99 dias e mediana de 6,00 dias, com coeficiente de variação de 79,27%. O tempo mínimo de internação foi de 1,0 dia e o máximo foi de 30,0 dias.

O tempo de HAS e DM também foram avaliados no estudo. O tempo médio de HAS foi de 14,53 anos com desvio padrão de 10,30 anos e mediana de 12,00 anos com coeficiente de variação de 70,93%. O tempo mínimo foi de 0,0 anos e o máximo de 50,0 anos. O tempo médio de DM foi de 11,68 anos com desvio padrão de 9,21 anos e mediana de 9,00 anos com coeficiente de variação de 78,86%. O tempo mínimo de DM foi de 1,0 anos e o máximo foi de 41,0 anos.

O escore MEEM apresentou média de 23,01 pontos com desvio padrão de 5,35 pontos e mediana de 25,00 pontos. O coeficiente de variação do escore MEEM foi de 23,25%. O escore mínimo observado foi de 5,0 pontos e o máximo foi de 30,0 pontos. A Tabela 2 mostra os percentuais de categorização dos escores MEEM de acordo com a escolaridade dos idosos avaliados no estudo.

**Tabela 2.** Percentuais da categorização do escore MEEM de acordo com a escolaridade.

Escolaridade	Comprometido		Preservado	
	N	%	N	%
Sem escolaridade	14	82,35	3	17,65
1 a 4 anos	34	48,57	36	51,43
5 a 8 anos	6	42,86	8	57,14
Mais de 8 anos	8	57,14	6	42,86

A Tabela 3 mostra os resultados dos escores MEEM comparado com as variáveis categóricas de importância no estudo.

**Tabela 3.** Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas.

Variáveis categóricas	Comprometido		Preservado		Valor P <sup>1</sup>
	N	%	N	%	
<i>Gênero</i>					
Feminino	23	52,27	21	47,73	0,781
Masculino	39	54,93	32	45,07	
<i>Cor</i>					
Branca	43	53,75	37	46,25	0,381
Negra	2	50,00	2	50,00	
Parda	16	61,54	10	38,46	
Outras	1	20,00	4	80,00	
<i>Procedência</i>					
Rural	16	55,17	13	44,83	0,875
Urbana	46	53,49	40	46,51	
<i>Situação civil</i>					
Com companheiro	34	57,63	25	42,37	0,412
Sem companheiro	28	50,00	28	50,00	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a  $P < 0,05$ .

**Tabela 3.** Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas (continuação).

<i>Variáveis categóricas</i>	Comprometido		Preservado		Valor P <sup>1</sup>
	N	%	N	%	
<i>Situação ocupacional</i>					
Aposentado com ocupação	6	54,55	5	45,45	
Aposentado sem ocupação	46	57,50	34	42,50	
Sem ocupação	3	33,33	6	66,67	0,418
Trabalho fora do domicílio	3	33,33	6	66,67	
Trabalhos domésticos	4	66,67	2	33,33	
<i>Procedência da renda</i>					
Aposentadoria por doença	7	43,75	9	56,25	
Aposentadoria por tempo	35	58,33	25	41,67	
Auxílio doença	4	50,00	4	50,00	0,903
Pensão	8	57,14	6	42,86	
Trabalho	6	46,15	7	53,85	
Outras	2	50,00	2	50,00	
<i>Moradia</i>					
Alugada	13	54,17	11	45,83	
Financiada ou cedida	3	33,33	6	66,67	0,154
Própria	43	54,43	36	45,57	
Outras	3	100	0	0,00	
<i>Atividade social</i>					
Não	57	57,58	42	42,42	0,049
Sim	5	31,25	11	68,75	
<i>Motivo da internação</i>					
Aparelho digestivo	20	60,61	13	39,39	
Aparelho pulmonar	21	60,00	14	40,00	
Cardiovascular	6	60,00	4	40,00	0,145
Renal	9	56,25	7	43,75	
Outros	6	28,57	15	71,43	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a P<0,05.

