



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ELAINNY GLADYS COSTA VIANA

**COGNIÇÃO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS
EM UM CENTRO DE ATENÇÃO AO IDOSO**

São Luís

2018

ELAINNY GLADYS COSTA VIANA

**COGNIÇÃO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS
EM UM CENTRO DE ATENÇÃO AO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado a banca de defesa do Curso de
Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Maranhão para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Hélia de Lima
Sardinha

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

COSTA VIANA, ELAINNY GLADYS.
COGNIÇÃO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS EM
UM CENTRO DE ATENÇÃO AO IDOSO / ELAINNY GLADYS COSTA
VIANA. - 2018.
54 f.
Orientador(a): ANA HÉLIA DE LIMA SARDINHA.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, SÃO LUIS, MARANHÃO, 2018.
1. Capacidade funcional. 2. Cognição do idoso. 3.
Idoso. I. DE LIMA SARDINHA, ANA HÉLIA. II. Título.

ELAINNY GLADYS COSTA VIANA

**COGNIÇÃO E GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS
EM UM CENTRO DE ATENÇÃO AO IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em: _____ de _____ de _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha
(Orientadora)**

Doutora em Ciências Pedagógicas
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Me Rafael de Abreu Lima-1º membro

Mestre em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Maria Lúcia Holanda Lopes-2º membro

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Introdução: A cognição dos idosos diminui e o grau de dependência aumenta linearmente com o avanço da idade, podendo levar a repercussões funcionais e comprometendo a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em abril de 2018, no CAISI, através da AGA (Avaliação Geriátrica Ampla), em 174 idosos. Utilizou-se os dados de identificação, sociodemográficos, Mini Exame do Estado Mental e índice Katz. **Resultados:** A maioria dos idosos são do sexo feminino (63,21%), na faixa etária de 60-69 anos (49,42%), de cor parda (45,97%), com até 4 anos de estudo (29,88%), casados (49,42%), aposentados (73,85%) e são independentes nas atividades de vida diária (73,56%). Somente 26,43% dos idosos foram considerados dependentes e destes, 53,26% apresentam comprometimento cognitivo. **Conclusão:** A maior parte dos idosos não possuem comprometimento cognitivo e são independentes nas atividades de vida diária. **Descritores:** Idoso, Cognição do idoso, Capacidade funcional

ABSTRACT

Introduction: The cognition of the elderly diminishes and the degree of dependence increases linearly with the advancement of the age, being able to lead to functional repercussions and compromising their quality of life. **Objective:** To investigate the cognition and degree of dependency of the elderly in a care center for the elderly. **Method:** This is a retrospective, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Data were collected in April 2018, at CAISI, through AGA (Comprehensive Geriatric Assessment), in 174 elderly people. The identification data, sociodemographic data, Mental State Mini Exam and Katz index were used. **Results:** The majority of the elderly were female (63.21%), aged 60-69 years (49.42%), brown (45.97%), with up to 4 years of schooling (29,88%). 26.43% of the elderly were considered to be dependent, and 53.4% of the elderly were considered dependent (53.4%), 26% have cognitive impairment. **Conclusion:** Most of the elderly do not have cognitive impairment and are independent in the activities of daily living.

Descriptors: Elderly, Cognition of the elderly, Functional capacity

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo agradeço a meu Deus maravilhoso por me trazer animo, perseverança e sabedoria ao longo desses cinco anos de curso. Em meio a tantas dificuldades Ele manteve-me resistente e disposta a superar os obstáculos. E consegui.

Este mesmo Deus que me presenteou com Maria Celia Costa Viana e Valmir Antônio da Silva Viana, meus pais. Agradeço por patrocinarem meu sonho e acreditarem em mim em todos os momentos. Com eles aprendi, entre tantas coisas, a importância de ser, antes de tudo, um bom ser humano e depois um bom profissional. Agradeço os valores repassados, os bons exemplos, bem como, todo o cuidado e zelo comigo. Palavras me faltam para expressar minha gratidão e amor.

Agradeço minha avó, Raimunda Costa, inspiração do meu trabalho, que juntamente com meu irmão Francisco Antonio e minha irmã/prima Cassia Kezia, fizeram meus momentos em casa mais alegres.

Aos meus tios e suas esposas, tias e primos, agradeço pela confiança, percebida quando desde o início do curso me considerarem a enfermeira da família. Isto tudo me motivou a buscar sempre mais conhecimento.

Meu agradecimento ao meu namorado José Gonçalves da Rocha Neto, por toda sua disposição em me ajudar. Bem como, seu amor, carinho e companheirismo mesmo durante os dias de estresse.

Aos meus amigos e amigas de longas datas, Ariana Vasques, Luana Caroline, Nargylla Karoline, Bianca Karine, Bruna Rosa, Thais Sousa, Marília Diniz, Caio Renan e Thiago Gusmão, por compreenderem minhas ausências. Fico feliz por saber que, apesar disso, sinto que não prejudicou a qualidade de nossa amizade e nem o sentimento por mim. Isto é recíproco. Amigos não precisam estar, amigos precisam ser.

As amigas que meu coração escolheu desde o início do curso: Kássia Cecilia, Elza Maria e Kássia de Fátima. A amizade com vocês tornou os dias inteiros na UFMA mais leves. Além de momentos divertidos, tínhamos a certeza que poderíamos contar uma com a outra. Dizem que quando a amizade passa de sete anos é provável que seja para a vida toda. Torço que cheguemos lá.

Ao meu grupo de estágio, Edna Rayane, Eclésia Kauana, Eudijessica de Melo, Ilkelyne de Freitas, Laryssa Guimarães, que ao longo de um ano conquistaram

meu carinho e minha admiração. Agradeço por toda ajuda, pelos incentivos, alegrias e nutrição ao longo desse ano. Espero que perdure.

A minha orientadora querida e admirada, Ana Hélia Sardinha, pela disposição, incentivo, por acreditar no meu trabalho e pelo seu bom humor contagiante. Obrigada por tudo. Terá para sempre meu carinho e respeito. Agradeço também por me inserir no grupo de pesquisa: *Núcleo de Pesquisa Educação e Cuidados de Enfermagem*, e também pela receptividade e compartilhamento de conhecimento dos participantes. Tem sido uma experiência maravilhosa.

Agradeço também a minha ex-orientadora, professora Tereza Viveiro, por quem tenho um carinho enorme e um lugar especial no meu coração. Espero novamente ter a oportunidade de trabalharmos juntas.

Meus agradecimentos também aos professores da banca, Rafael Lima e Lúcia Holanda por aceitarem meu convite. Ter vocês participando deste momento é muito importante, pois são pessoas e profissionais que sempre admirei e tenho carinho especial.

A todo o corpo docente, agradeço o conhecimento compartilhado e por contribuir para minha formação enquanto profissional e cidadão.

Por fim, a Universidade Federal do Maranhão, minha gratidão e orgulho por fazer desta instituição.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor.”

(Florence Nightingale)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
1.1	Processo do envelhecimento.....	13
2.2	Processo cognitivo	14
2.3	Avaliação Cognitiva.....	15
2.4	Capacidade funcional.....	17
3	OBJETIVO GERAL.....	20
3.1	OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Delineamento do Estudo	21
4.2	Local do estudo	21
4.3	População e amostra.....	21
4.4	Critérios de inclusão.....	22
4.5	Critérios de exclusão	22
4.6	Coleta de dados	22
4.7	Análise de dados.....	24
4.8	Aspectos éticos	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE - FORMULÁRIO	48
	ANEXO - Normas de publicação na revista “CUIDADO É FUNDAMENTAL ONLINE”	49

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional aponta um crescimento brusco, rápido e intenso, com forte impacto social, pois, acarretando mais problemas e questões não resolvidos para a população idosa (SERRA, 2014).

Estima-se que em 2050 a população mundial com mais de 60 anos passe de 841 milhões para dois bilhões. No Brasil, acredita-se que, em 2025, o país será o sexto do mundo em número absoluto de idosos (PONTIFÍCIA; PONTIFÍCIA; OLIVEIRA, 2017).

De acordo com Martins (2014), o Estado do Maranhão possui 567.667 (8,3%) idosos, sendo que 78.059 (7,4%) correspondem a população idosa na capital, em São Luís.

Existem duas distinções importantes sobre o envelhecimento a saber: senescência e senilidade. A senescência pode ser compreendida como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, ou seja, em condições normais não costuma provocar qualquer problema. A senilidade, no entanto, é considerada como uma condição patológica, que requer uma abordagem e tratamento mais específico, haja vista que seu perfil se atribui a presença de doenças e/ou limitações, que possam surgir ao longo da vida (BRASIL, 2006).

Este fato modifica a demanda por políticas públicas, tornando necessária a elaboração de indicadores de saúde capazes de reconhecer os agravos que impactam a saúde dos idosos. Os aspectos sociais, econômicos e demográficos já foram identificados como associados também à funcionalidade dessa população, como renda, nível educacional e situação conjugal (PONTIFÍCIA; PONTIFÍCIA; OLIVEIRA, 2017).

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma abordagem multidimensional que usa instrumentos específicos para examinar diferentes funções. Através de questionários, escalas ou testes de desempenho, aplicados pelo profissional de saúde (LIN et al. 2016).

Dentre esses testes, destaca-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), amplamente estudado e utilizado em diversos países para rastreamento de comprometimento cognitivo (CASEMIRO, 2018). Torna-se relevante aprofundar o conhecimento sobre a cognição entre idosos a fim de favorecer o diagnóstico precoce

e prevenir o desenvolvimento de demência (GUEDES; BARBOSA; MAGALHÃES, 2013).

Trindade et al. (2013) estudou a repercussão funcional da cognição de idosos não institucionalizados e institucionalizados e concluiu que os dados sugerem uma influência do estado cognitivo na depressão e nas atividades funcionais de vida diária.

Este impacto não se restringe ao aumento da morbidade entre os idosos, também se estende à incapacidade funcional e prejuízos no desenvolvimento de suas atividades de vida diária (CONFORTIN, 2017).

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Estas são avaliadas pelo índice de Katz (BRITO, 2016).

Nazario et al. (2018), afirma em sua revisão que a realização da avaliação de declínio cognitivo é importante para tracejar os fatores de risco, bem como apontar os grupos mais acometidos, para traçar melhores estratégias de saúde.

Justifica-se esse trabalho pela minha aptidão pessoal pela temática. Durante minha vivência acadêmica e no grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa, Educação e Cuidados de Enfermagem (NUPECE) pude perceber a heterogeneidade do envelhecimento deste público no serviço referenciado, servindo-me de incentivo a pesquisar sobre.

