

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE-RS**

**CAPACIDADE COGNITIVA E FUNCIONAL DE
IDOSOS QUE RESIDEM SÓS E COM FAMILIAR**

Autora: Enf.^a Bruna Stamm

Orientadora: Enf.^a Ms.^a Leila Mariza Hildebrandt

Santa Maria/RS, Brasil

2014

CAPACIDADE COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS QUE RESIDEM SÓS E COM FAMILIAR

Autora: Enf.^a Bruna Stamm

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação da Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde - EaD da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM/CESNORS, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Enf.^a Ms.^a Leila Mariza Hildebrandt

**Santa Maria/RS, Brasil
2014**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE-RS**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso

**CAPACIDADE COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS QUE
RESIDEM SÓS E COM FAMILIAR**

elaborado por
Bruna Stamm

Como requisito para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^a Ms.^a Leila Mariza Hildebrandt
(Presidente/Orientadora)

Enf.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite (UFSM/CESNORS)
Primeiro Examinador

Prof.^a Dr.^a Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini (UFSM)
Segundo Examinador

Prof.^a Dr.^a Margrid Beuter (UFSM)
Suplente

Santa Maria/RS, 30 de julho de 2014.

Dedico este trabalho a minha avó Dada (*in
memorian*) que por anos dedicou parte da sua vida
acreditando em meus sonhos e perspectivas. Terás
eternamente meu agradecimento e amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço **a Deus**, por me dar a vida e por guiar meu caminho com luz e serenidade.

A minha **mãe Cleusa** por seu amor, carinho, compreensão e palavras de sabedoria e conforto. Obrigada por entender meus erros e seguir sua vida ao meu lado. Te amo!

À **minha família**, em especial à minha **irmã Monica**, que me apoiou nos momentos mais difíceis e também nos mais felizes. Um futuro brilhante lhe espera.

À minha **amiga Luana**, que com seu brilho e alegria tem me acompanhado em muitas conquistas. Obrigada pela sua amizade verdadeira e confiança.

Ao meu **namorado Carlos** que esteve presente em muitos momentos dessa construção e que soube compreender a minha ausência em tantos dias. Obrigada por persistir em mim!

À minha **orientadora Prof.^a Leila Mariza Hildebrandt** por seu conhecimento.

À **professora Marinês**, por seu comprometimento, dedicação, confiança, por ser a pessoa e profissional que és e por contribuir significativamente para meu crescimento.

Às **professoras integrantes da banca Dr.^a Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini e Dr.^a Magrid Beuter** por consentirem fazer parte desta construção e aprimoramento deste trabalho. São exemplos a serem seguidos!

Meu muito obrigado aos **idosos participantes desse estudo**, por abrirem as portas de suas residências e acolheram a mim e demais colaboradoras.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
METODOLOGIA.....	9
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	12
CONCLUSÕES.....	14
REFERÊNCIAS.....	14
ANEXOS.....	19

Capacidade cognitiva e funcional de idosos que residem sós e com familiar¹

Cognitive and functional capacity among elderly people living alone and with family

La capacidad cognitiva y funcional entre las personas mayores que viven solas y con la familia

RESUMO: Avaliar a capacidade cognitiva e de realização das atividades instrumentais de vida diária de idosos que residem sós e de idosos que moram com familiar. Estudo quantitativo, transversal, com amostra de 368 sujeitos. Os dados foram obtidos mediante entrevista, quando foi utilizado um questionário, o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Lawton e Brody. Na análise estatística descritiva foi utilizado o programa *Assistat*, utilizando o teste de Shapiro-Wilk e o teste *t* para a comparação entre grupos. Os resultados mostram que 292 idosos residiam com familiar e 76 moram sós. Idosos que residiam com familiar tiveram maior média de déficit cognitivo e dependência funcional do que idosos que residem sós. Os idosos que residem sós apresentaram tendência de melhores índices de capacidade funcional e nível cognitivo quando comparados a idosos que moram com familiar, porém essa diferença não foi significativa.

Descritores: Idoso. Cognição. Atividades cotidianas. Enfermagem.

