

# DEFICIT COGNITIVO COMO FATOR DE RISCO PARA A LIMITAÇÃO DE ATIVIDADES COTIDIANAS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Cognitive deficit as a risk factor to the daily activities limitation in institutionalized aged

Luciana Araújo dos Reis <sup>1</sup> - Gilson de Vasconcelos Torres <sup>2</sup>  
Lana Karina Nascimento Novaes <sup>3</sup> - Luana Araújo dos Reis <sup>4</sup>

## Resumo

Este estudo de caráter exploratório descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa visou avaliar a capacidade funcional, estado mental de idosos institucionalizados e identificar a associação entre déficit cognitivo e incapacidade funcional em idosos institucionalizados. 50% dos idosos era do sexo feminino, 66,6% são analfabetos, 23,3% alfabetizados, e 1,6% possui o segundo grau completo. Dos 80 idosos avaliados 28,3% encontram-se independentes em relação a sua capacidade funcional e 71,6% apresentam algum comprometimento de sua capacidade funcional. Em relação ao estado mental dos 60 idosos avaliados 63,3% apresentam as funções cognitivas preservadas e 36,7% apresentam alteração cognitiva não sugestiva de déficit cognitivo.

**Palavras-chave:** Atividades cotidianas, idosos, demência.

## Abstract

This study of descriptive exploratory character with transversal delineation and quantitative boarding tried to evaluate the functional capacity, the mental state of institutionalized aged and to identify the association between cognitive deficit and functional incapacity in institutionalized aged. 50% of the aged were from the female sex, 66.6% are illiterate, 23.3% literate, and 1.6% have the second complete degree. From the 80 evaluated aged 28.3% are independent related to the functional capacity and 71.6% present some commitment of the functional capacity. In relation to the mental state of the 60 aged evaluated 63.3% present the cognitive functions preserved and 36.7% present cognitive alteration not suggestive of cognitive deficit.

**Keywords:** Daily activities, aged, dementia

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Pública, Docente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS-UFRN. E-mail: lucianareis@uesb.br. Fone: (73)35267189. Autora responsável por correspondências. End. Rua Magno senhorinho, 265, Jequiezinho. 45206-170. Jequié-BA.

<sup>2</sup> Doutor em Enfermagem/EERP-USP, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/CCS-UFRN, Orientador da pesquisa. E-mail: gvt@ufrnet.br.

<sup>3</sup> Psicóloga, Especialista, Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC).

<sup>4</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC).

## 1 - INTRODUÇÃO

Os países do chamado Terceiro Mundo vêm apresentando nas últimas décadas, um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e, mais recentemente, também nas suas taxas de fecundidade. Esses dois fatores associados promovem a base demográfica para um envelhecimento real dessas populações, à semelhança do processo que continua ocorrendo, ainda que menos acentuada, nos países desenvolvidos (GARCIA et al., 2003).

A passagem de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, como a que se observa atualmente no Brasil, traduz-se numa elevação da expectativa de vida média da população e num aumento em termos absolutos e proporcionais do número de pessoas atingindo idades avançadas (GARCIA et al., 2003). Projeções recém-publicadas pela Organização Mundial de Saúde estimam que, entre 1990 e 2025, a população idosa aumentará sete a oito vezes em países como Colômbia, Malásia, Quênia, Tailândia e Gana. As mesmas projeções indicam que entre os dez países com as maiores populações idosas em 2025, cinco serão países em desenvolvimento, incluindo o Brasil com um número estimado de 27 milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade (DAVIM et al., 2004).

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. Em um estudo longitudinal da população geral acima de sessenta anos, observou que nenhum dos participantes do estudo evidenciou um declínio generalizado em todas as habilidades cognitivas examinadas. Constatou-se que o declínio desencadeado pelo envelhecimento incidiu, especialmente, nas tarefas que exigiam rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo (SCHAIE et al., 1996).

O déficit cognitivo em idosos consiste em lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medi-

do por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano. Um nível educacional elevado mostrou-se, segundo esses autores, preventivo para o embotamento do estado mental durante o envelhecimento normal (DÍAZ et al., 2002).

Os déficits cognitivos devem comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento, podendo assim comprometer a capacidade funcional do idoso (STEIN et al., 2005).

A capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO et al., 2002).

