

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO E LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**MARIANA DE AZEVEDO RAMOS**

**COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS TESTES DE**  
**ACOMPANHAMENTO EVOLUTIVO DE IDOSOS COM ALZHEIMER**

**NITERÓI**

**2013**

**MARIANA DE AZEVEDO RAMOS**

**COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS TESTES DE  
ACOMPANHAMENTO EVOLUTIVO DE IDOSOS COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Selma Petra Chaves Sá

**Niterói**

**2013**

R 175 Ramos, Mariana de Azevedo.  
Comparação dos resultados dos testes de  
acompanhamento evolutivo de idosos com Alzheimer /  
Mariana de Azevedo Ramos. – Niterói: [s.n.], 2013.  
54 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2013.  
Orientador: Profª. Selma Petra Chaves Sá.

1. Idoso. 2. Doença de Alzheimer. 3. Demência. 4.  
Enfermagem. I. Título.

CDD 618.97

**MARIANA DE AZEVEDO RAMOS**

**Comparação dos resultados dos testes de acompanhamento evolutivo de idosos  
com Alzheimer**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Enfermagem e Licenciatura da Escola de  
Enfermagem Aurora de Afonso Costa,  
como requisito parcial para obtenção do  
título de Enfermeiro e Licenciado em  
Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Selma Petra Chaves Sá – Orientadora

Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Mirian da Costa Lindolpho – 1<sup>a</sup> Examinadora

Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Thiara Joanna Peçanha da Cruz – 2<sup>a</sup> Examinadora

Universidade Federal Fluminense

## **DEDICATÓRIA**

*A minha Mãe e a minha Avó, por serem seres humanos extraordinários que estavam sempre dispostos a me ajudar e me dar cafuné.*

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por ter iluminado o meu caminho e me dado forças durante esse período da minha vida para que eu pudesse concluir minha formação profissional.

Também gostaria de agradecer a minha Mãe, minha Avó, meu Irmão e meu Pai por serem minha base em todos os momentos da minha vida. Obrigada pelo colo e pelos conselhos.

Ao meu Noivo e amigo, por estar ao meu lado em todos os momentos. Por me incentivar e nunca duvidar de mim. Pode ter certeza de que você foi parte essencial no meu crescimento pessoal e profissional. Você me acompanhou desde os primeiros períodos e fez de mim a pessoa que eu sou hoje. Sem você, eu não teria conseguido.

Aos Tios que me deram abrigo e apoio. Obrigada por esses anos que vocês me aguentaram. Tenho certeza de que sem isso, o meu caminho acadêmico teria sido muito mais tortuoso.

Aos amigos que me acompanharam, ajudaram e acreditaram em mim. Em especial a Katia e a Raquel, que me “acharam” durante a faculdade. Tenho certeza que a nossa amizade irá perdurar e que ainda estaremos juntas por muitos e muitos anos.

Aos Mestres que conheci durante o período da Faculdade e que com toda certeza me fizeram uma Enfermeira melhor.

## RESUMO

As projeções apontam que a população de idosos no Brasil chegará ao ano 2020 com mais de 28,3 milhões, representando quase 12,9% da população. Com isso, os idosos começaram a ter uma maior representação na sociedade, e um número cada vez maior passou a sobreviver mais tempo, com isso atingindo idades mais avançadas. As proporções da população “muito idosa” que seria aquela acima de 80 anos [...] está aumentando, e em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 166 mil pessoas em 1940, [...] passou para quase 1,8 milhão em 2000. Inúmeros estudos mostram a possibilidade de desenvolver algum tipo de demência e fazem uma associação com o avançar da idade. O que foi mostrado é que quanto maior é a idade desse idoso, maior é a probabilidade de desenvolver qualquer tipo de demência. O objetivo geral foi: Comparar os resultados dos testes de Mini-exame do Estado Mental, Katz e Lawton dos idosos com demência de Alzheimer e que participaram efetivamente das oficinas de estimulação cognitiva. E os específicos: Caracterizar o perfil dos idosos com demência que participaram de oficinas de estimulação cognitiva em programa universitário; apresentar os resultados dos testes de Mini-exame do Estado Mental, Katz e Lawton dos idosos que participaram das oficinas de estimulação. É uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva-exploratória. Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos Mini-Exame do Estado Mental, Katz e Lawton que foram realizados durante a Consulta de Enfermagem que ocorreu de três em três meses durante o período de um ano. Esses instrumentos foram utilizados a fim de avaliar o desempenho cognitivo e funcional desse idoso. Por meio dos dados obtidos, foi possível traçar um perfil demográfico dos clientes, com base em gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil e comorbidades associadas. E pudemos constatar que a maioria dos idosos consegue manter a capacidade funcional por mais tempo do que a capacidade cognitiva, o que é esperado, visto que o declínio cognitivo é mais acentuado na demência de Alzheimer. Finalizando, o enfermeiro sendo o profissional que trabalha com propriedade nas áreas de educação em saúde, promoção em saúde e na reabilitação na mesma, não pode perder de vista a importância que tem o estímulo cognitivo e do autocuidado quando assistir o idoso.