ABSTRACT: Assess cognitive ability and achievement of instrumental activities of daily living of elderly people living alone and older people living with family. Quantitative, cross-sectional study with a sample of 368 subjects. Data were collected through interviews, when a questionnaire, the Mini Mental State Examination and the Lawton and Brody Scale was used. In the descriptive statistical analysis program was used *Assistat* using the Shapiro-Wilk test *t* test for comparison between groups. The results show that 292 seniors were living with family and 76 live alone. Elderly who lived with family had higher mean cognitive impairment and functional dependence than elderly residing alone. The elderly who live alone tended to be better indicators of functional capacity and cognitive level when compared to older people living with family, but this difference was not significant.

Descriptors: Aged. Cognition. Activities of Daily Living. Nursing.

¹Manuscrito formatado para ser submetido na Revista da Escola de Enfermagem da USP

RESUMEN: Evaluar la capacidad cognitiva y el rendimiento de las actividades instrumentales de la vida diaria de las personas mayores que viven solas y las personas de edad que viven con la familia. Estudio cuantitativo, transversal, con una muestra de 368 sujetos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, cuando, el Mini Examen del Estado Mental y el de Lawton y Brody se utilizó la escala de un cuestionario. En el programa de análisis estadístico descriptivo se utilizó *Assistat* mediante la prueba de Shapiro-Wilk y la prueba t para la comparación entre grupos. Los resultados muestran que 292 personas mayores vivían con la familia y el 76 vivo solo. Ancianos que vivía con la familia tenían deterioro cognitivo medio mayor y la dependencia funcional que los ancianos que residen solos. Las personas mayores que viven solas tienden a ser mejores indicadores de la capacidad funcional y el nivel cognitivo en comparación con las personas de edad que viven con la familia, pero esta diferencia no fue significativa.

Descriptor: Anciano. Cognición. Actividades Cotidianas. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, o envelhecimento populacional é uma das mais importantes mudanças demográficas e social observadas. O aumento da proporção de idosos na população traz à tona a discussão a respeito das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, como a perda da cognição e a dependência funcional. A capacidade funcional é definida, segundo a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana⁽¹⁾.

Entre as cinco diferentes áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as atividades de vida diária (AVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVD's), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar. Assim, as AVDs compreendem aquelas atividades que se referem ao cuidado com o corpo das pessoas - vestir-se, fazer higiene e alimentar-se. E as AIVD's estão relacionadas com atividades de cuidado com a casa, familiares dependentes e administração do ambiente - limpar a casa, cuidar da roupa, da comida, usar equipamentos domésticos, fazer compras, usar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças⁽¹⁾.

As perdas cognitivas são as que desencadeiam maior impacto negativo nos idosos, nos familiares e na sociedade, pela amplitude de suas repercussões e indisponibilidade de tratamentos eficazes, que possam reverter os déficits já instalados⁽²⁾. Algumas perdas podem ser altamente resistentes ao longo do tempo, como habilidades práticas e motoras, e outras se deterioram mais rapidamente com a idade, como o aprendizado de informações não familiares, expressão da linguagem (nomeação) e conteúdo abstrato⁽³⁾.

No que se refere às questões envolvidas no envelhecimento saudável, o declínio cognitivo leve (DCL) ou comprometimento cognitivo leve (CCL) é um declínio maior do que o esperado para idade e escolaridade do idoso. Este pode ser um preditor para o desenvolvimento de alguma demência, mas que não interfere substancialmente nas atividades de vida diária⁽⁴⁻⁵⁾. Estudo evidenciou que existe relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional nas atividades diárias, de tal forma que diante de danos cognitivos leves, as perdas são detectadas, prioritariamente, nas AIVD's, e a realização das AVD's somente teriam prejuízos nos estágios demenciais mais avançados⁽⁶⁾. Destaca-se que este estudo tem seu foco AIVD's.

Embora a velhice não seja uma enfermidade, nesta etapa da vida aumentam os riscos de adoecer e de perder a autonomia e a funcionalidade. Em consequência, os idosos requerem mais atenção e cuidado. Diante dessa situação é importante a presença da rede social. Isto porque se tem observado que idosos sem suporte familiar ou com uma estrutura sociofamiliar inadequada tem maior mortalidade, depressão, alterações cognitivas e uma percepção pior de seu estado de saúde do que aqueles que possuem familiares⁽⁷⁾.

