



Perfil clínico-cognitivo de idosos atendidos no Hospital Geral de Areias,
Recife, Pernambuco

*Clinical-cognitive profile of the elderly seen at Hospital Geral de Areias,
Recife, Pernambuco, Brazil*

Karla Cybele Vieira de OLIVEIRA¹
Alcidézio Luiz Sales de BARROS²
Gleicy Fátima Medeiros de SOUZA³

RESUMO

Objetivo

Este estudo objetivou traçar o perfil clínico e o comprometimento cognitivo de idosos.

Métodos

Foi utilizado o mini-exame do Estado Mental e do Escore Clínico de Demência em 48 idosos de ambos os sexos, entre sessenta e noventa anos de idade, pertencentes ao Programa de Atenção ao Idoso do Hospital Geral de Areias, Recife, Pernambuco, no período de abril a agosto de 2006.

Resultados

A população do estudo compôs-se predominantemente de indivíduos do sexo feminino (85,4%) entre 70 e 79 anos de idade (56,2%), com nenhuma escolaridade

¹ Fisioterapeuta. Recife, PE, Brasil.

² Universidade Católica de Pernambuco, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Recife, PE, Brasil.

³ Universidade de Pernambuco, Faculdade de Odontologia. Av. General Newton Cavalcanti, 1650, Tabatinga, 54753-220, Camaragibe, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: G.F.M. SOUZA. E-mail: <agfamily@hotmail.com.br>.

(14,6%) ou escolaridade inferior a quatro anos de estudo (62,5%). A hipertensão arterial (81,2%) foi a morbidade mais freqüente, entretanto verificou-se baixa casuística de diabetes (20,8%), cardiopatias (8,3%) e hipotireoidismo (8,3%). Os hábitos de tabagismo (18,8%) e etilismo (8,3%) exibiram baixa ocorrência no grupo, constatando-se, ainda, ausência de história familiar e pessoal de doença de Alzheimer ou síndrome de Down. Houve traumatismo craniano em 2,1% do grupo e acidente vascular cerebral em 6,2%.

Conclusão

A análise do declínio cognitivo constatou correlação entre o desempenho no Mini-Exame do Estado Mental e o grau de escolaridade, sendo que idosos com menos anos de escolaridade exibiram resultado significativamente inferior ($p < 0,001$); entretanto, não foi possível constatar esta correlação com o Escore Clínico de Demência. Os resultados obtidos sugerem que o Mini-Exame do Estado Mental é mais sensível, pois pode captar informações significativas relativas ao desempenho das funções cognitivas.

Termos de indexação: Cognição. Epidemiologia. Idoso. Memória.

ABSTRACT

Objective

The objective of this study was to determine the clinical profile and cognitive impairment of a group of elderly.

Methods

The mini Mental State Examination and the Clinical Dementia Rating were used in 48 elderly patients, of both genders, aging from 60 to 90 years, who participate in the Program of Care for the Elderly of the Hospital Geral de Areias, Recife, Pernambuco, from April to August 2006.

Results

The studied population consisted mostly of females (85.4%) aging from 70 to 79 years (56.2%) with no formal education (14.6%) or less than 4 years of formal education (62.5%). Hypertension (81.2%) was the most common morbidity; however the occurrences of diabetes (20.8%), Cardiopathies (8.3%) and hypothyroidism (8.3%) were low. Smoking (18.8%) and alcoholism (8.3%) rates were also low, and there were no family or personal histories of Alzheimer or Down syndrome. Head injury was found in 2,1% of the group and stroke in 6,2%.

Conclusion

Analysis of cognitive impairment revealed a correlation between performance in the mini Mental State Examination and the amount of formal education received: elderly with less formal education achieved a significantly lower score ($p < 0.001$). However, this same correlation was not found with the Clinical Dementia Rating. The results obtained suggest that the mini Mental State Examination is more sensitive since it can capture significant information regarding the performance of cognitive functions.