**Tabela 3.** Percentuais dos escores MEEM categorizados em relação às variáveis categóricas (continuação).

<i>Variáveis categóricas</i>	Comprometido		Preservado		Valor P <sup>1</sup>
	N	%	N	%	
<i>HAS</i>					
Não	20	50,00	20	50,00	0,539
Sim	42	56,00	33	44,00	
<i>DM</i>					
Não	40	50,63	39	49,37	0,294
Sim	22	61,11	14	38,89	
<i>Religião</i>					
Católica	45	53,57	39	46,43	0,090
Espírita	5	71,43	2	28,57	
Evangélica	10	52,63	9	47,37	
Outras	0	0,00	3	100	
Nenhuma	2	100	0	0,00	

<sup>1</sup>Valor P referente ao teste qui-quadrado a  $P < 0,05$ .

De acordo com os resultados da Tabela 3 é possível observar a presença de somente um caso de associação significativa entre os escores categorizados de MEEM e a ocorrência de atividade social ( $P=0,049$ ). Deste resultado foi possível pressupor que os idosos com atividade social apresentaram percentual significativamente superior de estado mental preservado quando comparado aos idosos que não apresentam atividade social. Este resultado, portanto, indica que a atividade social pode estar associada ao melhor estado mental dos idosos, sendo que quase 70 % dos que tem atividade social apresentaram estado mental preservado.

Para as demais variáveis, os escores MEEM não foram associados de forma significativa com nenhuma das variáveis avaliadas, já que os valores P foram superiores ao nível de significância adotado para o teste.

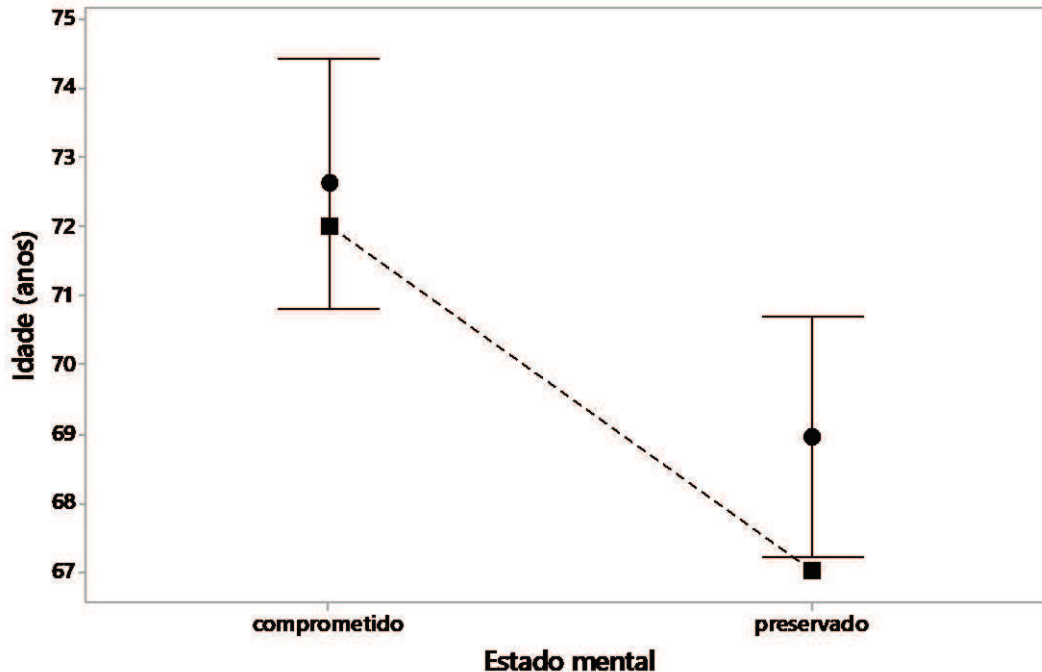
Uma segunda abordagem foi realizada a fim de observar possíveis diferenças entre os escores MEEM categorizados e as variáveis contínuas (Tabela 4).