Nesse sentido, os familiares assumem importante papel na vida do idoso, pois eles convivem o mesmo cotidiano, lidam com o processo de envelhecimento e com os problemas que este pode desenvolver⁽⁸⁾. Neste estudo tem-se o entendimento de que “família é quem seus membros dizem que são”⁽⁹⁾.

As adaptações a partir do envelhecimento estão relacionadas com o papel que o idoso assume na sociedade e pela aceitação dos familiares. Isto porque na velhice, o indivíduo tende a necessitar mais de suporte e a família ainda é a maior provedora de apoio ao idoso⁽¹⁰⁾.

Estudos têm destacado que idosos que moram com a família apresentam melhor desempenho funcional e cognitivo⁽¹¹⁻¹²⁾. Isto suscita e desperta para questões sobre a segurança, a qualidade de vida e outros aspectos envolvidos com a saúde dos idosos que vivem sozinhos e sobre como as necessidades desses indivíduos podem ser detectadas.

Desta forma, avaliar as diferentes habilidades cognitivas na população idosa contribui para identificar perfis neuropsicológicos e funcionais da transição que podem ocorrer entre o envelhecimento benigno e as síndromes demenciais⁽¹³⁾. O rastreamento das condições cognitivas e funcionais são fundamentais para o planejamento de ações e intervenções que favoreçam a promoção e a manutenção da capacidade funcional do idoso⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

A relevância deste estudo está na utilidade de seus resultados que poderão servir como subsídios na implantação de serviços públicos de saúde direcionados à melhoria da condição funcional e cognitiva da pessoa idosa. Também, deverá contribuir para o avanço do conhecimento na área de atenção ao idoso, ao produzir elementos aos planejadores e gestores de políticas públicas e sociais para atender o aumento do número de idosos e auxiliar na implementação de espaços sociais de cuidado a estes indivíduos, incluindo nesse contexto a família, como cuidadora da pessoa idosa e como unidade que necessita de atenção e de cuidado.

Diante dos aspectos apontados tem-se como pergunta de pesquisa: Há diferença entre a capacidade cognitiva e a realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's) de idosos que residem sós com a de idosos que moram com familiar? Centrado na questão de pesquisa está o objetivo, que foi avaliar a capacidade cognitiva e de realização das AIVD's de idosos que residem sós e de idosos que moram com familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, do tipo transversal, realizado em uma cidade do norte do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de março de 2011 a julho de 2012. A cidade possuía, no período da pesquisa, um total de 34.228 habitantes, dos quais 4.421 (12,33%) eram pessoas com 60 anos ou mais de idade⁽¹⁷⁾.

A amostra foi composta por 368 idosos residentes na área urbana, escolhidos de forma aleatória com indicação dos Agentes Comunitários de Saúde das Estratégias de Saúde da Família – ESF, os quais forneceram nome e endereço dos possíveis idosos a serem entrevistados. O número de idosos participantes da pesquisa foi dimensionado com o objetivo de obter uma intensidade amostral de 8% da população da cidade. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos, ter condições de verbalização e de compreensão e não estar institucionalizado.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista com o auxílio de um questionário que continha questões sociodemográficas, o Mini Exame do Estado Mental – MEEM, para a avaliação da capacidade cognitiva, e a Escala de Lawton e Brody, para avaliar a capacidade de realizar as AIVD's. O MEEM é um instrumento que possibilita investigar a detecção de perdas cognitivas, composto de perguntas agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar componentes da função cognitiva relacionadas à orientação temporo-espacial (5 pontos cada), retenção ou registro de dados (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva e visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos. Possui pontuação de cortes diferenciados, em que o ponto de corte para idosos sem escolaridade é 20, escores abaixo deste valor são indicadores para déficit cognitivo e, para idosos com escolaridade, o ponto de corte é 24, escores abaixo desse valor são indicativos de declínio cognitivo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A Escala de Lawton e Brody⁽²⁰⁾ baseia-se no auto relato das capacidades necessárias para viver em comunidade e avalia a capacidade para a realização das AVDI's. Esta contém questões relativas à capacidade para preparar as refeições, realizar as tarefas domésticas, lavar roupa, manusear medicamentos, capacidade de usar do telefone, manusear dinheiro, fazer compras e usar os meios de transporte. Cada uma destas ações é classificada de 1 a 3, na qual 1 representa dependência para tal função, 2 significa que o idoso precisa de ajuda e 3 exprime total independência para a função. A pontuação máxima é 27 pontos, e o escore tem significado apenas individualmente, como caráter comparativo para evolução do quadro geral, possuindo dependência total o idoso que apresentar pontuação = ≤ 5 , dependência parcial se pontuação for = $>5 < 21$ e independência se pontuação = ≥ 21 ⁽²⁰⁻²¹⁾.