Nesta perspectiva este estudo tem por objetivos avaliar a capacidade funcional e o estado mental de idosos institucionalizados e identificar/ estimar a associação entre déficit cognitivo e ocorrência de incapacidade funcional em idosos institucionalizados.

## 2 - METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo com delineamento transversal e abordagem quantitativa. O local de estudo foi a Fundação Leur Brito por ser a única instituição de acolhimento exclusivo de idosos no município de Jequié-BA e pelo fato desta instituição servir como campo de estágio para os cursos de Fisioterapia e Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

A população alvo do estudo foi composta por 60 idosos residentes na instituição asilar já referida no período de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006. Sendo o critério de exclusão idosos que não queiram participar voluntariamente do estudo.

O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados neste estudo foi constituído de três partes: primeira parte referente aos dados de identificação (idade, sexo, escolaridade e renda); segunda parte constituída pelo mini-mental e terceira parte, representada pelo índice de Barthel. O estado mental dos idosos foi avaliado através da utilização do Mini-exame do estado mental – MEEM (Mini-mental State Examination-MMSE). O MEEM é composto de 30 questões categóricas, e a pontuação é feita da seguinte forma: 30 a 26 pontos (funções cognitivas preservadas); 26 a 24 pontos (alteração não sugestiva de déficit) e 23 pontos ou menos (sugestivo de déficit cognitivo).

Para alcançar a objetivo de avaliação da capacidade funcional foi aplicado o índice de Barthel, utilizado para avaliação funcional, composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas.

Mediante os dados coletados por meio destes instrumentos, foi avaliado a capacidade funcional e o estado mental de idosos institucionalizados; e investigado a associação entre capacidade funcional e demência em idosos institucionalizados. Os procedimentos de coleta de informações foram instituídos após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, obedecendo à resolução 196/96 que trata das pesquisas realizadas em seres humanos. Para participar da pesquisa voluntariamente o idoso ou seu responsável assinará um termo de consentimento.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados inicialmente como pré-teste, junto a idosos participantes em grupos de convivência para a terceira idade cadastrados ao Projeto de extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia: Lazer e Ocupação em grupos de convivência para a terceira idade no município de Jequié-BA, visando identificar possíveis dificuldades, bem como necessidades de adaptações a fim de que os instrumentos utilizados nes-

ta pesquisa apresentem uma menor probabilidade de erros que possam vir interferir nos resultados.

Os dados obtidos com a utilização do protocolo deste estudo foram organizados em uma banco de dados eletrônico (Microsoft excel). Foi posteriormente realizado a caracterização dos pesquisados por meio da estatística descritiva. As análises estatísticas inferencial foram realizadas pela aplicação do software Statistical Analysis System (SAS). O teste Correlação de Spearman foi utilizado para o somatório do índice de Barthel. Toda a análise dos dados será submetida à assessoria estatística, a qual definiu os testes apropriados a serem utilizados.

### 3 - RESULTADOS

Optou-se por apresentar a caracterização socioeconômica e de saúde dos idosos institucionalizados segundo a faixa etária o que está apresentada na Tabela 01.

#### **Tabela 01 (ver no final)**

A média de idade dos idosos foi de 75 anos, com um desvio padrão de 11,6. Os dados apresentados na Tabela 1 apontam uma maior freqüência de idosos, na faixa etária entre 60 e 80 anos, correspondendo a 58,3% do total, sendo que o sexo masculino apresentou 33,3% e o feminino, 25%. Seguindo dos idosos acima de 80 anos, onde a maior freqüência foi no sexo feminino (25%).

Quanto à escolaridade, observou-se que 73,3% dos idosos são analfabetos, sendo 41,6% compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos, 23,3% são alfabetizados estando 13,3% destes compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos e apenas 1,7% da amostra possui ensino fundamental e ensino superior respectivamente. Em relação ao recebimento de renda, percebeu-se que ambos os sexos tem renda de 1 salário mínimo provenientes da aposentadoria, onde 50% tanto do sexo masculino quanto do feminino tem a ocupação de aposentado.