Este conhecimento torna-se relevante no atual crescimento demográfico. Sendo assim, é necessário conhecer o estado cognitivo e grau de dependência dos idosos para adaptar os serviços de geriatria voltados para a real realidade desta faixa etária. O conhecimento de suas fragilidades e potencialidades é essencial para traçar melhores estratégias de assistência à saúde e prevenir agravos.

Sob a luz do exposto, a presente pesquisa propõe como objetivo investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. Através deste visa responder a hipótese se existe relação direta entre alteração cognitiva e grau de dependência entre idosos atendidos no CAISI.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Processo do envelhecimento

Não há dúvida de que o envelhecimento populacional é uma grande vitória da humanidade, tanto mais quando se tem em conta que até as décadas iniciais do século XX a expectativa média de vida da população mundial era muito baixa, não ultrapassando trinta e três anos. Por outro lado, não se pode deixar de considerar que justamente em um contexto em que viver mais passa a ser possível as pessoas que alcançam elevados patamares etários não são adequadamente respeitadas, na medida em que são consideradas como pessoas de menor importância (RAMOS, 2016)

Nos países da Europa Ocidental e América do Norte, as pirâmides etárias são geralmente altas e estreitas, devido à baixa taxa de natalidade e à esperança de vida elevada. Ao longo do tempo, esses países desenvolveram estratégias para cuidar dos idosos. No Brasil, esta preocupação é crescente e a rede de cuidados de idosos está em desenvolvimento (MOURA; VERAS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou em 2002 sua proposta de envelhecimento ativo, atenta à manutenção da saúde, com foco na autonomia e independência funcional do idoso. O crescente custo dos cuidados em saúde, determinado pela introdução de novas tecnologias, além do aumento da prevalência de doenças crônicas e de sua duração, suscita hoje discussão e exige reorganização do cuidado do idoso (OMS, 2005).

A expectativa de vida vem aumentando devidos fatores sociais, econômicos e tecnológicos, resultando numa inversão da pirâmide etária onde a população acima de 65 anos é maior que crianças até quatro anos com 7,4% e 3,6% respectivamente (IBGE, 2010).

Esse estado de transformação faz com que atenção à saúde se destaque, em razão do processo de declínio da capacidade cognitiva fisiológico em idosos, enfatizando a participação de um auxílio maior a esses indivíduos (MOURA, 2017).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde faz com que muitos idosos recebam os primeiros cuidados somente em estágios avançados de adoecimento. Assim, missão importante dos centros de convivência e reabilitação é melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, proporcionando-lhes atividades que

contribuam para que sejam menos afetados por doenças crônicas, prevenindo incapacidade e recuperando autonomia com programas de reabilitação (MOURA; VERAS, 2017).

O prolongamento da existência só pode ser considerado uma conquista humana na medida em que agrega qualidade aos anos adicionais de vida, inclusive para indivíduos que tenham algum grau de fragilidade ou incapacidade, ou ainda, que necessitem de algum tipo de cuidado (CONFORTIN, 2017).

2.2 Processo cognitivo

O processo cognitivo envolve uma série de ações ocorridas no encéfalo, cuja evolução do mesmo é atribuída aos estímulos oferecidos ao receptor. Durante o crescimento do indivíduo, ocorre um aumento dos neurônios existentes, proliferação e crescimento da neuroglia, responsável por diversas funções no Sistema Nervoso Central (SNC) devido a sua capacidade de diferenciação celular. Conseqüentemente desenvolvendo os dendritos como unidade estrutural e funcional do Sistema Nervoso, responsável pelo processo e envio de informações, estimulando a produção de mielina pela neuroglia favorecendo as sinapses (TORTORA, 2012).

Nos últimos 50 anos, tentam se definir conceitos sobre o declínio cognitivo em idosos a fim de esclarecer parâmetros e dados específicos. Porém para maior compreensão do mesmo buscou-se melhor esclarecimento sobre o Declínio Cognitivo Leve, principalmente por facilitar o diagnóstico precoce de demência e elucidar o próprio declínio cognitivo. Independente da literatura, os conceitos existentes concordam que idosos com Declínio da Capacidade Cognitiva tem maior chance de desenvolverem demência, principalmente em casos de perda de memória recorrente (NAZARIO, 2018).

Alterações de memória episódica, tais como esquecimentos relacionados às situações da vida cotidiana, e outras alterações cognitivas envolvendo atenção, linguagem, orientação no tempo e no espaço, reconhecimento de ambientes e pessoas bem como, organização e planejamento de pensamentos e ações podem fazer parte das características clínicas do comprometimento cognitivo leve. Embora nem todos os indivíduos com esta condição progridam para um quadro demencial (RADANOVIC, 2018).

O processo de envelhecimento compromete o funcionamento de todos os sistemas do organismo, sendo o Sistema Nervoso Central um dos mais afetados com o desenvolvimento de alterações no sistema de neurotransmissores e hipotrofia cerebral. Essas modificações acontecem preferencialmente nas regiões responsáveis pelas funções cognitivas e, conseqüentemente, é comum observar desde mínimos até significativos prejuízos dessa função entre os indivíduos idosos. Durante esse processo, 15% das pessoas desenvolvem inicialmente incapacidade cognitiva progressiva. Desse total, mais ou menos 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 anos desenvolvem demência de grau moderado a grave (ANDRADE, 2017).

O termo demência é originado do latim, que significa *de* mais *mentis* (diminuição/falta da mente) e foi utilizado ao longo da história para caracterizar indivíduos que apresentavam deterioração de suas funções mentais cognitivas e comportamentais (PESSOA et al., 2016).

A demência (transtorno neurocognitivo maior) é uma síndrome clínica, que cursa com deterioração dos domínios cognitivos, alterações de comportamento e prejuízo funcional. Com o envelhecimento da população, o número de casos de demência tem aumentado progressivamente, principalmente nos países de média e baixa renda, elevando os gastos do sistema de saúde, com cuidados e tratamento. Desta forma, medidas de detecção do transtorno em estágios iniciais, prevenção e tratamento poderiam ser úteis e importantes na tentativa de amenizar os prejuízos e diminuir o número de casos (American Psychiatric Association, 2013).

A prevalência de demência na população acima de 65 anos varia entre 5 e 7%, com maiores valores (8,5%) encontrados na América Latina. Atualmente, existem mais de 30 milhões de pessoas com demência no mundo, 58% destas vivendo em países de baixa ou média renda como o Brasil, e estimativas apontam que este número pode duplicar em 20 anos. Em número absoluto, estima-se que o Brasil seja o nono país com maior número de casos com demência, cerca de um milhão (PRINCE et al., 2013).

2.3 Avaliação Cognitiva

Os testes de triagem cognitiva mais conhecidos são o Teste do Desenho do Relógio (TDR) (WOLF-KLEIN ; LEVY; BROD, 1989); Teste de Fluência Verbal (FV)

(BRUCKI; MALHEIROS; OKAMOTO; BERTOLUCCI, 1997) e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN ; MCHUGH, 1975). Todos os testes de triagem cognitiva precisam obedecer às seguintes características: ser curtos e de fácil aplicação; ser padronizados e validados para a população alvo; ser pouco influenciados pelo examinador, além de despertar o interesse do indivíduo a ser avaliado. Esses aspectos são importantes porque, desta forma, esses testes podem ser aplicados em grandes contingentes populacionais, com baixo custo de aplicação (MOTA et al., 2008).

O Teste do Desenho do Relógio (TDR) é muito simples e avalia diversas dimensões cognitivas, como memória, função motora, função executiva e compreensão verbal. Por avaliar a memória e outras funções cognitivas, o TDR é aplicado em idosos com suspeita de síndrome demencial, auxiliando na investigação diagnóstica. Pede-se para a pessoa desenhar um relógio marcando determinado horário. Esta vai precisar planejar, prestar atenção na execução motora, ajustar sua percepção visual, a coordenação visomotora e a capacidade visuoespacial. A avaliação consiste numa escala de pontuação de zero (relógio totalmente incorreto ou inexistente) a 10 pontos (relógio totalmente correto) (MELO et al., 2017).

Outro teste de ampla aplicação e de rápida execução é o teste de fluência verbal (FV), de categoria semântica e fonêmica, em que é solicitado ao paciente que fale o maior número de palavras (dentro de cada categoria exigida). No teste de FV, pontuam-se as respostas, mas não se consideram as repetições. Trata-se de um teste de grande praticidade e aplicabilidade, com simples pontuação e administração em clínicas e hospitais. É capaz de mensurar declínio cognitivo mesmo em fases iniciais da síndrome demencial. O teste de FV avalia vários domínios, como memória operacional, linguagem, capacidade de organização e sequenciamento. Dada a importância da linguagem para o diagnóstico de demência, um estudo longitudinal recente verificou que os pacientes que evoluíram para DA começaram a apresentar declínio nos testes de FV 12 anos antes de receberem o diagnóstico de demência (MONTIEL et al., 2014).

Entre estes, o método mais utilizado para a avaliação da cognição é o Mini Exame do Estado Mental – MEEM. Ele é um exame proveniente dos Estados Unidos da América em 1975, onde foi realizado com teste piloto em um hospital psiquiátrico e em ambulatórios neurogeriátricos, avaliando pacientes com quadro psiquiátrico de

demência, depressão com e sem perda cognitiva. Sendo utilizado para validar, as correlações com a WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) e aplicação de teste-reteste com intervalos de 24 horas e de 28 dias sem oscilação de resultados obtidos, confirmando a veracidade do Mini Mental. Devido a sua praticidade e facilidade de aplicação, ganhou espaço notório entre comunidade científica e médica, sendo traduzida para o português apenas no final da década de 80 (MELO; BARBOSA, 2015).

No Brasil o MEEM foi traduzido e validado por Bertolucci et al. (1994), aplicado com o objetivo de determinar o nível cognitivo dos idosos. Observaram que o escore total dependia do nível de alfabetização dos 530 indivíduos que foram avaliados na triagem médica de um hospital-escola de São Paulo. Propuseram então a utilização de pontos de corte diferenciados de acordo com a escolaridade de cada pessoa.

O ponto de corte, proposto por Brucki et al. (2003) foi adaptado para a realidade brasileira, considera como ponto de corte 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para sujeitos com 1 a 4 anos de estudo; 26 pontos para sujeitos com 5 a 8 anos de estudo; 28 pontos, 9 a 11 anos e acima de 11 anos, 29 pontos.