Indexing terms: *Cognition. Epidemiology. Aged. Memory*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem repercutido no aumento das taxas de prevalência de diversas morbidades,

principalmente, depressivas e demenciais. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos¹⁻³.

No Brasil, o número de indivíduos acima de sessenta anos de idade passou de três milhões, em 1960, para sete milhões em 1975 e 14 milhões em 2002, um aumento de 500,0% em quarenta anos, e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho⁴. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, a população de idosos representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas, significando 8,6% da população brasileira. As mulheres são maioria, 8,9 milhões (62,4%), e têm, em média, 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo⁶⁻⁹.

O envelhecimento traz alterações físicas, sociais, cognitivas e comportamentais, que afetam diretamente a posição social e o papel desempenhado pelo indivíduo, qualificando-o ou desqualificando-o para seu exercício, ou interferindo diretamente nas suas condições de autonomia e independência, especialmente nas atividades que exigem atenção, concentração, rapidez e raciocínio indutivo¹⁰.

Segundo Takada et al.¹¹, os déficits relacionados ao envelhecimento são caracterizados pela perda da funcionalidade, sendo a motora a mais descrita, porém a diminuição nos mecanismos de defesa natural e de adaptação ao ambiente, além de perda da reserva funcional, estende-se a esferas cognitivas, como a linguagem. Fatores ambientais não são determinantes para estas perdas, porém contribuem e influenciam o seu agravamento. Do mesmo modo, doenças freqüentes no envelhecimento, ou comorbidades, também exibem influência nestes processos, inclusive agravando as alterações fisiológicas^{12,13}.

O diagnóstico de comprometimento cognitivo é tarefa complexa e, ainda, não bem sistematizada na população de idosos. Os quadros leves de comprometimento cognitivo são freqüentes, passando muitas vezes despercebidos, havendo uma necessidade de distinguir entre manifestações iniciais de doença e modificações associadas ao processo de envelhecimento. A noção de que o declínio

intelectual seja um aspecto inevitável do processo de envelhecimento tem sido aceita até hoje¹⁴.

Em idosos, pode ser difícil julgar o grau de interferência com o trabalho e a vida social devido a deficiências cognitivas, critério necessário para a classificação de um sujeito como demenciado. Além disso, a multicomorbidade é comum na idade avançada e pode interferir no desempenho cognitivo durante o exame^{15,14}. As demências podem ser divididas em dois grandes grupos: degenerativas, especialmente a doença de Alzheimer, e as não-degenerativas, tais como as secundárias ao Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e ao Acidente Vascular Cerebral (AVC). Os fatores de risco conhecidos para a demência são: idade avançada, história de demência na família, sexo feminino e histórico familiar de síndrome de Down^{16,17}.

Os critérios de McKhan et al.¹⁷ e do *National Institute for Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCD ADRDA) estabelecem que o diagnóstico de demência deve ser instituído por exame clínico, documentado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), *Clinical Dementia Rating* (CDR) ou *Escore Clínico de Demência*, ou exames similares, e confirmado por avaliação neuropsicológica, possibilitando a constatação de déficit progressivo de memória e de pelo menos uma outra função cognitiva. Destacam, ainda, que estes critérios possibilitam o diagnóstico de doenças concomitantes, tais como bronquite crônica, hipertensão arterial, diabetes ou, ainda, de demência secundária ao hipotireoidismo, TCE, AVC, *Diabetes Mellitus*, Ataque Isquêmico Transitório (AIT) e síndrome de Down.

O MEEM é composto por diversas questões, as quais objetivam avaliar funções cognitivas específicas, tais como: orientação temporal, espacial, capacidade de linguagem, memória, recordação, atenção, cálculo e construção visual. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de trinta pontos. A escala é simples de ser aplicada e é facilmente ministrada em cinco a dez minutos, inclusive por profissionais não médicos¹⁸.