Descritores: Idoso; Demência; Enfermagem.

## ABSTRACT

Projections indicate that the elderly population in Brazil will reach the year 2020 with more than 28.3 million, representing almost 12.9% of the population. With this, the elderly began to have greater representation in society, and a growing number now survive longer, reaching older ages. The proportions of the population "very old" that is the population over 80 [...] is increasing, and very fast. This has been the fastest growing segment of the population, but still a small contingent. Of 166 thousand people in 1940, [...] to nearly 1.8 million in 2000. Numerous studies show the possibility of developing some form of dementia and make an association with advancing age. What has been show is that the greater the age of old, the greater the probability of developing dementia of any type. The general objective was: To compare the test results of Mini-Mental State Examination, Katz and Lawton in elderly with Alzheimer's dementia and effectively participated in the workshops of cognitive stimulation. And the specific: characterize the profile of older people with dementia who participated in workshops cognitive stimulation program in college; present the results of tests Mini-Mental State Examination, Katz and Lawton of seniors who participated in the workshops of stimulation. It is a research approach with qualitative, descriptive and exploratory. For data collection tools were used Mini-Mental State Examination, Katz and Lawton were made during the Nursing Consultation that took place every three months during the period of one year. These instruments were used to assess the cognitive and functional performance of elderly. Through the data obtained, it was possible to draw a demographic profile of customers, based on gender, age, education, marital status and comorbidities. And we found that most elderly can maintain their functional capacity for a longer time than the cognitive habilities, which is expected since the cognitive decline is more pronounced in Alzheimer's dementia. Finally, the nurse is a professional who works with property in the areas of health education, health promotion and rehabilitation, and can not lose sight of the importance of the cognitive stimulation and self-care when assisting the elderly.

Keywords: Elderly, Dementia, Nursing.



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 1. Gênero – EASIC/UFF – Niterói (RJ), 2012. p.35

Gráfico 2. Faixa Etária – EASIC/UFF – Niterói (RJ), 2012. p.36

Gráfico 3. Escolaridade – EASIC/UFF – Niterói (RJ), 2012. p.37

Gráfico 4. Estado Civil – EASIC/UFF – Niterói (RJ), 2012. p.38

Gráfico 5. Comorbidades Associadas – EASIC/UFF – Niterói (RJ), 2012. p.39

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS**

AVD	Atividades de vida diária
ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
MEEM	Mini-Exame do Estado mental
EASIC	Enfermagem na atenção à saúde do idoso e seus cuidados
SCIELO	Scientific Eletronic Libray Online
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DA	Demência de Alzheimer
ADAS-Cog	Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale

## SUMÁRIO

### **LISTA DE ILUSTRAÇÕES p.8**

### **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS p.9**

### **1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS p.12**

- 1.1 Objeto p.14
- 1.2 Questões norteadoras p.14
- 1.3 Objetivo Geral p.15
- 1.4 Objetivos Específicos p.15
- 1.5 Motivação p.15
- 1.6 Justificativa e relevância p.15

### **2. REVISÃO DE LITERATURA p.17**

- 2.1 Envelhecimento p.17
- 2.2 Epidemiologia do envelhecimento p. 19
- 2.3 Doenças crônicas p.20
- 2.4 Demências p.21
  - 2.4.1 Demência de Alzheimer p. 23
- 2.5 Incapacidade funcional p.26