Atualmente é o exame mais utilizado para diagnóstico de declínio cognitivo ou associação para diagnóstico de demência no mundo, levando-se em consideração a heterogeneidade da população estudada em termos de idade, grau de instrução, e questões culturais. Sendo modificado e traduzido de acordo com a cultura instalada. O MEEM é classificado em duas etapas, sendo a primeira relacionada a memória, orientação e atenção com pontuação de 21 pontos sendo utilizada a fala, a segunda exige leitura e escrita para nomeação, obedecer a comandos verbais e escritas, onde terá que copiar uma frase e repetir um desenho (polígono), com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (BERTOLUCCI, 1994).

2.4 Capacidade funcional

Capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano. E a incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia, abrangendo dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BARBOSA et al., 2014).

Um dos instrumentos para avaliar as ABVD é por meio do índice de Barthel. Este consiste em aferir as seguintes atividades básicas de vida diária: alimentar-se, vestir-se, realizar higiene pessoal, colocar aparelho ortopédico (se aplicável), controlar os esfíncteres, usar vaso sanitário, deambular (se cadeirante, utilizar a cadeira de rodas), subir e descer escadas. Para cada atividade existem três alternativas de resposta; *posso fazer sozinho, posso fazer com ajuda de alguém, nao posso fazer de jeito nenhum*. Cada resposta apresenta uma pontuação específica, que quando somadas é possível chegar a um valor total de 0 a 100 pontos, que correspondem a total dependência ou total independência, respectivamente. A partir da pontuação foi utilizada a seguinte classificação :independente (100 pontos), dependência leve (91 a 99 pontos), dependência moderada (61 a 90 pontos), dependência severa (21 a 60 pontos) e dependência total (0 a 20 pontos) (GRANGER; ALBRECHT; HAMILTON, 1979).

A divisão em ABVD e AIVD começou com os estudos de Mahoney e Barthel e Lawton e Brody. Os autores apresentaram duas escalas de avaliação funcional que classificavam as atividades cotidianas de acordo com o seu nível de complexidade. Lawton e Brody elaboraram uma escala para avaliar AIVD com oito atividades: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (LAWTON; BRODY, 1969).

As atividades de vida diária (AVDs), as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e mobilidade são medidas frequentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. Pesquisas têm sido realizadas para avaliar a capacidade funcional de idosos com a finalidade de conhecer melhor o processo de envelhecimento, identificar situações que necessitam de intervenção ou cuidados e produzir informações que possam subsidiar a elaboração de políticas públicas, levando em conta tanto a população idosa como um todo quanto os segmentos mais vulneráveis. Além disso, há interesse em identificar os fatores que podem influenciar na capacidade funcional (REIS et al., 2015).

Para a avaliação dessas atividades, diversos instrumentos foram disponibilizados, como o Índice de Katz, recomendado pelo Ministério da Saúde no Brasil para a avaliação funcional do idoso. Esse instrumento tem sido utilizado em estudos nacionais e internacionais, na prática clínica, para a avaliação dos resultados

de tratamentos em idosos e para prever o prognóstico em doentes crônicos (CASTRO et al., 2016)

O Índice de Katz avalia as ABVD e foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Katz estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Portanto, baseia-se na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama (e vice-versa) e alimentar-se. A recuperação dá-se na ordem inversa (KATZ, 1963).

As modificações e os deficits causados por essa perda na cognição acarretam consequências diretas sobre a qualidade de vida dos idosos, podendo levar ao declínio funcional, com diminuição e/ou perdas das habilidades para o desenvolvimento das atividades da vida diárias (ABVD). Sabe-se que tanto as doenças físicas como as mentais podem levar à perda da independência e autonomia, sendo fatores de risco importantes para a mortalidade (ANDRADE, 2017).

O idoso com a qualidade de vida preservada, geralmente, tem sua autonomia também preservada. Tanto a independência física, como a psíquica. Para tanto é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional, respeitando suas especificidades e peculiaridades, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes (COUTINHO et al., 2015).

A procura de idosos por serviços de saúde costuma ocorrer quando estes são acometidos por limitações importantes e/ou necessitam de assistência devido à redução da força muscular e incapacidades funcionais. Este momento é fundamental para que profissionais da saúde, principalmente o enfermeiro, atuem de forma a reduzir as possíveis incapacidades e dependências. Com isso, a compreensão que estes profissionais têm do idoso interfere na maneira de oferecer assistência e tratamento adequados (ACIOLE; BATISTA, 2013).

3 OBJETIVO GERAL

Investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso.

3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos dos idosos;
- Identificar o grau de dependência dos idosos através do índice Katz;
- Identificar comprometimento cognitivo dos idosos através do Mini Exame do Estado Mental;

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

A presente pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado: "Avaliação da saúde da Pessoa Idosa". Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

4.2 Período e local do estudo

A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2018, no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso – CAISI, localizado na Rua Salvador de Oliveira, número 12 - Sítio Leal, São Luís/ Maranhão.

O CAISI é uma unidade de saúde complementar da Rede de Especialidades, exclusiva para usuários a partir de 60 anos. Um Centro de Referência de nível intermediário, inaugurado em 16 de agosto de 2006, para atendimento aos idosos do município de São Luís – MA, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde. No centro são oferecidos atendimentos ambulatoriais nas áreas de Geriatria, Clínica Médica, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiólogo, Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Terapia Familiar e atividades em grupo como: oficina de memória, grupo de convivência, educação em saúde, grupo de hipertensão e diabetes, arteterapia, grupo de música e coral, dança, pilates, yoga e horta, entre outras.

4.3 População

O CAISI apresenta uma média de 18.000 idosos cadastrados, desde 2006, contudo, apresenta uma demanda mensal de 2.000 idosos, que passam por atividades como consultas ambulatoriais, tratamentos, prevenção e reabilitação. A amostra constitui-se de 174 idosos que buscaram atendimento ambulatorial e foram submetidos à AGA no período de janeiro a março de 2018. A escolha desse período deve-se por ser o de maior fluxo de idosos na unidade, pois os mesmos buscam mais atendimento de saúde e engajamento nas atividades no início do ano.

4.4 Critérios de inclusão

Idosos que foram admitidos e avaliados pela Avaliação Geriátrica Ampla nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2018 na referida unidade.

4.5 Critérios de exclusão

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) com informações incompletas, com rasuras ou idosos com consulta de retorno (reavaliação).

4.6 Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. Foram usados os dados sociodemográficos (sexo, cor, idade, estado civil, escolaridade), índice de Katz reduzido, resultado do mini exame do estado mental (MEEM).

Para a avaliação do estado cognitivo utilizou-se a versão do MEEM em português modificada por Brucki e colaboradores (2003). O MEEM é composto por:

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (1 ponto para cada resposta correta) Que dia é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos? Em que dia da semana estamos? Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) (Escore máximo = 5);

• Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (1 ponto para cada resposta correta) Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala apontando para o chão). Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa). Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?(Escore máximo = 5);

• Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez,

embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas (Escore máximo = 3);

- Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige (Escore máximo = 5).

- Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada) (Escore máximo = 3);

- Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) (1 ponto para cada) (Escore máximo = 2);

- Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. Considere somente se a repetição for perfeita (Escore máximo = 1);

- Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas (Escore máximo = 3);

- Leitura: mostre a frase escrita FECHÉ OS OLHOS e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se ler a frase sem realizar o comando (Escore máximo = 1);

- Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: “alguma frase que tenha começo, meio e fim”; “alguma coisa que aconteceu hoje”; “alguma coisa que queira dizer”. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (Escore máximo = 1).

- Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (Escore máximo = 1).

Para estabelecer o ponto de corte do MEEM, consideramos a escolaridade do entrevistado: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para sujeitos com 1 a 4 anos de estudo; 26 pontos para sujeitos com 5 a 8 anos de estudo; 28 pontos, 9 a 11 anos e acima de 11 anos, 29 pontos (BRUCKI, 2003).

O grau de dependência foi avaliado por meio do Índice de Katz (1963), instrumento validado no Brasil, que engloba seis Atividades Básicas da Vida Diária

(ABVD): alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho.

Uma pontuação 6 indica que o idoso é independente para realizar suas atividades cotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial, podendo o idoso requerer ou não auxílio. Uma pontuação igual ou inferior a 2 indica dependência total para as atividades de vida diária (ANDRADE, 2017).

4.7 Análise de dados

Os dados coletados foram dispostos em uma planilha do Microsoft Excel 2013, analisados por meio do programa Biostat 5.3 e apresentados por meio de tabela.

4.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, com parecer consubstanciado número 1.757.188. A mesma atende às normas presentes na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo está escrito na forma de artigo, segundo as normas da revista “*CUIDADO É FUNDAMENTAL ONLINE*” ISSN 2175-5361, onde posteriormente será publicado.

Cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso
Cognition and degree of dependency of the elderly in a care center for the elderly
Cognición y grado de dependencia de los ancianos en un centro de atención al anciano

Elainny Gladys Costa Viana

Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão

E-mail:elainnygladys@outlook.com

Ana Hélia de Lima Sardinha

Orientadora, Enfermeira, Profa. Dra. em Ciências Pedagógicas pela Universidade Federal do Maranhão

E-mail: anahsardinha@ibest.com.br

Rafael de Abreu Lima

Enfermeiro, Prof. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão

E-mail:rafael.abreulima@hotmail.com

Maria Lúcia Holanda Lopes

Enfermeira, Profa. Dra. em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Maranhão

E-mail: hollopes@hotmail.com

Artigo escrito a partir de trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade Federal do Maranhão

RESUMO

Objetivo: Investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em abril de 2018, no CAISI, através de questionário AGA (Avaliação Geriátrica Ampla), em 174 idosos. Utilizou-se os dados de identificação, sociodemográficos, MEEM e Katz. **Resultados:** A maioria dos idosos são do sexo feminino (63,21%), possuem de 60-69 anos (49,42%), são pardos (45,97%), têm até 4 anos de estudo (29,88%), são casados (49,42%), aposentados (73,85%) e são independentes nas atividades de vida diária (73,56%). Somente 26,43% dos idosos foram considerados dependentes e destes, 53,26% apresentam comprometimento cognitivo. **Conclusão:** A maior parte dos idosos não possuem comprometimento cognitivo e são independentes nas atividades de vida diária. Porém, 47,12% apresentam prejuízo cognitivo e destes, 53,26% são dependentes.