Tombaugh & McIntyre¹⁹ observaram que o exame tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, possui vários pontos de corte e limite aceitável, baseando-se no grau de escolaridade, sendo 13 pontos para analfabeto, 18 pontos para o portador de ensino médio e 26 pontos para indivíduos com ensino superior; valores inferiores aos citados caracterizariam o comprometimento de funções cognitivas específicas. No Brasil, o MEEM foi introduzido por Bertolucci et al.²⁰, que observaram que o escore total do MEEM dependia do nível educacional, propondo a utilização de pontos de cortes diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de “declínio cognitivo”²¹⁻²⁴.

Outra escala amplamente utilizada para avaliar a gravidade do quadro demencial é o CDR, que objetiva avaliar o nível de comprometimento da memória, orientação, juízo e resolução de problemas, assuntos comunitários, atividades domésticas, de lazer e cuidado pessoal, exibindo grau de confiabilidade inter-examinador de 0,74, de acordo com o teste Kappa²⁵. O CDR é eminentemente descritivo, e cada uma das categorias pode ser graduada em cinco níveis distintos: (0) saudável, (0,5) questionável, (1) leve, (2) moderado e (3) grave²⁶⁻²⁸.

O diagnóstico precoce das demências possibilita a intervenção terapêutica nas suas fases iniciais, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz o risco de acidentes, prolonga a autonomia e, talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo de demência²⁹.

Este estudo teve como finalidade avaliar o perfil clínico e o comprometimento cognitivo, a partir da aplicação do MEEM e CDR aos idosos pertencentes ao Programa de Atenção ao Idoso (PAI) do Hospital Geral de Areias - Recife (PE).

MÉTODOS

A população do estudo constituiu-se de 48 idosos entre sessenta e noventa anos de idade pertencentes ao Programa de Atenção ao Idoso (PAI) do Hospital Geral de Areias, Recife (PE), no período de abril a agosto de 2006. A pesquisa obedeceu às

orientações da Resolução 196/96 da Comissão Nacional da Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco sob parecer 032/2006 de 17/4/2006.

Utilizou-se uma ficha padrão, na qual foram notificadas informações clínicas referentes à idade, gênero, tempo de escolaridade (em ano de estudo concluído), ocupação atual, zona de residência (urbana ou rural), hábitos de etilismo e tabagismo, doenças concomitantes (hipertensão, diabetes, cardiopatias, hipotireoidismo), antecedentes pessoais e familiares de AVC, TCE, síndrome de Down e doença de Alzheimer, bem como os resultados do MEEM e CDR.

Os exames MEEM e CDR foram aplicados e avaliados em cada paciente, cujos critérios de inclusão para a participação na pesquisa foram a realização dos exames laboratoriais preconizados no PAI: hemograma completo; concentrações séricas de uréia; creatinina; tiroxina livre; hormônio tireoestimulante; albumina; enzimas hepáticas: Transaminase Glutâmico-Oxaloacética, Transaminase Glutâmica Pirúvica, Gama-GT; vitamina B₁₂ e cálcio; Tomografia Computadorizada e/ou Ressonância Magnética, conforme recomendado por McKhann et al.¹⁷ e Nitrini et al.²⁹. O objetivo da realização destes exames consiste na exclusão de qualquer outro transtorno do Sistema Nervoso Central.

Os resultados obtidos foram agrupados em tabelas e submetidos à análise estatística, na qual os dados quantitativos foram resumidos por meio das medidas usuais de locação (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo), com freqüências absolutas e relativas. A avaliação comparativa entre as médias dos dados quantitativos de dois grupos utilizou o teste “t” de Student e, para analisar a correlação dos mesmos com a escolaridade e o gênero, foi empregado o coeficiente de correlação de *Pearson*, sendo adotado para todos os testes o nível de significância de 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram, dentre os 48 idosos avaliados, uma distribuição de 13 casos