### **3. METODOLOGIA p.31**

- 3.1 Aspectos éticos p.31
- 3.2 Cenário do estudo p.31
- 3.3 Sujeitos do estudo p.33
- 3.4 Técnica de coleta de dados p.33
- 3.5 Organização e análise das informações p.34

### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO p.35**

- 4.1 Resultado dos testes de acompanhamento evolutivo p.40

**5. CONSIDERAÇÕES FINAIS p.44**

**6. OBRAS CITADAS p. 46**

**7. OBRAS CONSULTADAS p.50**

**8. ANEXOS p.54**

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

---

A população idosa vem crescendo de forma acelerada, não só nos países desenvolvidos, mas também em países em desenvolvimento como o Brasil. As projeções apontam que a população de idosos no Brasil chegará ao ano 2020 com mais de 28,3 milhões, representando quase 12,9% da população (IBGE, 2002). Esse crescimento acelerado se deve ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros devido a uma melhora na qualidade de vida e também a uma queda na taxa de fecundidade, devido a ações de planejamento familiar. Com isso, os idosos começaram a ter uma maior representação na sociedade, e um número cada vez maior passou a sobreviver mais tempo, com isso atingindo idades mais avançadas.

As proporções da população “muito idosa” que seria aquela acima de 80 anos [...] está aumentando, e em ritmo bastante acelerado. Esse tem sido o segmento populacional que mais cresce, embora ainda apresente um contingente pequeno. De 166 mil pessoas em 1940, [...] passou para quase 1,8 milhão em 2000. (FREITAS *et al*, 2009, p. 90)

Inúmeros estudos mostram a possibilidade de desenvolver algum tipo de demência e fazem uma associação com o avançar da idade. O que foi mostrado é que quanto maior é a idade desse idoso, maior é a probabilidade de desenvolver qualquer tipo de demência. Sendo assim, com o aumento do número de idosos em idade mais avançada, ocorrerá um aumento do número de idosos com demência, seja ela de Alzheimer, Vascular, dos Corpos de Lewy, entre outras.

Devido ao aumento do número de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, existe um aumento do número de internações em hospitais, principalmente de idosos. Esse maior número de internações leva a um maior gasto público e o idoso que é institucionalizado está em maior risco para desenvolver uma incapacidade funcional, além de outros problemas como uma úlcera de pressão ou infecção hospitalar. A curto e a longo prazo, o aumento no número de doenças crônicas leva a uma maior prevalência de incapacidade funcional. (ALVES, LEITTE, MACHADO, 2008, p. 1200).

Outro grande problema é que além de os idosos possuírem o maior número de internações, eles também possuem o maior número de reinternações ficando ainda mais vulneráveis para o aparecimento dessas incapacidades.

No entanto, uma pessoa com uma doença crônico-degenerativa pode ser considerada saudável, desde que apresente o controle dessa doença. Sendo assim, não

necessariamente essa doença crônico-degenerativa vai ser considerada como parâmetro de indicador de saúde para este indivíduo, a não ser que ele apresente alguma sequela ou desenvolvimento de incapacidade funcional. Sendo assim, o que importa é a habilidade e facilidade para desempenhar as atividades cotidianas e não as doenças propriamente ditas.

Devido às particularidades do envelhecimento, todo paciente idoso vai demonstrar alguma dificuldade na realização das atividades do seu dia-a-dia. No entanto, no caso do idoso portador de demência, o que acontece é uma aceleração no declínio da função psíquica, o que causa um dano a sua memória e conseqüentemente a sua capacidade funcional.

Em gerontologia, a existência de capacidade funcional é considerada um importante parâmetro de qualidade de vida, sendo o desempenho das atividades de vida diária um indicativo reconhecido, pois irá permitir uma melhor visão sobre a gravidade da doença e as sequelas que foram desenvolvidas.

Portanto, a manutenção da capacidade funcional é atualmente um dos itens mais importantes para os idosos, pois assim eles podem manter sua autonomia, que seria definida como ter autocontrole sobre a própria vida e sua independência, que seria definida como capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs) sem depender de um cuidador formal ou informal, ou seja, esse idoso não se sentiria como um problema para a família ou até mesmo para a sociedade.