**Tabela 4.** Estatísticas descritivas entre os escores MEEM e as variáveis contínuas.

<i>Variáveis contínuas</i>	Estado mental	<i>N</i>	<i>Média±desvio padrão</i>	<i>Mediana</i>	<i>Valor P</i>
Idade (anos)	Comprometido	62	72,62±7,14	72,00	<b>0,005</b>
	Preservado	53	68,94±6,31	67,00	
Tempo de internação (dias)	Comprometido	62	7,00±5,31	6,00	0,370
	Preservado	53	8,22±6,69	6,00	
Tempo de HAS (anos)	Comprometido	42	15,96±11,69	10,00	0,383
	Preservado	33	12,70±8,03	12,00	
Tempo de DM (anos)	Comprometido	22	11,43±8,09	10,00	0,793
	Preservado	14	12,07±11,07	8,00	

Para os resultados da comparação dos escores MEEM categorizados com as variáveis contínuas, somente um caso apresentou diferenças significativas. A idade dos idosos foi uma variável que influenciou no estado mental dos idosos. Idosos com o estado mental comprometido apresentaram idade significativamente superior em relação aos idosos com estado mental preservado; ou seja, a idade mais avançada pode ser um fator de risco para o comprometimento do estado mental dos idosos (Figura 1). Para as variáveis tempo de internação, tempos de HAS e tempo de DM não houve diferenças significativas pela aplicação do teste estatísticos ( $P>0,05$ ), pressupondo que tais variáveis não influenciaram de forma significativa no estado mental dos idosos avaliados no estudo.

**Figura 1.** Comparação da idade dos idosos em relação ao escore MEEM categorizado.



As médias e as medianas da idade dos idosos estão caracterizadas pelos círculos e quadrados, respectivamente.

Através da análise do gráfico da Figura 1 é possível pressupor que os intervalos de confiança para a média não se sobrepõem e que as medianas estão significativamente distantes entre si, reiterando o fato de que idosos com estado mental comprometido são aqueles que apresentaram idade mais avançada.

## Discussão

Os resultados permitem caracterizar os idosos internados em uma enfermaria clínica e geriátrica na maioria como homens, brancos, de procedência urbana, com companheiro, com um a quatro anos de estudo, aposentados sem ocupação, com renda da aposentadoria por tempo, vivem com familiar, possuem casa própria, praticam religião católica, não praticam atividade social, internados por problema pulmonar e hipertensos.

Assim como no presente estudo, outras pesquisas que avaliaram idosos no contexto hospitalar tiveram predominância do sexo masculino.<sup>8,9</sup> A procura pelo serviço de saúde como medida preventiva é menor no público masculino e pode estar relacionada a diversos fatores como por exemplo, o pensamento de que o cuidado a saúde é uma prática feminina.<sup>10</sup> Contrastando com estudo em uma unidade básica de saúde da família (UBSF) com predominância de mulheres inseridas em grupos educativos no contexto da prevenção a saúde.<sup>11</sup> Como consequência, a população masculina tem predomínio da mortalidade por doenças crônicas e causas externas.<sup>12</sup>

Neste estudo a maioria dos idosos com o estado mental prejudicado é analfabetos e com oito ou mais anos de estudo. Outra pesquisa apresenta dados semelhantes quanto à escolaridade, com os maiores índices de sintomas sugestivos de



demência nos analfabetos e idosos com nove ou mais anos de estudo. Além disso, os idosos que relataram cor da pele como sendo não branca e maior faixa etária apresentaram maior taxa de sintomas demências.<sup>13</sup> Dados também semelhantes ao presente estudo, em que o estado mental prejudicado foi maior nos idosos que relataram cor da pele parda e com idade mais avançada.

Em estudo de revisão bibliográfica com idosos hospitalizados mostrou que idosos sem companheiro apresentam menor declínio cognitivo comparado aos idosos com companheiro, contrariando o conceito de que a falta do companheiro pode contribuir para o aparecimento de quadro patológico desencadeando prejuízo cognitivo.<sup>7</sup> Estes dados foram semelhantes a presente pesquisa em que a maioria dos idosos com companheiro teve maior declínio cognitivo.

A idade dos idosos foi uma variável que influenciou no estado mental dos idosos. Idosos com o estado mental comprometido apresentaram idade significativamente superior em relação aos idosos com estado mental preservado. Encontramos na literatura estudo realizado em hospital para avaliar a vulnerabilidade dos idosos internados, em que a idade mais avançada relaciona-se com maior vulnerabilidade.<sup>14</sup> Podemos relacionar a idade avançada com condições piores de saúde com fatores que podem impactar na qualidade de vida dos idosos.