entre 60 e 69 anos de idade (27,1%), 27 entre 70 e 79 (56,2%) e de oito casos acima de 80 anos de idade (16,7%). Entre os sexos, o feminino exibiu 85,4% dos casos e o masculino, 14,6%. Quanto ao tempo de escolaridade, constatou-se que 14,6% (sete casos) não tinham escolaridade alguma e que 85,4% apresentavam escolarização - respectivamente, trinta idosos (62,5%) com quatro anos de estudo concluído ou menos, e 11 idosos (22,9%) com mais de quatro anos de estudo. De acordo com os dados notificados, verificou-se a ocorrência de história pessoal de AVC em três casos (6,2%), de TCE em um (2,1%) e a ausência desses relatos em 44 (91,7%) destes. Por sua vez, foi observado em 6,2% (três casos) dos avaliados histórico familiar tanto de síndrome de Down como de doença de Alzheimer, e a ausência desses relatos em 42 casos (87,6%). Não houve correlação estatisticamente significativa entre MEEM e idade ($r=0,139$; $p=0,348$), nem entre o CDR e idade ($r=0,253$; $p=0,083$).

O envelhecimento populacional tem aumentado nos últimos anos e, com isto, a ocorrência de doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais, em conseqüência da crescente expectativa de vida dos cidadãos, apresentando importantes repercussões no campo socioeconômico, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, sendo a ocorrência de doenças, incapacidades e dependência mais freqüente entre os idosos de baixa renda, os quais não conseguem garantir assistência social e de saúde. O sistema de saúde, porém, não tem conseguido adaptar-se à nova realidade; logo, faz-se necessário conhecer o perfil da população idosa, permitindo, dessa forma, o estabelecimento de estratégias e diretrizes que colaborem no combate e prevenção a estas morbidades¹⁻³.

Conforme os dados obtidos neste estudo, observa-se no grupo avaliado que 56,2% dos casos correspondem à faixa etária entre 70 e 79 anos, 85,4% ao sexo feminino e que 62,5% apresentavam escolaridade básica (menos de quatro anos de estudo) ou nenhuma (14,6%). Resultados semelhantes foram encontrados por Coelho &

Ramos⁶ e Camarano⁷ em estudos com idosos, nos quais constataram predomínio do sexo feminino (66,0%). A preponderância do sexo feminino na população estudada reflete não só o maior percentual de mulheres na terceira idade, como também a maior procura pelos serviços de saúde por parte destas. Estes resultados denotam uma maior longevidade em relação aos homens, fenômeno que tem sido atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho; à menor prevalência de tabagismo e uso de álcool; a diferenças de atitude em relação a doenças e incapacidades; e, por último, à maior cobertura da assistência gineco-obstétrica⁶⁻⁹.

Em estudo desenvolvido por Feliciano et al.⁹ com idosos de baixa renda no Estado de São Paulo, constatou-se um elevado número de analfabetos (56,3%). A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida. O amplo acesso aos meios de alfabetização, além de uma questão de cidadania, poderia propiciar maior receptividade, por parte dos idosos, aos programas de educação em saúde, e também alguma proteção contra as disfunções cognitivas que os afetam com freqüência. Este estudo diferenciou-se do de Feliciano et al.⁹, neste aspecto, pois 85,4% dos idosos possuíam algum grau de escolarização e apenas 14,6% não possuíam escolaridade.

Gómez Viera et al.⁸, avaliando 286 indivíduos acima dos 65 anos de idade, verificou prevalência do sexo feminino (70,3%) na faixa etária entre 85 e 89 anos (33,3%), sendo o nível educacional básico observado em 66,6% dos casos. O hábito de fumar (29,6%) e a hipertensão arterial (25,9%) foram os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares detectadas (Tabela 1), achados que corroboram os deste trabalho com relação ao sexo e nível educacional. Porém, a distribuição de doenças e hábitos dos participantes, verificada na Tabela 1, não constatou hábitos de tabagismo e etilismo na maioria da população estudada, respectivamente, em 81,2% e 91,7%, sendo a hipertensão (81,2%) a alteração mais notificada.

Tabela 1. Distribuição da ocorrência de doenças e hábitos entre os idosos avaliados. Hospital Geral de Areias, Recife (PE), abril a agosto de 2006.