Para a análise estatística foi utilizado o programa *Assistat* (versão 7.7). Foi realizada análise descritiva de todos os dados coletados. Para verificar a normalidade da distribuição foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk e para aqueles que não apresentaram normalidade utilizou-se a transformação (1/x1). O teste *t* de *Student* foi utilizado para comparar as amostras independentes, à probabilidade de 95%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria UFSM, sob o número 0052.0.243.000-11.

RESULTADOS

Participaram do estudo 368 idosos, dos quais 292 (178 do sexo feminino e 114 do sexo masculino) residem com familiar, e 76 (61 do sexo feminino e 15 do sexo masculino) moram sós. Nesse estudo residir com familiar incluiu esposo ou companheiro, filho(s), neto(s), irmão(s), cunhado(s), primo(s) e amigo(s).

Os idosos que residem com familiar tiveram maior média de idade (75,01 - Coeficiente de Variação (CV)= 10,64%) do que idosos que residem sós (71,07 - CV= 10,40%), sendo essa diferença significativa pelo teste t, a 95% de probabilidade, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Estatística descritiva dos dados demográficos e clínicos dos idosos com valores expressos em média, desvio padrão e ocorrência, RS/Brasil, 2014.

Variável	Residem com familiar n= 292	Residem sós n= 76	p
Idade (anos)*	75,01 a (10,64%)	71,07 b (10,40%)	p < 0,005
Sexo*	1,19 b (33,46%)	1,39 a (35,14%)	p < 0,005
Escolaridade	2,22 (44,42%)	2,33 (47,16%)	p > 0,005
Realiza atividade física	1,46 (34,35%)	1,41 (34,88%)	p > 0,005
Número de medicações	3,10 (47,56%)	3,24 (45,06%)	p > 0,005
Quedas*	2,04 a (75,87%)	2,35 b (66,80%)	p < 0,005
Auxílio para caminhar	1,07 (25,15%)	1,11 (28,84%)	p > 0,005

*As médias seguidas pela mesma letra (a e b) na horizontal não se diferem estatisticamente entre si, pelo Teste t ao nível de 5% de probabilidade.

Em relação ao sexo, houve mais homens que residiam sós (1,39 - CV= 35,14%) quando comparados aos idosos que residem com familiar (1,19 - CV= 33,46%). Quanto a episódio de quedas, os idosos que residem com familiar tiveram maior média (2,04 - CV= 75,87%) contra (2,35 CV= 66,80%) daqueles que residem sós.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os idosos que residem com familiar e aqueles que residem sós, ao se comparar com os demais dados demográficos e de saúde analisados.

Tabela 2 - Comparação dos escores das dimensões do questionário do MMEE e das AIVD's com valores expressos em média e coeficiente de variação, RS/Brasil, 2014.

Variável	Mora com familiar	Mora só	p
MMEE			
Com déficit cognitivo	26,85 a (7,46%)	26,36 a (7,80%)	p > 0,005
Sem déficit cognitivo	19,17 a (15,24%)	19,03 a (15,76%)	p > 0,005
AIVD's			
Com dependência parcial	26,35 a (4,54%)	26,25 a (5,52%)	p > 0,005
Independente	16,47 a (19,76%)	16,8 a (27,08)	p > 0,005

*As médias seguidas pela mesma letra (a e b) na horizontal não se diferem estatisticamente entre si, pelo Teste t ao nível de 5% de probabilidade.