Descritores: Idoso, Cognição do idoso, Capacidade funcional

ABSTRACT

Objective: To investigate the cognition and degree of dependency of the elderly in a care center for the elderly. **Method:** This is a retrospective, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. Data were collected in April 2018, at CAISI, through an AGA (General Geriatric Assessment) questionnaire, in 174 elderly people. The identification, sociodemographic, MEEM and Katz data were used. **Results:** The majority of the elderly are female (63.21%), have 60-69 years (49.42%), are brown (45.97%), have up to 4 years of schooling (29.88%), are married (49.42%), retired (73.85%) and are independent in the activities of daily living (73.56%). Only 26.43% of the elderly were considered dependent and 53.26% cognitive impairment. **Conclusion:** Most of the elderly do not have cognitive

impairment and are independent in the activities of daily living. However, 47.12% presented cognitive impairment and of these, 53.26% are dependent.

Descriptors: Elderly, Cognition of the elderly, Functional capacity

RESUMEN

Objetivo: Investigar la cognición y el grado de dependencia de los ancianos en un centro de atención al anciano. **Método:** Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo. Los datos recolectados en abril de 2018, en el CAISI, a través de un cuestionario AGA (Evaluación Geriátrica Amplia), en 174 ancianos. Se utilizaron los datos de identificación, sociodemográficos, MEEM y Katz. **Resultados:** La mayoría de los ancianos son del sexo femenino (63,21%), poseen de 60-69 años (49,42%), son pardos (45,97%), tienen hasta 4 años de estudio (29,88%), se casan (49,42%), jubilados (73,85%) y son independientes en las actividades de vida diaria (73,56%) Sólo el 26,43% de los ancianos fueron considerados dependientes y de éstos, 53,26% presentan un compromiso cognitivo. **Conclusión:** La mayoría de los ancianos no tienen compromiso cognitivo y son independientes en las actividades de vida diaria. Sin embargo, el 47,12% presenta perjuicio cognitivo y de éstos, el 53,26% es dependiente.

Descritores: Anciano, Cognición del anciano, Capacidad funcional

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional aponta um crescimento brusco, rápido e intenso, com forte impacto social, pois, acarretando mais problemas e questões não resolvidos para a população idosa.¹

Estima-se que em 2050 a população mundial com mais de 60 anos passe de 841 milhões para dois bilhões. No Brasil, acredita-se que, em 2025, o país será o sexto do mundo em número absoluto de idosos².

De acordo com Martins (2014), o Estado do Maranhão possui 567.667 (8,3%) idosos, sendo que 78.059 (7,4%) correspondem a população idosa na capital, em São Luís.³

Existem duas distinções importantes sobre o envelhecimento a saber: senescência e senilidade. A senescência pode ser compreendida como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, ou seja, em condições normais não costuma provocar qualquer problema. A senilidade, no entanto, é considerada como uma condição patológica, que requer uma abordagem e tratamento mais específico, haja vista que seu perfil se atribui a presença de doenças e/ou limitações, que possam surgir ao longo da vida.⁴

Este fato modifica a demanda por políticas públicas, tornando necessária a elaboração de indicadores de saúde capazes de reconhecer os agravos que impactam a saúde dos idosos. Os aspectos sociais, econômicos e demográficos já foram identificados como associados também à funcionalidade dessa população, como renda, nível educacional e situação conjugal.²

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma abordagem multidimensional que usa instrumentos específicos para examinar diferentes funções. Através de questionários, escalas ou testes de desempenho, aplicados pelo profissional de saúde.⁵

Dentre esses testes, destaca-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), amplamente estudado e utilizado em diversos países para rastreio de comprometimento cognitivo. Torna-se relevante aprofundar o conhecimento sobre a cognição entre idosos a fim de favorecer o diagnóstico precoce e prevenir o desenvolvimento de demência.⁶⁻⁷

Trindade et al. (2013) estudou a repercussão funcional da cognição de idosos não institucionalizados e institucionalizados e concluiu que os dados sugerem uma influência do estado cognitivo na depressão e nas atividades funcionais de vida diária.⁸

Este impacto não se restringe ao aumento da morbidade entre os idosos, também se estende à incapacidade funcional e prejuízos no desenvolvimento de suas atividades de vida diária.⁹

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente. Por sua vez, a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda, imprescindíveis para proporcionar uma melhor qualidade de vida. Estas são avaliadas pelo índice de Katz.¹⁰

Nazario et al. (2018), afirma em sua revisão que a realização da avaliação de declínio cognitivo é importante para tracejar os fatores de risco, bem como apontar os grupos mais acometidos, para traçar melhores estratégias de saúde.¹¹

Justifica-se esse trabalho pela minha aptidão pessoal pela temática. Durante minha vivência acadêmica e no grupo de pesquisa Núcleo de Pesquisa, Educação e Cuidados de Enfermagem (NUPECE) pude perceber a heterogeneidade do envelhecimento deste público no serviço referenciado, servindo-me de incentivo a pesquisar sobre.

Este conhecimento torna-se relevante no atual crescimento demográfico. Sendo assim, é necessário conhecer o estado cognitivo e grau de dependência dos idosos para adaptar os serviços de geriatria voltados para a real realidade desta faixa etária. O conhecimento de suas fragilidades e potencialidades é essencial para traçar melhores estratégias de assistência à saúde e prevenir agravos.

Sob a luz do exposto, a presente pesquisa propõe como objetivo investigar a cognição e grau de dependência dos idosos em um centro de atenção ao idoso. Através deste visa responder a hipótese se existe relação direta entre alteração cognitiva e grau de dependência entre idosos atendidos no CAISI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, descritivo, com abordagem quantitativa.

A pesquisa foi realizada no mês de abril de 2018, no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso - CAISI, localizado na Rua Salvador de Oliveira, número 12 - Sítio Leal, São Luís/ Maranhão.

É uma unidade de saúde complementar da Rede de Especialidades, exclusiva para usuários a partir de 60 anos. Um Centro de Referência de nível intermediário, inaugurado em 16 de agosto de 2006, para atendimento aos idosos do município de São Luís - MA, mantido com recursos do Sistema Único de Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde. No centro são oferecidos atendimentos ambulatoriais nas áreas de Geriatria, Clínica Médica, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiólogo, Fisioterapia, Educação Física, Nutrição, Terapia Familiar e atividades em grupo como: oficina de memória, grupo de convivência, educação em saúde, grupo de hipertensão e diabetes, arteterapia, grupo de música e coral, dança, pilates, yoga e horta, entre outras.

O CAISI apresenta uma média de 18.000 idosos cadastrados, desde 2006, contudo, apresenta uma demanda mensal de 2.000 idosos, que passam por atividades como consultas ambulatoriais, tratamentos, prevenção e reabilitação. A amostra constitui-se de 174 idosos que buscaram atendimento ambulatorial e foram submetidos à AGA no período de janeiro a março de 2018. A escolha desse período deve-se por ser o de maior fluxo de idosos na unidade, pois os mesmos buscam mais atendimento de saúde e engajamento nas atividades no início do ano. O critério de inclusão foi todos os idosos que foram avaliados pela Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2018. E exclusão, foi AGAs com informações incompletas e com rasuras.

Utilizou-se como critério de exclusão Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) com informações incompletas, com rasuras ou idosos com consulta de retorno (reavaliação).

Os dados foram obtidos por meio da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. Foram usados os dados de identificação, sociodemográficos (sexo, cor, idade, estado civil, escolaridade), grau de dependência e resultado do mini exame do estado mental (MEEM).

Para a avaliação do estado cognitivo utilizou-se a versão do MEEM em português modificada por Brucki e colaboradores ¹². O MEEM é composto por:

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (1 ponto para cada resposta correta) Que dia é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos? Em que dia da semana estamos? Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) (Escore máximo = 5);

- Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (1 ponto para cada resposta correta) Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala apontando para o chão). Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa). Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? Em que cidade nós estamos? Em que estado nós estamos?(Escore máximo = 5);

- Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas (Escore máximo = 3);

- Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir (Escore máximo = 5).

- Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada) (Escore máximo = 3);

- Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) (1 ponto para cada) (Escore máximo = 2);

- Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. Considere somente se a repetição for perfeita (Escore máximo = 1);

- Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas (Escore máximo = 3);

- Leitura: mostre a frase escrita FECHÉ OS OLHOS e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se ler a frase sem realizar o comando (Escore máximo = 1);

- Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: “alguma frase que tenha começo, meio e fim”; “alguma coisa que aconteceu hoje”; “alguma coisa que queira dizer”. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (Escore máximo = 1).

- Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (Escore máximo = 1).

Para estabelecer o ponto de corte do MEEM, consideramos a escolaridade do entrevistado: 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para sujeitos com 1 a 4 anos de estudo; 26 pontos para sujeitos com 5 a 8 anos de estudo; 28 pontos, 9 a 11 anos e acima de 11 anos, 29 pontos.¹²

O grau de dependência foi avaliado por meio do Índice de Katz, instrumento validado no Brasil, que engloba seis Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho.¹³

Uma pontuação 6 indica que o idoso é independente para realizar suas atividades cotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial, podendo o idoso requerer ou não auxílio. Uma pontuação igual ou inferior a 2 indica dependência total para as atividades de vida diária.¹⁴

Os dados coletados foram dispostos em uma planilha do Microsoft Excel, analisados por meio do programa Biostat 5.3 e apresentados por meio de tabela.

A presente faz parte de um projeto maior intitulado: “Avaliação da saúde da Pessoa Idosa”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (São Luís/MA), com parecer consubstanciado número 1.757.188. A mesma atende às normas presentes na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A amostra foi composta de 174 idosos. Pelo critério de exclusão pré-estabelecido, foram excluídos 8 prontuários que estavam com informações incompletas.

Tabela 1. Distribuição das variáveis socioeconômicas dos idosos usuários do CAISI, São Luís/MA, 2018.