Quanto ao tempo de institucionalização, 85% moram no asilo no intervalo de 1 a 10 anos e 15% têm mais de 10 anos. No que diz respeito ao estado mental, 40% dos entrevistados apresentavam funções cognitivas preservadas e 60% demonstravam alguma alteração cognitiva não sugestiva de déficit, sendo esta alteração mais freqüente em idosos entre 60 e 80 anos (35%). Quanto a presença de distúrbios osteomusculares 77,6% dos idosos apresentaram tais distúrbios, sendo 40,8% na faixa etária acima de 80 anos e 36,8% no intervalo de 60 a 80 anos.

Das Doenças osteomusculares, 73,7% dos idosos relataram ser portadores de artrite, artrose, artralgia, esporão de calcâneo, osteoporose ou artrite reumatóide, sendo 39,5% destes idosos compreendidos na faixa etária de 60 a 80 anos. Já a hérnia discal ou lombalgia foi referida por 18,4% da amostra, com faixa etária predominante acima de 80 anos e apenas 7,9% dos idosos relataram ser portadores de bursite ou tendinite. Nesta distribuição das variáveis do estudo por faixa etária não houve correlação estatística.

Ao se isolar a variável estado mental e cruzá-la com as demais variáveis do estudo, verificou-se que a mesma apresentou significância estatística apenas com sexo e faixa etária, conforme a Tabela 02 demonstra.

**Tabela 02 (ver no final)**

Os dados da Tabela 02 demonstraram que na distribuição do estado mental por sexo não houve diferença estatística, sendo que 60% dos idosos apresentaram alteração cognitiva não sugestiva de déficit, sendo 30% pra cada sexo. Nesta associação houve significância estatística com p-valor = 0,000.

Ao correlacionar faixa etária com estado mental houve uma predominância de idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit na faixa etária de 60 a 80 anos (35%) nesta associação também foi encontrada significância estatística com p-valor = 0,000.

Quanto à escolaridade, 45% dos idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit eram analfabetos, e 31,7% possuíam tempo de institucionalização de 1 a 10 anos. Ao se correlacionar estado mental com escolaridade dividida nas variáveis não alfabetizados, alfabetizados, ensino fundamental e ensino superior, observou-se que o nível de escolaridade referente aos não alfabetizados foi mais predominante nos indivíduos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit (45%).

**Tabela 03 (ver no final)**

A alteração cognitiva não sugestiva de déficit foi predominante (49%) nos portadores de distúrbios osteomusculares. Sendo ainda predominante nos idosos com presença de dor (50%).

Correlacionando a pontuação total do Índice de Barthel (dependente e independente) com as variáveis do estudo verificou-se que os idosos foram classificados como dependentes nas variáveis, sexo feminino (38,3%), na faixa etária de 60 a 80 anos (38,3%), não alfabetizados (50%) e nos portadores de artrite, artrose, artralgia, esporão de calcâneo, osteoporose e artrite reumatóide (46,7%). Não sendo encontrada nenhuma significância estatística.

**Tabela 04 (ver no final)**

Na correlação das atividades do índice de Barthel com as variáveis do estudo os idosos foram classificados como dependentes em seis atividades descritas abaixo. Em relação a atividade de banho verificou que os idosos foram classificados como dependentes apenas na variável, tempo de dor de 1 a 5 anos (28,3%). Havendo significância estatística apenas com o sexo (p-valor = 0,000). Verificou-se na atividade de vestir-se que os idosos foram classificados como dependentes nas variáveis, presença de doenças osteomusculares (35%), presença de dor (41,7%) e tempo de dor no intervalo de 1 a 5 anos (31,7%). Não foi encontrado significância estatística nesta correlação.

Em relação a atividade de subir escadas os idosos foram classificados como dependentes nas variáveis, sexo (60%), faixa etária (60%), não alfabetizados (41,7%), tempo de institucionalização de 1 a 10 anos (46,7%), com alteração cognitiva não sugestiva de déficit (36,7%), doenças osteomusculares presentes (45%), presença de dor (51,7%) e tempo de dor de 1 a 5 anos (35%). Houve significância estatística com a variável sexo ( $p$ -valor = 0,000). Quanto a atividade de deambulação os idosos foram classificados como dependentes nas variáveis, sexo masculino (28,3%), não alfabetizado (40%), tempo de institucionalização no intervalo de 1 a 10 anos (43,3%), alteração cognitiva não sugestiva de déficit (30%), presença de dor (46,7%) e tempo de dor de 1 a 5 anos (31,7%). Não houve significância estatística.