Os resultados descritivos do MMEE e das AIVD's podem ser observados na Tabela 2. Ao avaliar o nível cognitivo dos participantes do estudo, os idosos que residem com familiar tiveram maior média (26,85 – CV= 7,46%) de déficit cognitivo em comparação aos idosos que residem sós (26,36 – CV= 7,80%). No que diz respeito à capacidade funcional, os idosos que residem com familiar também apresentaram maior média (26,35 – CV= 4,54%) de dependência parcial quando comparados com os idosos que residem sós (26,25 - CV= 5,52%). Destaca-se que não houve diferença significativa entre os dois grupos de idosos, os que residem com familiar e moram sós, relativo ao nível cognitivo e capacidade funcional.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados verificou-se que houve predomínio de idosos que residem com familiar (79,3%) contra 20,7% que residem sós. O contexto familiar representa um elemento essencial para o bem-estar dos idosos, que encontram nesse ambiente suporte e familiaridade para as diferentes situações que vivenciam e, também, relações que garantem espaço de pertencimento com os familiares⁽²²⁾.

Em estudo de revisão que objetivou estabelecer bases de argumentação para melhor entender as razões que levam um idoso a morar sozinho destaca que melhores condições socioeconômicas e de saúde, idade mais avançada e ausência de filhos parecem contribuir para que o idoso more sozinho⁽¹⁰⁾.

Para alguns idosos a coresidência familiar é necessária, uma vez que ajuda a resolver questões do dia a dia - de natureza afetiva, física ou financeira -, assim como para compartilhar a convivência diária⁽¹⁰⁾. Para outros, o convívio pode ser indesejado e ser a única opção, em detrimento de uma institucionalização. Morar sozinho pode ser uma alternativa de

idosos que mantêm sua independência e autonomia ou mesmo inevitável para aqueles que, mesmo sentindo-se sós ou abandonados, não possuem outras pessoas com as quais possam co residir⁽¹⁰⁾.

Vale destacar que as relações familiares e de amizade são significativas para o enfrentamento das situações cotidianas e do sentimento de solidão que pode emergir na velhice. Estudo verificou que para 85% dos idosos as relações familiares interferem positivamente no seu humor e 46% mencionam que sua satisfação em relação à família aumentou com o passar dos anos⁽²³⁾.

Dentre a população estudada os idosos que residem com familiar tiveram idade maior do que idosos que residem sós (média de 75,01 e 71,07 anos, respectivamente). Estudo acerca dos arranjos familiares de idosos mais velhos revelou que a partir dos 80 anos de idade aumenta a dependência física, econômica ou psicológica, levando a necessidade de a família ir morar com o idoso ou vice-versa, favorecendo as gerações mais novas e mais velhas⁽²⁴⁾.

No que se refere ao episódio de quedas, os idosos que residem com familiar tiveram maior média (2,04 – CV= 75,87%) do que os idosos que residem sós (2,35 – CV= 66,80%). Esses dados se diferem de um estudo realizado com 138 idosos participantes do projeto Veranópolis, Rio Grande do Sul, Brasil, que avaliou a funcionalidade e a prevalência de quedas utilizando, dentre outras, a escala de Lawton, o qual encontrou uma associação estatisticamente significativa entre coresidir e queda, em que os idosos que residem com familiar apresentaram menos quedas nos últimos 12 meses, destacando a predisposição de risco aumentado de quedas⁽²⁵⁾.

Os resultados mostram ainda, que os idosos que residiam com familiar tiveram maior média (26,85 – CV= 7,46%) de déficit cognitivo quando comparados com os idosos que residem sós (26,36 – CV= 7,80%). Em estudo que identificou a prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo de 1.593 idosos, através da aplicação do MMEE no domicílio, a probabilidade de apresentar déficit cognitivo ($p < 0,05$) foi maior, dentre entre fatores, em idosos sem companheiro⁽²⁶⁾. Outro estudo que avaliou o estado mental de 74 idosos encontrou uma prevalência de declínio cognitivo de 36,5% e destes 18,9% eram casados⁽²⁷⁾.