Variável	Total N (%)	Com prejuízo Cognitivo N (%)	Sem prejuízo Cognitivo N (%)
Total		82(47,12%)	92(52,87%)
Sexo			
Feminino	110(63,21%)	48(43,63%)	62 (56,36%)
Masculino	64(36,78%)	34(53,12%)	30(46,78%)
Faixa Etária			
60-69	86(49,42%)	26(30,23)	60 (69,76%)
70-79	42(24,13%)	26(61,90%)	16(38,09%)
≥80	46(26,43%)	30(65,21%)	16(34,78%)
Cor			
Branco	100(28,73%)	56(56%)	44(44%)
Pardos	160(45,97%)	68(42,50%)	92(57,50%)
Negros	88(25,28%)	36(40,90%)	52(59,09%)
Escolaridade (Anos)			

Analfabetos	34(19,54%)	12(35,29%)	22(64,70%)
Até 4 Anos	52(29,88%)	18(34,61%)	34(65,38%)
5-8 Anos	46(26,43%)	32(69,56%)	14(30,43%)
Acima De 8 Anos	42(24,13%)	19(46,42%)	23(55,57%)
Estado Civil			
Solteiro	32(18,67%)	6(18,46%)	26(81,53%)
Casado(A) Ou União Estável	86(49,42%)	54(62,79%)	32(37,20%)
Viúvo	56(32,18%)	22(39,28%)	34(57,14%)
Aposentado			
Sim	129(73,85%)	81(63,03%)	48(36,96%)
Não	45(26,14%)	1(2,19%)	44(97,80%)
Grau De Dependência			
Dependente	46(26,43%)	25(53,26%)	21(46,73%)
Independente	128(73,56%)	22(17,18%)	106(82,81%)

A faixa etária predominante se encontra entre 60 e 69 anos (49,42%), o que também corresponde à mediana, com o primeiro e o terceiro quartis iguais a 63 e 80 anos, respectivamente e desvio padrão 9,3. Destes, a proporção superior pertenceu ao sexo feminino, correspondendo a 63,21%.

Quanto a etnia, no período estipulado não foi encontrado autodeclarados como indígenas e amarelos, restando somente os critérios brancos, negros e pardos, sendo este último o mais expressivo com 45,97%.

Quanto a escolaridade, o maior número de idosos estudou até 4 anos, representando 29,88%. A maioria, cerca de 49,42% afirmam ser casados ou estar vivendo em união estável, não houve relato no período de indivíduos divorciados. Mais da metade (73,85%) são aposentados.

No que diz respeito ao grau de dependência, não houve classificação para dependência parcial por os participantes não atingirem o critério. Foram classificados idosos como independentes e dependentes. E prevaleceu os independentes nas atividades de vida diária, com 73,56%.

Ao analisar os resultados da aplicação do protocolo do MEEM nos 174 idosos, foi constatado que 82 (47,12%) apresentavam prejuízo cognitivo com uma média de 15,7 pontos \pm 2,9 (mínimo: 0 e máximo: 22 pontos). Para os 92 (52,87%) idosos que não possuíam prejuízo cognitivo, o resultado do MEEM apresentou uma média de 22,1 pontos \pm 4,1 (mínimo: 13 e máximo: 29 pontos).

A prevalência de indicativo de déficit cognitivo foi de 47,12%. Observa-se maior percentual de declínio esteve presente entre os homens (53,12%), com idade igual ou

superior a 80 anos (65,21%). Prevalece os que estudaram de 5 a 8 anos (69,56%). Os casados ou em união estável aparecem em maior número, com 62,79%. Os idosos que possuem pelo menos a renda de aposentadoria corresponde a 63,03%, sendo maioria. Além disso, dentro deste critério, nota-se que os indivíduos dependentes de outra pessoa, também está em uma proporção maior, cerca de 53,26%.

Discussão

Idosos com limitações no cognitivo e enfrentando dificuldades na realização de atividades de cotidiano correm o risco de perder a independência, o que leva a sentimentos de inutilidade, diminui sua qualidade da vida e piora seu estado emocional.¹³

A média da idade dos idosos que buscaram os serviços do centro de atenção ao idoso, foi de 69 anos. Destes, há um número considerável de pessoas do sexo feminino (63,21%). Os dados do IBGE¹⁵ revelaram que, em 2009, havia para cada 100 mulheres acima de 55 anos somente 82,6 homens; essa proporção vem declinando ao longo do tempo em virtude da maior mortalidade masculina. Este fato pode ser justificado em parte pela frequente adesão feminina aos serviços de saúde e prevenção de agravos, em contrapartida a histórica resistência masculina.

Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Leite e colaboradores em 2002, nos quais a participação masculina não ultrapassou 10%, o que se justificou pelo processo de feminização da velhice. A motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da masculina, pois as mulheres, mais do que os homens, buscam entrar em contato com novas pessoas e ampliar o círculo de amizades.¹⁶

As frequências por critérios de cor ou raça foram compatíveis aos dados censitários e aos de estudos epidemiológicos brasileiros. Visto que é a etnia mais significativa no país, resultado da sua miscigenação. Ainda assim, está também aparece nos piores indicadores de poderio econômico e escolaridade.¹⁵

É notável a baixa escolaridade entre os pesquisados, destacando-se os que frequentaram a escola pelo ao menos 4 anos. Esse fato é especialmente relevante no Brasil, onde a taxa de analfabetismo entre idosos ainda é elevada: 30,7% dos idosos brasileiros têm menos de um ano de instrução. O baixo grau de escolaridade pode limitar o acesso a informações e dificultar a compreensão das orientações sobre prevenção e promoção de saúde, implicando em menor controle adequado e risco de complicações.¹⁵

A maior parte dos idosos encontram-se casados ou em união estável (49,42%). Porém, observa-se que a porcentagem dos que se encontram solteiros ou viúvos, juntos, são equivalentes ao estado civil predominante. No estudo de Wichmann¹⁷ que comparou o perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência do Brasil e Espanha, mostrou que há

semelhanças nesses resultados. Do ponto de vista psicológico a companhia do cônjuge ameniza o estado do doente e fornece apoio no processo de cuidado, sobretudo diante das complicações do estado de saúde. Entretanto, observa-se que a participação no serviço referenciado raramente é do casal.

73,85% dos indivíduos pesquisados afirmam ser beneficiados por algum tipo de aposentadoria. Esse resultado corrobora, por exemplo, com Andrade, em sua pesquisa em 2018, sobre percepção dos idosos quanto a participação em grupos de convivência. Ele traz como resultados que a maioria dos idosos entrevistados eram aposentados e relatou que o salário se destinava a contribuir com a família e comprar medicamentos. Os idosos têm, geralmente, aposentadorias e pensões como única fonte de renda, na qual se encontram bastante defasada, o que lhes confere baixo poder aquisitivo.

Quanto ao grau de dependência, 73,56% são independentes para desempenhar suas atividades básicas de vida diária. Resultado similar foi encontrado no estudo de Barbosa, em 2014, no seu estudo sobre capacidade funcional, encontrando que 61,9% autorreferiram ser independentes. Esta frequência pode ser justificada muitas vezes por uma resistência das famílias em levar os idosos com dependências até a unidade de saúde e/ou em grupos de convivência, preferindo o atendimento domiciliar ou institucional.¹⁹

O processo de envelhecimento faz com que os idosos apresentem declínio cognitivo, comumente observado nesta fase da vida. Esse fato leva o idoso a apresentar dificuldades em lembrar fatos recentes, de desenvolver cálculos e problemas com a atenção, em geral.¹⁹

Nosso estudo mostra que a maioria dos idosos atendidos no centro de reabilitação e convivência, que foram avaliados pela MEEM neste período, não apresentavam indicativo de déficit cognitivo. Porém, estudos longitudinais sustentam que a maior parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, ou seja, apresenta trajetória evolutiva estável e benigna. No entanto, o problema é observado nos indivíduos que apresentam diagnóstico de Doença de Alzheimer e naqueles que evoluirão para a doença. Daí a importância de um diagnóstico precoce.¹⁶

Foram utilizados pontos de corte sugeridos por Brucki¹², que são maiores em relação aos utilizados por outros autores, o que aumenta a sensibilidade dos números de casos identificados.

Dos idosos avaliados, 47,12% apresentaram indicio de declínio cognitivo. A prevalência foi entre os homens (53,12%). Esse achado diverge das principais pesquisas com a mesma temática.⁷⁻⁸⁻¹⁵ Este resultado é muito relevante, visto que a maior parte da amostra foi constituída pelo sexo feminino.

A faixa etária com maior indicio de déficit cognitivo são os idosos com 80 ou mais anos. Esse achado também foi identificado no estudo de Andrade e colaboradores¹⁴, onde as variáveis possuir idade de 83 anos ou mais foi considerado fator de risco para a incapacidade cognitiva moderada ou severa. O comprometimento cognitivo está associado ao aumento da faixa etária, assim como a diversas doenças. Ele representa condições que afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos e implicam maior utilização dos serviços de saúde.

Apesar de baixa (5-8 anos), a escolaridade do estudo aqui analisado é superior a nacional. A educação formal média dos idosos brasileiros é de 4,1 anos de escolaridade, sendo 5,5 milhões de analfabetos. O baixo nível educacional está relacionado à pobreza ou à diminuição do *status* socioeconômico, à pior saúde, ao menor acesso aos serviços de saúde e a um robusto fator de risco para demência.¹⁵

Melo e Barbosa²⁰, no estudo de revisão sobre o uso do Mini- Exame do Estado Mental com idosos no Brasil, demonstrou que a escolaridade das amostras dos estudos analisados é, de modo geral, baixa, e é possível perceber, também, uma discrepância entre estudos, pois encontraram um caso em que a média de anos de estudo foi 10,70. Isso denota o quão heterogênea é a população de idosos brasileira.

A situação conjugal mostrou-se interessante devido ao fato de que idosos sem companheiros tiveram um nível de perda cognitiva inferior aos que eram casados (62,79%). O mesmo resultado foi encontrado na revisão de Nazario¹¹, desmentindo o senso comum de que a falta de um companheiro faz com que o idoso evolua para a instalação de um quadro patológico, desencadeando secundariamente o declínio cognitivo.