Doenças e hábitos	Idosos	
	n	%
Hipertensão		
Sim	39	81,2
Não	9	18,8
Diabetes		
Sim	10	20,8
Não	38	79,2
Cardiopatia		
Sim	4	8,3
Não	44	91,7
Hipotireoidismo		
Sim	4	8,3
Não	44	91,7
Tabagismo		
Sim	9	18,8
Não	39	81,2
Alcoolismo		
Sim	4	8,3
Não	44	91,7

Em geral, a população de idosos apresenta alta prevalência de doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial, contribuindo para a diminuição da sobrevivência dessa população. Estudos têm constatado a associação entre fatores de risco cardiovascular, como a hipertensão arterial, e distúrbios do desempenho cognitivo^{8,13}.

Doenças freqüentes no envelhecimento, ou comorbidades, exibem influência nas perdas da funcionalidade motora, nos mecanismos de defesa natural e nos mecanismos cognitivos. Os transtornos cognitivos e/ou demenciais encontrados em idosos podem estar associados ao hipotireoidismo, TCE, AVC, Diabetes *Mellitus*, AIT e síndrome de Down, considerando-se como risco para o desenvolvimento de estados demenciais a idade avançada, história de demência familiar, especialmente do tipo doença de Alzheimer, sexo feminino e histórico familiar de síndrome de Down^{12,14,16-18}.

Constatou-se nos resultados deste trabalho, demonstrados na Tabela 1, a ausência ou baixa prevalência, na maior parte dos casos, de diabetes (20,8%), cardiopatias (8,3%) e hipotireoidismo (8,3%); de histórico familiar de doença de Alzheimer ou síndrome de Down em 87,6% dos casos; e história pessoal de TCE ou AVC em 91,7%. Esses resultados apontam, na população estudada, poucos indícios de risco para o desenvolvimento de perdas cognitivas, discordando dos autores supracitados quanto à correlação entre envelhecimento populacional, morbidades e transtornos demenciais.

O diagnóstico precoce das perdas de memória permite intervenção em estágios iniciais; dessa forma, prolonga a autonomia e evita ou retarda o início do processo demencial²⁹. Os distúrbios do desempenho cognitivo podem ser constatados a partir do MEEM e CDR, sendo que este último tem a capacidade de integrar aspectos cognitivos e comportamentais e permite inferir o quanto eles interferem nas atividades de vida diária. Por sua vez, o MEEM pode ser utilizado como instrumento clínico na detecção de perdas cognitivas, sofrendo influência da escolaridade, sugerindo-se que sujeitos com escores inferiores ao ponto de corte correspondente à sua faixa etária sejam submetidos a uma avaliação neuropsicológica mais detalhada^{19,27}.

Argimon & Stein²³ aplicaram o MEEM em idosos normais e observaram que, ao correlacionar o desempenho no exame com o grau de escolaridade, os idosos com menos anos de escolaridade obtiveram um resultado significativamente inferior, quando comparados com os portadores de maior escolaridade. Estes achados permitiram constatar que os idosos com mais tempo de escolaridade conservam melhor suas funções cognitivas²¹, corroborando significativamente com os dados encontrados neste estudo (Tabela 2), no qual se verificou correlação estatisticamente significativa entre as médias do MEEM e a escolaridade no grupo de participantes ($p < 0,001$).

Conforme Ávila²², o treino de memória promove a melhora da memória explícita e se estende para habilidades funcionais. Idosos sem

atividade podem perder algumas de suas capacidades intelectuais, portanto, estímulos com exercícios são importantes a fim de proteger o intelecto, e preservam um nível elevado de funções cognitivas²². Estas constatações são compatíveis aos achados desta pesquisa, quanto ao desempenho no MEEM inferior dos idosos que tinham nenhum ou menos de quatro anos de estudo, quando comparados aos com mais de quatro anos de estudo concluído (Tabela 2), sugerindo que o estímulo ao desenvolvimento intelectual contribui para a melhoria das capacidades mentais. De acordo, ainda, com esses resultados, o fato de o indivíduo ter ou não o ensino médio ou superior não influenciou os escores do MEEM, portanto, isso discorda dos escores determinados por Tombaugh & McIntyre¹⁹. Talvez o fato capaz de influenciar estes escores seja a escolarização e a manutenção das funções intelectuais.