A necessidade de auxílio – físico, financeiro e emocional - faz com que muitos idosos deixem de residir em seus próprios lares para morar com seus familiares. Dentre outros fatores, a incapacidade funcional ou cognitiva tende a tornar o idoso dependente de maior necessidade de cuidados e, conseqüentemente, mais suscetível a novos arranjos domiciliares⁽¹⁰⁾.

No que diz respeito à capacidade funcional, os idosos que residem com familiar também apresentaram maior média ($26,35\pm 4,54$) de dependência parcial para a realização das atividades instrumentais da vida diária, quando comparados com os idosos que residem sós ($26,25\pm 5,52$). A capacidade funcional de idosos foi descrita por outros autores, os quais encontraram resultados semelhantes^(11,14-15) ao desta investigação. Estudo realizado no centro-oeste do Brasil evidenciou que a variável “mora só”, mostrou-se um fator de proteção para o comprometimento da capacidade funcional, demonstrando com isso que um idoso que consegue morar sozinho demonstra ser independente e autônomo⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que os idosos que residem sós apresentaram uma tendência de melhores índices de capacidade funcional e nível cognitivo quando comparados a idosos que moram com familiar, porém essa diferença não foi significativa. Talvez isso ocorreu porque a família tende a assumir mais responsabilidade do cuidado ao idoso dependente ou em condições de saúde fragilizadas. Morar sozinho representou ter maior independência e autonomia.

Neste escopo, o estudo reforçou a importância de incluir e inserir a família como sujeito ativo no processo de envelhecimento, principalmente, na medida em que o idoso aumenta sua idade, uma vez que essa pode influenciar diretamente a qualidade de vida dos idosos. Afinal, é nessa fase da vida que as dificuldades físicas, financeiras e afetivas tendem a surgir com maior intensidade.

Desenvolver estudos acerca da capacidade cognitiva e funcional de idosos que moram sós ou com familiares pode contribuir para o planejamento de ações e intervenções que favoreçam a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional. Também, pode servir para monitorar as condições de vida e de saúde de idosos residentes na comunidade, em que cabe a família o relevante papel de prestar o suporte social e o cuidado ao idoso.

REFERÊNCIAS

1 World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.

- 2 Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Machado ARM. Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de idosas octogenárias. Rev. ciência. cuid. sau. 2009 [citado 2014 jun. 28]; 8(3): 452-459. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9046/5014>
- 3 Schindwein-Zanini, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. Rev. neurociênc. 2010 [citado 2014 jun. 28];18(2):220-226. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>
- 4 Rabelo, DF. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. Rev. Kairós. 2009 [citado 2014 jul.11];12 (2): 65-79. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4414/2986>
- 5 Clemente RSG, Ribeiro-Filho ST. Comprometimento Cognitivo Leve: Aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. Rev. Hospit. Univer. Pedro Ernesto. 2008 [citado 2014 jul. 11]; 7: 68-77. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=193
- 6 Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(10):638-43.
- 7 Villarreal Amaris G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud, Barranquilla [online]. 2012 [citado 2014 jul. 14]; 28(1):75-87. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>
- 8 Souza RF, Skubs T, Brêtas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. Rev. bras. enferm. 2007 [citado 2014 jun.22]; 60(3):263-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300003
- 9 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 5ed. São Paulo: Roca, 2012.

10 Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev. bras. Est. Pop. 2011[citado 2014 jun.12]; 28 (1): 217-230. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>

11 Seixas LA, Vasconcellos C, Barleta C, Ribeiro SM. Avaliação funcional e capacidade cognitiva de idosos inseridos em instituição de longa permanência e no ambiente familiar no município de Ji-Paraná/RO. Coleção Pesquisa em Educação Física. 2012 [citado 2014 jun.12]; 11(2): 31-40. Disponível em: <https://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-11/Vol11n2-2012/Vol11n2-2012-pag-31a40/Vol11n2-2012-pag-31a40.pdf>