Os resultados indicam que os idosos com atividade social apresentaram percentual significativamente superior de estado mental preservado quando comparado aos idosos que não apresentam atividade social. Os idosos do presente estudo relataram praticar atividades na igreja, trabalho voluntário, dança e participar de um grupo de caminhada.

A interação social e atividades em grupo possibilitam melhora da autoestima e qualidade de vida. Para um envelhecimento saudável, é necessária a presença de atividades sociais além do cuidado físico e mental.<sup>15</sup>

A prática de trabalho voluntário é considerada importante para estimular o envelhecimento ativo. Estudo mostra que a maioria dos idosos que realizam trabalhos voluntários são mulheres, assim como praticantes de atividade física regular e conseqüentemente com maior qualidade de vida. O trabalho voluntário pode estar relacionado ao bem-estar psicológico e social promovendo maior satisfação para os idosos.<sup>16</sup>

A maioria dos idosos afirma praticar religião e apesar de não apresentar correlação significativa com a cognição dos idosos em outro estudo foi importante para a manutenção da saúde mental. Assim como o trabalho voluntário, a prática de religião determinou altos escores no domínio psicológico dos idosos sendo as atividades e papéis exercidos na comunidade fatores importantes para saúde mental destes. Por outro lado, o estudo não mostrou relação significativa da escolaridade com a proteção da saúde mental.<sup>16</sup> Dados semelhantes a presente pesquisa em que a maioria dos idosos com mais de oito anos de estudo apresentaram prejuízo cognitivo.

Estudo que compara dois grupos de idosos, um de frequentadores de grupo de convivência no mínimo uma vez por semana, e outro de idosos não frequentadores de grupos de convivência, mostrou resultados importantes nas habilidades sociais e autoestima de idosos.<sup>17</sup>

Conversação e desenvoltura social foram fatores mais desenvolvidos em idosos participantes de grupos de convivência, sendo as atividades desenvolvidas em grupo relevantes na manutenção da saúde física e mental. A partir da convivência é possível trocar experiências, aliviar tensões e auxiliar nas situações cotidianas, favorecendo melhora na qualidade de vida. Além disso, a presença de uma autoestima elevada foi observada nos idosos dos grupos de convivência.<sup>17</sup>

Os idosos apresentam maior capacidade de ter depressão, sendo as atividades em grupo importantes para melhorar a qualidade de vida e promover melhor condição de envelhecimento. Além disso, estudo verificou que quase a totalidade de idosos participantes do grupo de atividade física não apresentou prejuízo cognitivo enfatizando a possível relação com participação em atividades recreativas, físicas e realização de atividades cognitivas.<sup>18</sup>

Estratégias de aprendizagem com diálogos que valorizam a troca de saberes como práticas de promoção à saúde são importantes para melhora do desempenho cognitivo, reforçando a prática social como aspecto importante na manutenção da saúde mental dos idosos.<sup>9</sup>

Encontramos como limitações do estudo a falta de informações no prontuário eletrônico, que foi consultado nos casos em que o paciente não sabia responder alguma questão do instrumento de caracterização sócio-demográfica e clínica. Além disso, identificamos após a avaliação dos resultados a ausência de pergunta da prática de atividade física no questionário, que também é fator influenciador na manutenção da saúde física e mental dos idosos que encontramos em outros estudos. A aplicação do questionário devido a fatores do ambiente hospitalar ser dotado de rotinas como cuidados de enfermagem, exames e visitas médicas que podem dificultar e/ou interromperem a aplicação dos questionários. Além disso, a população de idosos internados apresentam maior vulnerabilidade e complicações como infecções e precaução de contato que podem impedir a participação na pesquisa.

Como fatores facilitadores do estudo, a colaboração dos funcionários do setor que nos direcionaram para o melhor horário para entrevistar os idosos de acordo com a rotina de enfermagem. Os familiares e acompanhantes que estimularam os idosos a participarem da pesquisa. Aplicação dos questionários serem feitas pelos entrevistadores, já que os idosos podem apresentar mais dificuldade em responder sozinhos.

## **Conclusão**

Nosso estudo identificou que o declínio cognitivo teve correlação importante com idade e atividade social. Com as demais variáveis estudadas, a correlação não foi significativa. Apesar das limitações do estudo, verificamos o impacto da velhice na qualidade de vida visto que o fator de maior idade é proporcional ao prejuízo cognitivo mais acentuado. Além disso, o fator atividade social foi positivo para uma melhor cognição nos idosos reforçado por outros achados na literatura que confirmam a importância da interação social e atividades em grupo na saúde mental dos idosos.