Almeida¹⁸ realizou uma análise de covariância dos resultados do MEEM de acordo com o nível educacional, levando em consideração a idade dos pacientes, que revelou que tanto a idade como a educação exercem efeitos significativos sobre os escores do MEEM. Segundo Argimon & Stein²³, os idosos com menos anos de escolaridade exibem

resultados significativamente inferiores no MEEM (Tabela 2). Estes autores verificaram, também, diferenças no nível de alfabetização entre os sexos que repercutem no desempenho do MEEM e refletem a organização social do começo do século, que dificultava o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. Entretanto, na Tabela 2 observa-se predomínio do sexo feminino apresentando algum grau de escolaridade e melhores escores médios no MEEM, apesar de este dado não ser estatisticamente significativo; do mesmo modo, não houve correlação entre os achados do MEEM e a idade.

Montaño & Ramos²⁵ observaram que as vantagens da aplicação do CDR parecem ser a capacidade de integrar aspectos cognitivos e comportamentais e o quanto eles interferem nas atividades de vida diária. Por outro lado, Maia et al.²⁸, em seus estudos, não observaram influência do grau de escolaridade entre idosos normais e entre os portadores de demência classificados nas diferentes categorias da escala CDR, sugerindo menor impacto da escolaridade sobre este instrumento, resultados esses compatíveis com os deste estudo (Tabela 3), não sendo verificada correlação estatística entre os valores do CDR e a escolaridade, idade ou gênero.

Tabela 2. Resultados do MEEM dos idosos quanto à escolaridade e gênero. Hospital Geral de Areias, Recife (PE), abril a agosto de 2006.

Idosos	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor p
Escolaridade							
Sem	7	17,9	3,1	13	19,0	21	< 0,001
Com	41	23,1	3,3	16	23,0	30	
Sexo							
Masculino	7	21,1	4,5	13	21,0	25	0,361
Feminino	41	22,6	3,6	14	23,0	30	

MEEM: Mini-exame do estado mental.

Tabela 3. Resultados do CDR dos idosos quanto à escolaridade e gênero. Hospital Geral de Areias, Recife (PE), abril a agosto de 2006.

Idosos	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	Valor p
Escolaridade							
Sem	7	1,8	1,6	0	1,0	5,0	0,158
Com	41	1,1	1,0	0	1,0	4,0	
Sexo							
Masculino	7	0,7	0,5	0	0,5	1,5	0,210
Feminino	41	1,3	1,2	0	1,0	5,0	

CDR: escore clínico de demência.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstram na população estudada uma maior taxa de mulheres na terceira idade, mais longevas em relação aos homens e com menor prevalência de doenças, exceto a hipertensão arterial, tabagismo e uso de álcool, como também uma maior procura pelos serviços de saúde por parte destas. Estes resultados sugerem, possivelmente, diferenças de atitude em relação à saúde-doença que contribuem para uma menor exposição a determinados fatores de risco e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de morbidades encontradas com freqüência na população idosa. Outro fator que colabora para este comportamento estaria associado à escolaridade constatada na maioria população estudada, na qual 85,4% exibiu algum grau de escolaridade. Tal fato indica acesso aos meios de alfabetização e, extensivamente, propicia maior receptividade e integração aos programas de educação em saúde, promovendo conhecimento e compreensão sobre os aspectos de prevenção e manutenção da mesma, bem como alguma proteção contra as disfunções cognitivas que os afetam com freqüência.

A análise do declínio cognitivo nos idosos da amostra, por meio do MEEM e do CDR, constatou correlação entre o desempenho no MEEM e o grau de escolaridade, não sendo observada correlação entre sexo ou idade, nem entre estas variáveis e o CDR. Os resultados obtidos sugerem que o MEEM é mais sensível, podendo captar informações significativas relativas ao desempenho das funções cognitivas. Por outro lado, em decorrência da subjetividade de algumas avaliações feitas no CDR, devido à capacidade de integrar aspectos cognitivos e comportamentais e ao quanto eles interferem nas atividades da vida diária, este exame não traduziria com sensibilidade e eficácia adequada o declínio e, conseqüentemente, a perda das funções cognitivas.