A maioria dos idosos que foram identificados com déficit cognitivo, declararam ter algum tipo de aposentadoria (63,03%). Esse dado corrobora com a maioria das pesquisas com idosos. Isto se dá pelo número de aposentados ser muito alto. Concomitante a isso, geralmente a frequência de declínio cognitivo é linearmente a idade. E quanto maior a idade, também maior a predominância de aposentados.⁷⁻⁹⁻¹⁰

Com relação às escalas funcionais, mensuradas pelos protocolos de Katz¹³, os idosos com prejuízo cognitivo obtiveram uma pontuação inferior (53,26%), mas não significativa, em relação aos idosos sem alterações cognitivas. Autores afirmam que a associação dos resultados do teste cognitivo com as escalas funcionais pode aumentar a confiabilidade do diagnóstico do estado mental.¹⁹

A incapacidade é definida como dificuldade ou mesmo impossibilidade de desempenho de gestos ou atividades de vida diária, que pode estar ou não relacionada a doença ou deficiência. Observa-se que a capacidade funcional pode ser influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos, demográficos ou psicossociais. Podemos afirmar que

manter a capacidade funcional tornou-se o novo paradigma do idoso. A perda da capacidade funcional aumenta a taxa de mortalidade dessa população, uma vez que indica a autonomia desse idoso. Dessa forma, o diagnóstico precoce e a prevenção são os maiores aliados para a manutenção da longevidade e independência.⁸

Quanto maior o comprometimento cognitivo, maior dependência para atividades básicas de vida diária (ABVDs). Assim, o idoso tem como necessidade amparo ao realizar ações funcionais, perdendo sua autonomia e conseqüentemente sua independência.¹¹

As conseqüências apontadas permitem analisar que as limitações não só se evidenciam dentro de casa, nas atividades básicas, mas na relação do ser com a sociedade. Rosa e colaboradores, em 2018, em seu estudo que buscou descrever a distribuição das redes sociais e de apoio em idosos do município de São Paulo, discutem o fato de que a incapacidade funcional impede o fornecimento de ajudas, visto que com o avançar da idade é de se esperar menor desempenho quanto à autonomia.²¹

Os resultados encontrados para o Katz são também corroborados ao estudo de Ferreira, em 2014. De acordo com ele, uma melhor cognição pode estar relacionada a uma melhor capacidade para realizar as ABVD. Apesar da concepção de que os indivíduos nos estágios iniciais de déficit cognitivo não apresentem declínio na realização de atividades diárias, as evidências sugerem que o desempenho das atividades cotidianas complexas com maior exigência cognitiva podem ser afetadas.²²

A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar psicológico, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. As redes de relações são importantes fontes de suporte social e estão relacionadas ao senso de bem-estar. Do mesmo modo, o nível de satisfação dos idosos na convivência com outros pode aumentar de intensidade no decorrer da vida, melhorando a qualidade de vida independente da presença de doença e limitações físicas.¹⁶

A multiplicidade de pontos de corte no uso do MEEM pode dificultar as comparações entre estudos. A limitação deste, refere-se a seu desenho transversal, que impede o estabelecimento de relações de causalidade. Além disso, nota-se que há uma restrição de pesquisas recentes sobre o estudo da cognição em idosos saudáveis ou não hospitalizados, dificultando um pouco a comparação dos conceitos e conteúdos produzidos pela pesquisa atual e ressaltando a importância da mesma.

Conclusão

A maior parte dos idosos não possuem comprometimento cognitivo e são independentes nas atividades de vida diária. Porém, a maioria dos idosos que possuem indicativo de comprometimento cognitivo, também possuem grau de dependência classificado como dependente.

REFERÊNCIAS

1. Serra, JN. A violência contra a pessoa idosa: um olhar sobre a violência estrutural-social em distintos cenários da vida. [Tese de Doutorado em Políticas Públicas] Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.
2. Pontifícia FSR; Pontifícia GG; Oliveira PC. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. Revista Brasileira em Promoção de Saúde. 2017, vol.30, nº2.
3. Martins, MFC. Perfil Sociodemográfico, Clínico e Cognitivo de Idosos Atendidos em um Centro de Referência, São Luís - MA. 2014. 86f. [Dissertação] Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
5. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Rodrigues NCP, Andrade MKN, Dwyer GO. Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. Cad. Saúde Pública [online]. Vol.32, n.7, 2016.
6. Casemiro FG et al. Efeitos da educação em saúde em idosos com comprometimento cognitivo leve. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, supl. 2, p. 801-810, 2018. Moraes EN et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 50, 81, 2016.
7. Guedes DV, Barbosa AJG, Magalhães NC. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. Aval. psicol. [Internet]. Abr; 12(1): 9-17, 2013. Jorge MSG, Lima WG, Vieira PR, Vogelmann SC, Myra RS, Wibelinger, LM. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. Saúde e Pesquisa, v10, n1, 61-73, jan-abr. 2017.
8. Trindade APNT, Barboza MA, de Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Fisioter Mov. 2013 abr/jun;26(2):281-9
9. Confortin SC. Condições de vida e saúde em idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso Epidemiol. Serv Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, junho de 2017.
10. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(5):773-80.
11. 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.

12. Brucki S, Nitrini R, Caramelli Paulo, Bertolucci PHF, Okamoto IH . Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. Set 2003; 61 (3B): 777-781.
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-9.
14. Andrade FLJP et al . Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 186-196, Apr. 2017.
15. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
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 Gaúcha Enferm* 2012;33(4):64-71.
17. Wichmann FMA, Couto AN, Areosa SVC, Montañés MCM. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2013 ,Dec, 16(4): 821-832.
18. Andrade AN, Nascimento MMP, Oliveira MMD, Queiroga RM, Fonseca FLA, Lacerda SNB et al . Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Jan 02] ; 17(1): 39-48.
19. Barbosa, Bruno Rossiet al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 08 [Acessado 9 Dezembro 2018], pp. 3317-3325.
20. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015, Dec [cited 2019 Jan 02] ; 20(12): 3865-3876.
21. Rosa TSM, Filha Valdete Alves Valentins dos Santos, Moraes Anaelena Bragança de. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018, Nov,23 (11): 3757-3765.
22. 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; 67(2):247-251.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento da expectativa de vida está vinculado ao aumento de doenças crônico-degenerativas e das limitações funcionais, sendo necessário, segundo a OMS, a implementação de políticas públicas e programas orientados pela política "envelhecimento ativo", que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos idosos. Novas medidas para manter a população idosa saudável e ativa são necessárias em todo o mundo.

Atualmente, percebe-se que há uma ênfase nos aspectos preventivos na área da saúde. Tal interesse se dá por ser socioeconomicamente mais viável investir na prevenção da saúde do que tratar as doenças já estabelecidas.

Na saúde mental do idoso, a identificação precoce de declínio cognitivo permite que se tracem estratégias de promoção de atividades cognitivas, de modo a retardar este declínio. Para isso, faz-se necessário a utilização de instrumentos diagnósticos sensíveis.

Nosso estudo, divergindo da maioria, encontrou maior percentual de homens idosos com declínio cognitivo. Esse dado é muito relevante, visto que a amostra era constituída principalmente pelo sexo feminino.

Observou-se também que o comprometimento cognitivo é linear a idade. Notando assim, que quanto maior a idade, maior as chances de prejuízo cognitivo. Este fato nos permite agir na prevenção dos agravos.

Os idosos com que se autodeclararam pardos estão em maior quantidade, indo ao encontro aos dados do IBGE. Essa população, juntamente com os negros, é indicada pela literatura como os mais suscetíveis a desenvolver doenças crônicas degenerativas e geralmente aparecem em maior número por buscar mais os serviços de saúde.

Em relação à avaliação dos itens do MEEM, segundo a presença de declínio cognitivo e o grau de escolaridade, observamos que para a maioria ainda são de baixa escolaridade. Porém, nossa pesquisa demonstrou que os idosos se apresentaram acima da média nacional de escolarização dessa faixa etária.

Esse estudo, complementando outros, encontrou que os idosos com déficit cognitivo, possui companheiro(a). O que vem desmentir o senso comum de prejuízo cognitivo está associado a ausência de esposa/marido.

Além disso quase a totalidade conta com aposentadoria para seu sustento. Muitos estudos afirmam que a manutenção da capacidade funcional, por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com atividades agradáveis até idades mais avançadas, tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos. Da mesma forma, o bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre as limitações e potencialidades.

Quanto ao grau de dependência, segundo a escala proposta por Katz, a maior parte dos idosos com déficit cognitivo são dependentes para realizar as atividades de vida diária. Porém, esta frequência não foi expressiva.

Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de ações que favoreçam a cognição, principalmente nas áreas de atenção e cálculo, capacidade construtiva visual, e memória de evocação, por meio de jogos e técnicas individuais e em grupo. Destaca-se a necessidade de avaliação periódica das atividades realizadas para identificar os possíveis benefícios dessa prática.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, Giovanni Gurgel; BATISTA, Lucia Helena. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 10-19, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de outubro de 2018
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 2013.
- ANDRADE, Fabienne Louise Juvêncio Paes de et al . Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 186-196, Apr. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000200186&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2018
- BARBOSA, Bruno Rossiet al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 19, n. 08, pp. 3317-3325. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>>Acesso em 9 dezembro de 2018
- BERTOLUCCI PH, BRUCKI SM, CAMPACCI SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuro-Psiquiatr** [periódico na Internet]. 1994. 52(1):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. Acesso em 10 de outubro de 2018
- BRASIL. (12 de julho de 2017). **Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017**. Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm> Acesso em: 21 de janeiro de 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil>>. Acesso em: 08 de abril de 2018.
- BRITO KQD, MENEZES TN, OLINDA RA. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(5):773-

80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>. Acesso em 01 de maio de 2018

BRUCKI, Sonia MD et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set.

2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. acesso em 25 de julho de 2018.

CARVALHO, GS. **Avaliação fisioterapêutica da funcionalidade do idoso com bases no Índice Katz e Escala Mif.** [Monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Veiga de Almeida; 2008. [citado 2014 Out 23]. Disponível

em:<<https://www.uva.br/sites/all/themes/uva/files/pdf/AVALIACAOFISIOTERAPEUTICA-DAFUNCIONALIDADE.pdf>>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

CASEMIRO, Francine Golghetto et al . Efeitos da educação em saúde em idosos com comprometimento cognitivo leve. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 71, supl. 2, p. 801-810, 2018 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800801&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 de novembro 2018

CONFORTIN, Susana Cararo. Condições de vida e saúde em idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso **Epidemiol. Serv Saúde** , Brasília, v. 26, n. 2, p. 305-317, junho de 2017. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000200305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de abril de 2018.

COSTA EFA, PORTO CC, ALMEIDA JC, CIPULLO JP, MARTIN JFV. **Semiologia do idoso.** In: Porto CC, organizador. *Semiologia médica.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2002. p. 166-97.

COSTA, Elisa Franco de Assis. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). In: LIBERMANN, Alberto et al. **Diagnóstico e tratamento em cardiologia geriátrica: Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).** 1ª Edição. Barueri: Editora Manole, 2005.

Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/revistadc/article/view/108747/107168>. Acesso em 10 de outubro de 2018

FARINATI, PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. **Arq Geriatr Gerontol** 1997; 1:1-9. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v6n6/v6n6a03.pdf>> Acesso em 07 de novembro de 2018

Goyanna NF; Freitas CASL; Brito MCC; et al. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção

Granger C, Albrecht G, Hamilton B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 1979[cited 2015 Jan 21];60(4):145-54. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/157729>> Acesso em 10 de dezembro de 2018

GUEDES, Danielle Viveiros; BARBOSA, Altemir José Gonçalves; MAGALHAES, Neide Cordeiro de. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 12, n. 1, p. 9-17, abr. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 24 outubro de 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo Participação de idosos na população saltou de 2,7% para 7,4%. Disponível em:

<http://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso.html?view=noticia&id=3&idnoticia=1866&busca=1&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas>. Acesso em 10 de outubro de 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BR). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Brasília (DF): IBGE; 2013. 21p.

JORGE, Matheus Santos Gomes; LIMA, Willian Guerra de; VIEIRA, Patrícia Rodigheri ; VOGELMANN, Sabrina Casarin ; MYRA, Rafaela Simon ; WIBELINGER, Lia Mara. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. **Saúde e Pesquisa**, v10, n1, 61-73, jan-abr. 2017. Disponível

em:<<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5822>>

Acesso em: 21 de março de 2018

KARNAKIS, Theodora. Oncogeriatría: uma revisão da avaliação geriátrica ampla nos pacientes com câncer. **Rev. Bras. Med(online)**, Vol 68, N^o5, 2011. Disponível

em:<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4741> Acesso em: 14 de fevereiro de 2018

KATZ S, FORD AB, MOSKOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963; 185:914-9. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14044222>. Acesso em: 10 de agosto de 2018

LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist** 1969; 9:179-186. Disponível: <[https://academic.oup.com/gerontologist/article-](https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3_Part_1/179/552574?redirectedFrom=fulltext)

[abstract/9/3_Part_1/179/552574?redirectedFrom=fulltext](https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3_Part_1/179/552574?redirectedFrom=fulltext)> Acesso em: 09 de dezembro de 2018

LINO, Valéria Teresa Saraiva; PORTELA, Margareth Crisóstomo; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; RODRIGUES, Nadia Cristina Pinheiro; ANDRADE, Monica Kramer de Noronha; DWYER, Gisele O. Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional.

Cad. Saúde Pública [online]. Vol.32, n.7, 2016. Disponível

em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00086715.pdf>>

Acesso em: 14/01/18

MAHONEY FI, BARTHEL D. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md. State Med J.** 1965; 14:61-65. Disponível em: <[http://www.strokecenter.org/wp-](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)

[content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf](http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf)> Acesso em: 24 de outubro de 2018

MARTINS, Maria de Fátima Carvalhal. **Perfil Sociodemográfico, Clínico e**

Cognitivo de Idosos Atendidos em um Centro de Referência, São Luís – MA.

2014. 86f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 2014.

MELO DM, BARBOSA AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciênc Saúde**

Coletiva. 2015; 20(12):3865-76. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>>. Acesso em 16 de novembro de 2018

MELO, Beatriz Rodrigues de Souza et al. Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.

4, e20160388, 2017. Disponível em: 21 de julho de 2018

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400209&lng=en&nrm=iso)

[81452017000400209&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400209&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Dec. 2018.

MONTIEL, José Maria et al . Testes do desenho do relógio e de fluência verbal: contribuição diagnóstica para o Alzheimer. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 169-180, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 de dezembro de 2018

MORAES EM. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MORAES, Edgar Nunes de et al . Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, 81, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100254&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de outubro de 2018

MOTA, Márcia Maria Peruzzi Elia da et al . Triagem cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas , v. 25, n. 3, p. 353-359, Sept. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 de novembro de 2018

MOURA, Maria Martha Duque de; VERAS, Renato Peixoto. Acompanhamento do crescimento humano no centro de convivência. **Physis** , Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19 a 39 de janeiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de novembro de 2018

MOURA, Maria Martha Duque de; VERAS, Renato Peixoto. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 27, n. 01 , pp. 19-39. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100002>>. Acesso em 01 de abril de 2018

na estratégia saúde da família. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):379-386. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000100002>

NAKATA, Priscila Tadei; COSTA, Francine Melo da; BRUZAMOLIN, Carolina Dea. **Rev. enferm. UFPE online**; 11(supl.1): 393-402, jan.2017. *ilus, tab*. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>> Acesso em 09 de abril de 2018.

NOGUEIRA, Letícia Veloso , SILVA, Marcella de Oliveira e; HAAGEN, Márcia Van Der; SANTOS, Rita de Cássia Caramêz Saraiva ; RODRIGUES, Eugênia Lucélia de Seixas. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**; Vol 15,n02, 90-93 pág. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875550/152_90-93.pdf> Acesso em: 15 de abril de 2018.

OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel de; MATTIOLI, Cristiane Delesporte Pereira; BARCELOS, Bárbara Jacome; HORTA, Natália de Cássia; LACERDA, Tatiana Teixeira Barral. PROMOÇÃO DA SAÚDE E INTERSETORIALIDADE NA REDE DE ATENÇÃO AO IDOSO. **Revist Geriatr.(online)**; 11(4): 182-188, out.-dez. 2017. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876609/gga-v11n4_pt_182-188.pdf> Acesso em:14 de janeiro de 2018

OMS (Organização Mundial da Saúde), o que é ser idoso. Disponível em:

<<http://www.dw.de/seridoso-%C3%A9-o-novo-padr%C3%A3o-anuncia-oms-no-dia-da-sa%C3%BAde/a15865118>> Acesso em 14 de fevereiro de 2018.

org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386

PESSOA RMP, FARIA SM, MORAIS D, CHAGAS MHN. Da Demência ao Transtorno Neurocognitivo Maior: Aspectos Atuais. **Revista Ciências em Saúde**, v. 6, n. 4,1-9, 2016. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.21876/rcsfmit.v6i4.606>> Acesso em: 23 de setembro de 2018

PONTIFÍCIA, Fernanda Silva Rocha; PONTIFÍCIA, Giulliano Gardenghi; OLIVEIRA, Patrícia Conceição. Perfil de idosos submetidos à avaliação geriátrica ampla em serviço de reabilitação. **Revista Brasileira em Promoção de Saúde**.2017,vol.30,n.2.Disponível

em:<<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5652>> Acesso em:14/01/18

PORCIÚNCULA, Rita de Cássia Román da ; CARVALHO, Eduardo Freese de; BARRETO, Kátia Magdala Lima; LEITE, Valéria Moura Moreira .Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, 2014,v. 17, n. 2, p. 315325. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200315> Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

PRINCE M, BRYCE R, ALBANESE E, WIMO A, RIBEIRO W, FERRI CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. **Alzheimer&**

Dement.;9(1):63-75,2013. Disponível

em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1552526012025319>>.

Acesso em:19 de novembro de 2018

RABELO, Doris Firmino ; NERI, Anita Liberalesso. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**

[online]. 2015, v. 31, n. 4, pp. 874-884. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00087514>>. Acesso em:07 de abril de 2018.

RADANOVIC M, STELLA F, FORLENZA OV. Comprometimento cognitivo leve. **Rev Med**[Internet]. 2015.94(3):162-8.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa ; RAMOS, E. M. B. (Org.) . **Direitos humanos e envelhecimento no Maranhão**. 1. ed. São Luís: EDUFMA, 2016. v. 1. 264p .

Reis LA dos, Reis LA dos, Torres GDV. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Ciênc Cuid Saúde*

[online]. 2015; 14(1):847. Disponível em: [http://periodicos.](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585)

[uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585)

SARAIVA, Luciana Braga; SANTOS, Suziane Naíris de Souza Arruda dos;

OLIVEIRA,Francisco Ariclene; MOURA, Denizielle de Jesus Moreira; BARBOSA, Rachel Gabriel Bastos; ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha de. Avaliação Geriátrica

Ampla e sua Utilização no Cuidado de Enfermagem a Pessoas Idosas. **Jornal**

Health Science , 2017,v 19,n 4,pag 262-267.Disponivel em:

<<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/4845> >Acesso em 20 de julho de 2018.

SERRA, Jacira do Nascimento. **A violência contra a pessoa idosa: um olhar sobre a violência estrutural-social em distintos cenários da vida**. Tese

(Doutorado em Políticas Públicas), UFMA ,2014. Disponível em:<

<https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/754>>

SILVEIRA, Michele Marinho da; PORTUGUEZ, Mirna Wetters. Análise da qualidade de vida e prevalência de comprometimento cognitivo, ansiedade e sintomas

depressivos em idosos. **Estud. psicol. (Campinas)** , Campinas, v. 34, n. 2, p. 261-268, junho de 2017. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000200261&lng=en&nrm=iso)

[166X2017000200261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000200261&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 25 de novembro de 2018

TORTORA GJ, DERRICKSON B. **Corpo Humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. Porto Alegre: Artmed; 2012.

VALCARENGHI, Rafaela Vivian et al . Produção científica da Enfermagem sobre promoção de saúde, condição crônica e envelhecimento. **Rev. Bras.**

Enferm., Brasília , v. 68, n. 4, p. 705-712, Aug. 2015 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400705&lng=en&nrm=iso)

[71672015000400705&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400705&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 de agosto de 2018

APÊNDICE - FORMULÁRIO

1. Sexo ()

(1) Masculino (2) Feminino

2. Idade (anos completos):

3. Raça/Cor ()

(1) Branca

(2) Preta

(3) Amarela

(4) Parda

(5) Indígena

4. Quantos anos estudou ()

(1) Analfabeto (2) até 4 anos

(3) 5 a 8 anos (4) Acima de 8 anos

5. Estado civil ()

(1) Casado/união estável (2) Solteiro

(3) Separado/Divorciado (4) Viúvo

6. Aposentado ()

(1) Sim (2) Não

7. Grau de dependência ()

(1) Dependente

(2) Parcialmente dependente

(3) Independente

8. Resultado do MEEM:

ANEXO - Normas de publicação na revista “CUIDADO É FUNDAMENTAL ONLINE”