Verificou-se na atividade de transferência cama e cadeira que os idosos foram classificados como dependentes nas variáveis, sexo feminino (35%), faixa etária de 60 a 80 anos (36,7%), não alfabetizado (46,7%), tempo de institucionalização de 1 a 10 anos (53,3%), alteração cognitiva não sugestiva de déficit (41,7%), presença de doenças osteomusculares (48,3%), presença de dor (55%), dor intensa (38,3%) e tempo de dor de 1 a 5 anos (36,7%). Sendo encontrado significância estatística com apenas com sexo ( $p$ -valor = 0,003). Constatou-se na atividade de transferência para higiene íntima que os idosos foram classificados como dependentes nas variáveis sexo feminino (26,7%) e masculino (26,7%), não alfabetizados (40%), tempo de institucionalização de 1 a 10 anos (45%), presença de doenças osteomusculares (43,3%), dor intensa (33,3%) e tempo de dor de 1 a 5 anos (35%). Havendo significância estatística apenas com sexo ( $p$ -valor = 0,000).

Na Tabela 05 verificou-se que na distribuição das atividades do Índice de Barthel com o estado mental, os idosos com alteração cognitiva não sugestiva de déficit foram classificados como dependentes nas atividades, transferência pra higiene íntima (33,4%), transferência cama e cadeira

(41,7%) e subir escadas (36,7%). Não sendo encontrado significância estatística em nenhuma das atividades.

#### **Tabela 05 (ver no final)**

Ao se correlacionar a pontuação total do Índice de Barthel (dependente e independente) com estado mental 45% dos idosos foram classificados como dependentes e não houve significância estatística.

## 4 - DISCUSSÃO

De acordo com o presente estudo, a média de idade dos idosos foi de 80 anos e não houve diferença entre os gêneros. Isso contrasta com o encontrado na literatura que afirma que no Brasil a expectativa de vida ao nascer tem sido maior no gênero feminino (SCHAIE et al., 1996). A baixa escolaridade da maioria dos participantes no presente estudo, em que 66,6% (44) era analfabeta, leva a necessidade de uma adequação das ações de educação em saúde, para que haja uma maior compreensão e motivação por parte dessas pessoas. Visto que algumas características como, analfabetismo, aposentadoria e alterações do estado nutricional podem levar a uma maior dependência do idoso em relação a outras pessoas (BRACH et al., 2000).

Segundo o estudo 71,6% dos idosos apresentam algum comprometimento na capacidade funcional. Percebe-se que nas alterações relacionadas com a idade estão a presença de fatores de risco e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, que determinam para o idosos um certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, interferindo na sua qualidade de vida (GIATTI et al., 2003).

A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que os idosos possam viver independentes, sendo esta a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para

manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone e caminhar uma certa distancia (RUBIN et al., 1998).

Tem-se constatado que é muito fácil evitar mortes do que evitar o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. A cada ano, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos perde a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal (DÍAZ et al., 2002).

O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. 36,7% apresentam alteração cognitiva não sugestiva de déficit cognitivo, em um estudo longitudinal da população geral acima de sessenta anos, observou que nenhum dos participantes do estudo evidenciou um declínio generalizado em todas as habilidades cognitivas examinadas. Constatou-se que o declínio desencadeado pelo envelhecimento incidiu, especialmente, nas tarefas que exigiam rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo (BRACH et al., 2000).

As pessoas idosas normais mantêm desempenho cognitivo estável quando medidos de forma longitudinal por avaliação clínica cuidadosa e testagem cognitiva repetida. Essa estabilidade tende a ser mantida, a menos que desenvolvam uma doença demencial, quando, então, um declínio agudo do desempenho é observado (SCHAIE et al., 1996).

As estatísticas de incidência/ prevalência dos quadros demências apresentam grandes variações. Assim, aos 65 anos a prevalência é de 0,5%, sendo crescente e atingindo aproximadamente 40% a partir dos 85 anos. Os dados relativos à população após os 85 anos são precários, embora haja estudos que mostram que o número

de idosos com demência aumenta com a idade, inclusive nas idades mais avançadas. Em diversos estudos os resultados são muito divergentes, variando a prevalência de demência entre 6,8% e 47,2%, sem considerar os casos de comprometimento cognitivo sem demência (STEIN et al., 2005).