REFERÊNCIAS

1. Leite VMM. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do programa universidade aberta à terceira idade (Unati/Ufpe) [dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Ageu Magalhães; 2002.
2. Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Netto MP. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002. p.383-93.
3. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. Cad Saúde Pública. 2007; 23(3):691-700.
4. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):700-1.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. jul 2002 [acesso em 24 mar. 2007]. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>
6. Coelho JMF, Ramos IR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito. Rev Saúde Pública. 1999; 33(5):445-53.
7. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, PY I, Nery AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.58-71.
8. Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Molina Iglesias MTG, Yáñez Fernández B, González SA. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cuba Med. 2003; 42(1):12-7.
9. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1575-85.
10. Garcia FHA, Mansur LL. Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável. Acta Fisiatria. 2006; 13(2):87-9.
11. Takada LT, Caramelli P, Fichman HC, Porto CS, Bahia VS, Anghinah R, et al. Comparação entre dois testes de recordação tardia para o diagnóstico de demência. Arq Neuropsiquiatr. 2006; 64(1):35-40.
12. Ribeiro JLP. Psicologia e saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 1998.
13. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto EPIDOSO, São Paulo. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3):793-8. Engelhardt E, Laks J, Rozenhal M, Marinho VM. Idosos institucionalizados: rastreamento cognitivo. Rev Psiquiatr Clín. 1998; 25(2):74-9.

14. Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Viitanen M, Grafström M, Holmen, K. Prevalence of Alzheimer disease and other dementias in an elderly urban population: relationship with age, sex, and education. *Neurology*. 1991; 41(12):1886-92.
15. Pausa SL, Franch JV. Demência: chaves diagnósticas. São Paulo: Ap Americana de Publicações; 2001.
16. Vale FAC. Diagnóstico diferencial das demências I: demências degenerativas vs. outras demências (ou demências secundárias). *Alzheimer Hoje*. 2005; 5(2):13-8.
17. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the nincds-adrda work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology*. 1984; 34(7):939-44.
18. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3-b):605-12.
19. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatrics Society*. 1992; 40(9):922-35.
20. 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.
21. Wilson BA. Reabilitação das deficiências cognitivas In: Nitrini R, Caramelli P, Mansur II. *Neuropsicologia das bases anatômicas à reabilitação*. São Paulo: Clínica Neurológica HCFM- USP; 1996. p.314-43.
22. Ávila R. Resultados da reabilitação neuropsicológica em pacientes com doença de Alzheimer leve. *Rev Psiquiatr Clín*. 2003; 30(4):139-46.
23. Argimon ILL, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):64-72.
24. Burke WJ, Miller JP, Rubin E, Morris JC, Cohen LA, Durckek J, et al. Reliability of the Washington University clinical dementia rating (CDR). *Arch Neurol*. 1988; 45(1):31-2.
25. Montañó MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da clinical dementia rating. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(6):912-7.
26. Almeida OP. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. *Rev Psiquiatr Clín [periódico online]* mar/abr 1999/2006 [acesso em 12 nov. 2006]; 26(2). Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo\(78\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r262/artigo(78).htm)
27. Maia ALG, Godinho C, Ferreira ED, Almeida V, Schuh A, Kaye J, et al. Aplicação da versão brasileira da escala de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating - CDR) em amostras de pacientes com demência. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006; 64(2-B):485-9.
28. Charchat-Fichman H, Nitrini R, Caramelli P, Sameshima K. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Psiquiatr*. 2005; 27(12):79-82.
29. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damascena BP, Brucki CMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: critérios diagnósticos e exames complementares. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005; 63(3-a):713-9.

Recebido em: 10/8/2007

Versão final reapresentada: 16/11/2007

Aprovado em: 23/1/2008