REVISTA DE PESQUISA: Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361

Preparo dos manuscritos

QUANTO À REDAÇÃO — os manuscritos devem ser redigidos de maneira objetiva, mantendo linguagem adequada ao estudo, bem como ressaltando a terminologia científica condizente. QUANTO À AUTORIA — o conceito de autoria está respaldado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. QUANTO À FORMATAÇÃO — os manuscritos devem ser produzidos em editor de texto word 7.0 (ou versão inferior) com: a) 25 páginas (máximo), excluindo-se: página de rosto, resumo, abstract, resumen (todos com descritores), agradecimentos e referências (Estilo Vancouver), digitadas em uma só face, em papel tamanho A4. b) Fonte Trebuchet MS, justificado, tamanho 11, espaço 1,5 linha em todo o texto (há exceções para tabelas e citações). c) Páginas numeradas no ângulo superior direito a partir da página de identificação. d) Margens laterais, superiores e inferiores de 3,0 cm cada.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

e) Os resumos devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, entre 150 e 200 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Não usar os termos: Palavras-chave, Keywords e Palabras-llave. Usar: DESCRITORES, DESCRIPTORS e DESCRIPTORES, respectivamente. Ressalta-se que os itens observados se adequarão à natureza do estudo qualitativo, quando for pertinente. f) Não deverá ser utilizada nenhuma forma de destaque no texto (sublinhado, negrito, marcas d'água), exceto para títulos e subtítulos. Nos subtítulos NÃO USAR numeração nem no final o sinal de: . O texto deve ser escrito abaixo. g) Utilizar apenas itálico em palavras ou expressões que realmente necessitem ser enfatizadas no texto. h) Os títulos e subtítulos devem ser identificados por negrito e letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Nos subtítulos não usar numeração nem no final o sinal de: . O texto deve ser escrito abaixo. i) Não usar

rodapé ou cabeçalhos. j) As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Não usar o termo << BIBLIOGRÁFICAS >> l) Recomenda-se o uso de parágrafos de 1,5 cm para as referências. QUANTO À ESTRUTURA a) Página de rosto — título do manuscrito que deve ser centralizado e somente a primeira letra em maiúscula; versão do título nos idiomas inglês e espanhol. Na versão em que o manuscrito seja em espanhol ou francês, deverá ser apresentado no idioma inglês, inclusive. Abaixo do título, justificado: 3

1) Nome completo do(s) autor(es), titulação e instituição a que pertence(m) e e-mail; 2) Nome, endereço, telefone, fax e e-mail do autor responsável para troca de correspondência; 3) Tipo de auxílio e nome da agência financiadora, se convier; 4) Se elaborado a partir de tese, dissertação ou monografia: título, ano e instituição onde foi apresentada. O nome do orientador deve ser incluído como autor. b) Resumos — devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, entre 150 e 200 palavras no máximo. Deve-se iniciar e sequenciar em tópicos os seguintes termos: OBJETIVO, MÉTODOS, RESULTADOS, CONCLUSÃO, DESCRITORES seguido do sinal de : . Usar letra maiúscula apenas na primeira letra de cada palavra. Na versão em que o manuscrito for escrito em Espanhol ou Francês, apresentar o abstract; na versão em que for em Inglês, o resumen. DESCRITORES — indicar de três a cinco termos que identifiquem o tema, limitando-se aos descritores recomendados nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], traduzido do Medical Subject of Health — MeSH, e apresentado gratuitamente pela BIREME na forma trilingüe, na página URL: <http://decs.bvs.br> TESE E DISSERTAÇÃO — enviar o resumo, abstract e resumen. c) Texto — os textos de manuscritos Pesquisa, Pesquisa de Iniciação científica, Ensaio e de revisão devem apresentar: 1) INTRODUÇÃO; 2) OBJETIVO; 3) MÉTODOS; 4) RESULTADOS; 5) DISCUSSÃO; 6) CONCLUSÃO; 7) AGRADECIMENTOS (opcional); 8) REFERÊNCIAS (Estilo Vancouver). As demais categorias terão estrutura textual livre, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias. Os textos de manuscritos Pesquisa, Página de Iniciação Científica, Ensaio e de revisão devem conter as seguintes seções: 4

1) INTRODUÇÃO — deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento, fornecendo referências estritamente pertinentes. 2) MÉTODOS — devem descrever o tipo de estudo, a população, a amostra, os critérios de seleção da amostra, o instrumento de coleta de

dados, os procedimentos para a coleta e análise dos dados. Necessariamente devem explicitar o cumprimento dos princípios de pesquisa envolvendo seres humanos ou animais, bem como o nome do Comitê de Ética em Pesquisa no qual o projeto de pesquisa foi aprovado com o respectivo número de protocolo.

Para os autores brasileiros, a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP, deve ser considerada; para os estrangeiros, se adotaram a Declaração de Helsinki, disponível na página URL: <http://www.wma.net>. 3)

RESULTADOS — devem descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações e o texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. a) **TABELAS** — devem ser elaboradas para reprodução direta, em preto e branco, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Empregar em cada coluna um título curto ou abreviado. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

b) **ILUSTRAÇÕES** — fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, as quais devem ser elaboradas para reprodução de acordo com o formato da 5

REPEF, em preto e branco, inseridos no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. c) **CITAÇÕES** — No texto, utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 11 e parágrafo simples (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data. d) **DEPOIMENTOS** - na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código

que representar cada depoente entre parênteses. Exemplo: Acho que não faz sentido avaliar este trabalho de modo que não comprometa a idoneidade dos autores assim como a identificação de cada um. (Davidson). As citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem uso do parêntese e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*. Números seqüenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios devem ser separados por vírgula. Não citar os nomes dos autores e o ano de publicação. *Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese e colocado após o ponto final. . 1 4) DISCUSSÃO — deve conter comparação dos resultados com a literatura, as limitações da pesquisa e a interpretação dos autores, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. 5) CONCLUSÃO — relacionar as conclusões com os objetivos do trabalho, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e incluindo recomendações, quando pertinentes. 6) AGRADECIMENTOS — devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou 6 instituições que contribuíram significativamente para o estudo. 7) REFERÊNCIAS — A REPEF adota os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas — Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português). Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals> . Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano. As referências devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver. Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto. Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al". Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver. "Exemplos: 1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-

organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

2. Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6.

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4^a ed. St. Louis: Mosby; 2002.

4. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

5. Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]*. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

6. Tannouri AJR, Silveira PG. *Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis [trabalho de conclusão de curso]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Curso de Medicina. Departamento de Clínica Médica, 2005.

7. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [periódico na Internet]. 2002 Jun [acesso em 2002 Aug 12];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

8. Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizada em 2002 May 16; acesso em 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>

OUTROS Livros como um todo: Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4^a ed. São Paulo (SP): Atlas; 2002. Livros traduzidos: 8

Nightingale F. *Notas de enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo (SP): Cortez; 1989. Livros com organizador, coordenador, editor ou compilador: Figueiredo NMA, Viana DL, coordenadoras. *Tratado prático de enfermagem*. São Caetano do Sul (SP): Yendis; 2006. Capítulo de livro: Moreira A. *Movimentos de profissionalização da enfermagem*. In: Oguisso T, organizadora. *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. 1^a. São Paulo (SP): Manole; 2005. Teses, dissertações e monografias acadêmicas: Melo ECP. *Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial [tese]*. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004. Porto F. *A cartografia de luta das enfermeiras obstetras na maternidade Leila Diniz (1996-1998): do soldado ao batom [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Programa

de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2001. Alessandra CM. O enfermeiro diante do corpo do cliente em fase terminal: o cuidado que transcende o real e o concreto [monografia] Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, UNIRIO; 2005.

Trabalhos de congressos e de seminários: anais, livros de resumos: Amorim WM, Barreira IA. As circunstâncias do processo de reconfiguração da Escola Profissional da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. In Anais do 2º Colóquio Latino-americano de História de Enfermagem; 2005 set 12-15; Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 2005. p 148-53. 9

Artigo padrão publicado em periódico impresso: Moreira MC, Carvalho V. Manifestações de ansiedade de clientes durante tratamento quimioterápico: indicativo para o planejamento do cuidado de enfermagem. R. pesq.: cuidado é fundamental 2005 jan/dez; 9 (1/2): 7-16.

Artigo publicado em periódico de meio eletrônico: Cabral IEC. Cuidando y educando para la cidadania: modelo sociopolítico. Freire Online – A journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico on line] 2003 jul; [citado 10 set 2003]; 1(2): [aprox. 3 telas]. Disponível em <http://www.paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.html> Artigo consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas: Carvalho V. Sobre constructos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

[on line] 2003 jul/ago; [citado 22 dez 2003]; 11(4): [aprox. 8 telas]. Disponível em <http://www.scielo.br> Artigo no prelo (com confirmação para publicação): Brum AKR, Tocantins FR, Silva TJES. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. No prelo 2004. Artigo em periódico de divulgação comercial (revista e jornal): Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo) 2003 out 29; 36 (43): 95-113. Resumo, editorial e resenha publicados em periódicos: Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: por que, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery Rev. Enferm 2003 dez; 3(7): 309-10. Instituição como autor: Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. MMWR 1990; 39(RR-21): 1-27. 10

Trabalhos em CD-ROM: Motta MCS, Marin HF, Zeitone RC. Exame físico em consulta de enfermagem de puericultura. [CD-ROM]. Rio de Janeiro (RJ): NCE / EEAN / Central

de Eventos; 2001. Página da Web: Mascagni PMA. Adolescência e diabetes. São Paulo (SP): ABC da saúde; 2003. [citado 18 ago 2005]. Disponível em: URL: <http://www.abcdasaude.com.br/DM/adolesc.htm> Verbete de dicionário: Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ); Nova Fronteira; 1986. Cuidado; p. 507. Relatório técnico e científico: Associação Brasileira de Enfermagem. Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro (RJ); 2000. Paes FRC, Nogueira ARR, Dias DS. Protótipo de sistemas de informação: um estudo sobre a tecnologia utilizada. Rio de Janeiro (RJ): IBM/Centro Científico; 1998. Relatório técnico nº CCR-60. Ata de reunião: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Ata da reunião ordinária nº 7 do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental, do Departamento de Enfermagem Fundamental para tratar reunião ordinária para a implantação do Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ); 2000 set.

Documentos jurídicos (leis, atos normativos, portarias e resoluções): Senado Federal (BR). Constituição: República Federativa do Brasil: 1988. Brasília (DF): Centro Gráfico: 1988. 11

Decreto lei nº 2268, de 30 de junho de 1997. Regulamenta a lei nº 9434 sobre doação de órgãos no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 1997 jul; 123 (99): 6110. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 1996. [citado em 17 jun 2000]. Disponível em: URL: <http://www.ufrgs.br/hcpa/gppg/res19696.htm>. Erratas: os pedidos de correção deverão ser encaminhados num prazo máximo de 30 dias após a publicação do periódico.