Quanto à associação entre demência e capacidade funcional, não houve significância. O que contradiz os achados da literatura nos quais cita-se que os déficits cognitivos devem comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anteriormente superior de funcionamento, podendo assim comprometer a capacidade funcional do idoso (RUBIN et al., 1998).

## 5 - CONCLUSÃO

De acordo com o presente estudo, os idosos institucionalizados se caracterizam pelo predomínio de pessoas acima de 64 anos, elevada frequência de aposentados com baixa renda salarial. A maioria (71,6%) dos idosos apresenta comprometimento funcional e apenas 36,7% apresentam alteração cognitiva não sugestiva de déficit cognitivo. A associação entre déficit cognitivo e capacidade física não foi significativa. Os resultados desse estudo não se mostram compatíveis com os encontrados na literatura e denotam a importância de avaliar a capacidade funcional e mental de idosos institucionalizados, visto que, na maioria das vezes esses idosos convivem com tais problemas interferindo nas suas atividades e conseqüentemente em sua qualidade de vida.

## 6 - REFERÊNCIAS

BRACH JS, VANSWEARING JM., NEWMAN AB, KRISCA AM. *Identifying Early Decline of Physical Function in Community-Dwelling Older Women: Performance-Based and self-report Measures. Physical Therapy*, 82(4): 76-83, abril. 2000.

CORDEIRO RC, DIAS RC, DIAS RC et al. *Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados*. Ver de Fisioter, 9:69-77. 2002.

DAVIM RMB, TORRES GV, DANTAS SMM, LIMA VM. *Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/ RN: Características socioeconômicas e de saúde*. Rev. Latino-americana de Enfermagem, 12(3): 518-24, maio-junho. 2004.

DÍAZ LIC, OROZCO LS. *Evaluación funcional Del anciano*. Rev. Cubana enfermer, 18(3): 184-8. 2002.

GARCIA RA, CARVALHO JAM. *O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico*. Cad. Saúde Pública, 19(3): 725-733 mai/jun. 2003.

GIATTI L, BARRETO SM, LIMA MFC. *Condições de saúde, capacidade funcional, uso de*

*serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa Nacional por Amostra de domicílios*. Cad. Saúde Pública, 19(3); 735-743, mai-jun. 2003.

RUBIN EH, STORANDT M, MILLER JP, KINSCHERF DA, GRANT EA, MORRIS JC, et al. *A prospective study of cognitive function and onset of dementia in cognitively healthy elders*. Arch Neurology, 55: 359-401. 1998.

SCHAIKIE KW, WILLIS SL. *Psychometric intelligence and aging*. In: Blanchard-Fieds E, Hess TM, editors. *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*. New York: McGraw Hill, p. 293-322. 1996.

STEIN LM, ARGIMON IL. *Habilidades Cognitivas em indivíduos muito idosos: estudo longitudinal*. Cadernos de Saúde Pública, 21(1), jan/fev. 2005.

**TABELA 01 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUANTO A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. JEQUIÉ/BA, 2007.**

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE	Faixa Etária				Total	
	60 a 80 anos		> 80 anos		N	%
	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	20	33,3	10	16,7	30	50,0
Feminino	15	25,0	15	15,0	30	50,0
<b>Escolaridade</b>						
Não alfabetizado	25	41,6	19	31,7	44	73,3
Alfabetizado	8	13,3	6	10,0	14	23,3
Ensino fundamental	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Ensino superior	1	1,7	0	0,0	1	1,7
<b>Renda</b>						
1 Salário mínimo	35	58,3	25	41,7	60	100,0
<b>Profissão</b>						
Aposentado	35	58,3	25	41,7	60	100,0
<b>Tempo de institucionalização</b>						
1 a 10 anos	31	51,7	20	33,3	51	85,0
> 10 anos	4	6,7	5	8,3	9	15,0
<b>Estado Mental</b>						
Cognição preservada	14	23,3	10	16,7	24	40,0
Alteração cognitiva não sugestiva de déficit	21	35,0	15	25,0	36	60,0
<b>Doenças Osteomusculares</b>						
Presente	18	36,8	20	40,8	38	77,6
Ausente	8	16,3	3	6,1	11	22,4
<b>Distribuição das Doenças Osteomusculares</b>						
Artrite/Artrose/Artralgia/Esporão do calcâneo/Osteoporose/Artrite reumatóide	15	39,5	13	34,2	28	73,7
Hérnia de disco/ Lombalgia	3	7,9	4	10,5	7	18,4
Tendinite/ Bursite	0	0,0	3	7,9	3	7,9
<b>Total</b>						