12 Lehmann SW, Black BS, Shore A, Kasper J, Rabins PV. Living Alone with Dementia: Lack of Awareness Adds to Functional and Cognitive Vulnerabilities. Int. Psychogeriatr. 2010 [citado 2014 jun. 12]; 22(5): 778–784. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3098568/pdf/nihms291090.pdf>

13 Fichman HC, Fernandes CS, Oliveira RM, Caramelli P, Aguiar D, Novaes R. Predomínio de Comprometimento Cognitivo Leve Disexecutivo em idosos atendidos no ambulatório da geriatria de um hospital público terciário na cidade do Rio de Janeiro. Rev. neuropsico. Latinoamericana. 2013; 5(1): 31-40.

14 Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. Acta. paul. enferm. 2012 [citado 2014 jun. 14]; 25(3):358-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007

15 Lenardt MH, Michel T, Wachholz PA, Borghi AS, Seima MD. O desempenho de idosas institucionalizadas no miniexame do estado mental. Acta. paul. enferm. 2009 [citado 2014 jun. 10]; 22(5): 638-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/07.pdf>

16 Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev. gaúch. enferm.* 2012;33(4):64-71.

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população 2010 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

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 Almeida OP. Mini mental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arq neuropsiquiatr.* 1998; 56(3B): 605-12.

20 Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969; 9:179–85.

21 Santos RL, Júnior JSV. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev.bras. prom. saúde (impressa).* 2008; 21 (4): 290-296.

22 Araújo CK, Cardoso CMC, Moreira EP, Wegner E, Areosa SVC. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. *Rev. jov. pesquis.* 2012 [citado 2014 jun 28]; 1(1): p. 97-107.

Disponível

em:

<http://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/2868/2033>

23 Areosa SVC, Benitez LB, Wichmann FMA. Relações familiares e o convívio social entre idosos. *Textos contextos.* 2012 [citado 2014 jun. 28]; 11 (1):184-92. Disponível em:

<file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/10495-43418-1-PB.pdf>

24 Pedrazzi EC, Della Motta TT, Vendruscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev. latinoam. enferm.* 2010 [citado 2014 jul 10]; 18(1):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_04.pdf

25 Mezari MC, Avozani TV, Bruscato NM, Moriguchi EH, Raffone, AM. Estudo da funcionalidade e da prevalência de quedas em idosos da cidade de Veranópolis - RS: uma proposta para promoção da saúde. RBCEH. 2012; 9(1):129-142

26 Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2013 [citado 2014 jun 15]; 16(4): 880-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000400880&script=sci_arttext&tlng=pt

27 Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2011 [citado 2014 jun. 15]; 14(1):109-121. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100012&lng=pt&nrm=iso

28 Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. Rev. bras. fisioter. 2009 [citado 2014 jul. 08];13(5):376-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000500003&script=sci_arttext

ANEXOS

ANEXO 1**INSTRUMENTO I
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MMEE)
(Almeida, 1998)****1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que bairro vive? _____

Em que rua vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que número estamos? _____

Nota: _____**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure decorar elas".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois do número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe peço para parar".

Nota: _____**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA".

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível **"FECHE OS OLHOS"**; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

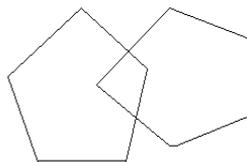
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos < ou = a 20 pontos

• com escolaridade < ou = a 24 pontos

ANEXO 2

INSTRUMENTO II
ESCALA DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA – AVDI's
 (Lawton e Brody, 1969)

Nós vamos falar agora sobre algumas coisas do seu dia-a-dia. Eu gostaria que o senhor(a) respondesse apenas “sim” ou “não” para os itens que vou ler.	Sem ajuda 3	Com ajuda parcial 2	Não consegue 1
1. O(a) senhor(a) consegue usar o telefone?			
2. O(a) senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?			
3. O(a) senhor(a) consegue sair para fazer compras?			
4. O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?			
5. O(a) senhor(a) consegue arrumar sua casa?			
6. O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?			
7. O(a) senhor(a) consegue lavar e passar suas roupas?			
8. O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e no horário correto?			
9. O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?			