Concluimos que a pesquisa de dados sociodemográficos e clínicos associados à avaliação do estado mental foi efetiva para identificação de fatores que podem influenciar no declínio cognitivo de idosos internados. É necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar no âmbito hospitalar com o intuito de realizar detecção precoce de prejuízo cognitivo nos idosos. A partir disso, intervenções importantes com ênfase na terapia ocupacional e fisioterapia são fundamentais na realização de medidas preventivas para a manutenção da função cognitiva dos idosos. Torna-se essencial que a equipe realize ações em conjunto visando cultivar o avanço na assistência à saúde com objetivo de melhoria da qualidade de vida.

## Referências Bibliográficas

1. Anjos KF, Boery RNSO, Santos VC, Boery EN, Rosa DOS. Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Rev enferm UFPE on line*. 01/03/2017; 11(3):1146-1155.
2. Saraiva LB, Santos SNSA, Oliveira FA, Moura DJM, Barbosa RGB, Almeida ANS. Avaliação Geriátrica Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas. *J Health Sci*. 2017;19(4):262-267.
3. Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF *Rev Bras Enferm*. 2014 mar-abr; 67(2): 247-251.
4. Chaves RN, Lima PV, Valença TDC, Santana ES, Marinho MS, Reis LA. Perda cognitiva e dependência funcional em idosos longevos residentes em instituições de longa permanência. *Cogitare Enferm*. 2017 Jan/mar; 22(1): 01-09.
5. Alencar MA, Oliveira AC, Figueiredo LC, Dias JMD, Dias RC. Prevalência e transição para a fragilidade em idosos com alteração cognitiva em uma coorte de um ano. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12(2):89-95.
6. Oliveira FMRL, Costa KNFMI, Pontes MLF, Batista PSS, Barbosa KTF, Fernandes MGM. Fatores de risco associados à hospitalização em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2018; 26:e15488.
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.
8. Rodrigues CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Bertolin DC, Ribeiro RM, Oliveira MP, et al. Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos. *Rev enferm UFPE on line*. 2017. 11(12):4938-4945.
9. Lima DF, Barlem ELD, Santos SSC, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM, Mattos KM. Avaliação dos fatores que dificultam a alimentação de idosos hospitalizados. *Rev Rene*. 2014 jul-ago; 15(4):578-584.
10. Santos RO, Ferreira LS, Carvalho FLO, Soares APG, Pereira RSF. Fatores que influenciam a baixa adesão masculina ao atendimento prestado pela estratégia de saúde da família sede II do município de Sítio do quinto/BA. *Revista de Saúde UniAGES*. Jun./dez. 2016; 1(1) 58-87.
11. Marandini BAN, Silva BT, Abreu DPG. Avaliação da capacidade funcional de idosos: atividade das equipes da Estratégia de Saúde da Família. *J. res.: fundam. care*. online 2017. out./nov. 9(4): 1087-109.
12. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(58):597-610.

13. Lini EV, Lima AP, Giacomazzi RB, Doring M, Portella MR. Prevalência e fatores associados aos sintomas sugestivos de demência em idosos. *Ciências & Cognição*. 30/12/2016; Vol 21(2): 189-197.
14. 15. Freitas FAS, Santos ESS, Pereira LSM, Lustosa, LP. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. *Fisioter Pesqui*. 2017; 24(3):253-258.
15. Braga IB, Braga EB, Oliveira MCA, Guedes JD. A Percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Id on Line Revista de Psicologia*, Abril de 2015; 9 (26): 211-222.
16. Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(3):665-71.
17. Ongaratto GL, Grazziotin JBDD, Scortegagna S.A. Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. *Psicologia em Pesquisa UFJF*. Julho-Dezembro de 2016; 10(2): 12-20.
18. Zappellini A, Andreis LA, Simas JPN, Gongora GZ, Rosário MJP, Parcias SR. Atividade física relacionada aos sintomas depressivos e estado cognitivo de idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*. setembro/dezembro 2017; 10( 3): 493-500.