**TABELA 02 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUANTO A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE SEGUNDO ESTADO MENTAL. JEQUIÉ/BA, 2007.**

VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE	ESTADO MENTAL				Total		p-valor
	Cognição preservada		Alteração cognitiva não sugestiva de déficit				
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							
Masculino	12	20,0	18	30,0	30	50,0	0,000
Feminino	12	20,0	18	30,0	30	50,0	
<b>Faixa Etária</b>							
60 a 80 anos	20	23,3	30	35,0	50	58,3	0,000
> 80 anos	10	16,7	15	25,0	25	41,7	
<b>Escolaridade</b>							
Não alfabetizado	17	28,3	27	45,0	44	73,3	0,128
Alfabetizado, ensino médio e superior	7	11,6	9	15,0	16	26,7	
<b>Tempo de Institucionalização</b>							
1 a 10 anos	19	31,7	32	53,3	51	85,0	0,251
> 10 anos	5	8,3	4	6,7	9	15,0	
<b>Presença de Dor</b>							
Sim	15	25,0	30	50,0	45	75,0	3,333
Não	9	15,0	6	10,0	15	25,0	
<b>Doenças Osteomusculares</b>							
Presente	12	24,6	26	53,0	26	77,6	1,936
Ausente	6	12,2	5	10,2	5	22,4	
<b>Total</b>							

**TABELA 03 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUANTO A ESCOLARIDADE SEGUNDO ESTADO MENTAL. JEQUIÉ/BA, 2007.**

ESCOLARIDADE	ESTADO MENTAL				Total	
	Cognição preservada		Alteração cognitiva não sugestiva de déficit		N	%
	N	%	N	%		
Não alfabetizado	17	28,3	27	45	44	73,3
Alfabetizado	6	10	8	13,3	14	23,3
Ensino fundamental	1	1,6	0	0	1	1,6
Ensino superior	0	0	1	1,6	1	1,6
<b>Total</b>						

**TABELA 05 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUANTO A PONTUAÇÃO TOTAL DO ÍNDICE DE BARTHEL SEGUNDO ESTADO MENTAL. JEQUIÉ/BA, 2007.**

PONTUAÇÃO TOTAL DO ÍNDICE DE BARTHEL	ESTADO MENTAL				Total		p-valor
	Cognição preservada		Alteração cognitiva não sugestiva de déficit		N	%	
	N	%	N	%			
Dependente	15	25,0	27	45,0	42	70,0	1,071
Independente	9	15,0	9	15,0	18	30,0	
<b>Total</b>							

**TABELA 04 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUANTO A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE SEGUNDO A PONTUAÇÃO TOTAL DO ÍNDICE DE BARTHEL. JEQUIÉ/BA, 2007.**

Variáveis sociodemográficas e de saúde	Total Barthel				Total		p-valor
	Dependente		Independente		N	%	
	N	%	N	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	19	31,7	11	18,3	30	50,0	1,270
Feminino	23	38,3	7	11,7	30	50,0	
<b>Faixa etária</b>							
60 a 80 anos	23	38,3	12	20,0	35	58,3	0,735
> 80 anos	19	31,7	6	10,0	25	41,7	
<b>Escolaridade</b>							
Não alfabetizado	29	48,3	15	25,0	44	73,3	0,112 F
Alfabetizado	12	20,0	2	3,3	14	23,3	
Ensino fundamental	0	0,0	1	1,7	1	1,7	
Ensino superior	1	1,7	0	0,0	1	1,7	
<b>Doenças osteomusculares</b>							
Presente	30	50,0	8	13,3	38	63,3	0,112 F
Ausente	6	10,0	5	8,3	11	18,3	
<b>Doenças Osteomusculares presentes</b>							
Artrite/Artrose/Artralgia/Esporão do calcâneo/Osteoporose/Artrite reumatóide	22	36,7	6	10,0	28	46,7	
Hérnia de disco/ Lombalgia	5	8,3	2	3,3	7	11,7	
Tendinite/ Bursite	3	5,0	0	0,0	3	5,0	
<b>Total</b>							