As atividades básicas de vida diária (ABVDs) são aquelas que possuem uma ligação estreita com o autocuidado. Essas atividades incluem a capacidade de se vestir, realizar higiene pessoal, controle esfinteriano, alimentação, deitar e levantar da cama e atravessar um cômodo andando e são consideradas juntamente, com as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) os indicadores de incapacidade funcional mais freqüentemente utilizados. As atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte. (DUCA, SILVA, HALLAL, 2009, p. 797)

Quando a pessoa não consegue realizar uma das AVDs ela se torna dependente de um cuidador e quanto maior for essa dependência maior é a incapacidade.

Como o idoso apresenta maior prevalência de [...] incapacidade, a capacidade funcional torna-se uma das mais relevantes questões das pesquisas gerontológicas, dado

que envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção de boa qualidade de vida. (ALVES, LEITTE, MACHADO, 2008, p. 1200)

Com isso, Goulart *et al* (2007, p. 918) diz que:

A avaliação das AVD em pacientes com demência oferece vantagens como: melhorar a acurácia diagnóstica, avaliar o efeito de drogas em ensaios clínicos, obter informações sobre condições, habilidades e limitações que não são regularmente avaliadas na prática clínica, auxiliar a determinar o prognóstico e avaliar e planejar a necessidade de cuidados.

A partir das considerações acerca da capacidade funcional do idoso com demência é que, emergiu este trabalho, tendo em vista o envolvimento com a questão durante a minha formação acadêmica e a participação como bolsista de programa de ensino, pesquisa e extensão cujos sujeitos atendidos, foram os idosos com demência e seus cuidadores. Assim, a temática de estudo foi à avaliação das atividades de vida diária e as instrumentais de idosos com demência atendidos em um Programa Universitário.

Vale ressaltar que tal programa realiza atividades de estimulação cognitiva na modalidade de oficinas com os idosos e que tais atividades necessitam de avaliação no que diz respeito a manutenção da capacidade funcional destes idosos. E para isto deve-se lançar mão de instrumentos e escalas para que ocorra tal avaliação e neste caso, utilizou-se as escalas de Katz, Lawton e Mini-exame do Estado Mental (MEEM).

### **1.1 Objeto:**

O objeto de estudo é a avaliação da funcionalidade dos idosos que possuem demência de Alzheimer e que participam das oficinas de estimulação cognitiva. Essa avaliação foi realizada através da utilização de testes como o Mini-Exame do Estado Mental, o Teste de Lawton e o Teste de Katz.

### **1.2 Questões Norteadoras:**

- Qual o perfil dos idosos com demência que participam das oficinas de estimulação cognitiva no programa e que realizaram os testes de Mini- exame, Katz e Lawton em quatro momentos diferenciados?
- Em qual dos testes de acompanhamento evolutivo os idosos tem o pior resultado?

### **1.3 Objetivo geral:**

Comparar os resultados dos testes de Mini-exame do Estado Mental, Katz e Lawton dos idosos com demência de Alzheimer e que participaram efetivamente das oficinas de estimulação cognitiva.

### **1.4 Objetivos específicos:**

- Caracterizar o perfil dos idosos com demência que participaram de oficinas de estimulação cognitiva em programa universitário;
- Apresentar os resultados dos testes de Mini-exame do Estado Mental, Katz e Lawton dos idosos que participaram das oficinas de estimulação.

### **1.5 Motivação:**

Minha motivação para a elaboração desse tema surgiu quando comecei a participar como voluntária no projeto de extensão que é realizado no “Campus Mequinho” chamado Enfermagem na Atenção à Saúde do idoso e seus cuidadores-EASIC. No programa pude observar inúmeros idosos com demência que possuíam dificuldades para a realização de atividades e como isso afeta de forma negativa a autoestima e confiança do idoso, podendo até mesmo levar a casos severos de depressão, além de interferir na segurança do idoso. Com isso, me senti estimulada a pesquisar mais sobre as incapacidades funcionais e formas de prever o seu aparecimento e quando ela já está instalada formas de lidar com elas.

Também possuo uma motivação pessoal, pois nesse período em que estive como voluntária no projeto do “Campus Mequinho” um familiar próximo foi diagnosticado com Demência de Alzheimer, me deixando ainda mais estimulada a conhecer as particularidades das demências e quais as alterações que ela pode levar ao idoso, no cuidador e no ambiente familiar.

### **1.6 Justificativa e Relevância:**

É possível e fundamental tratar os idosos com dificuldades cognitivas e funcionais como sujeitos capazes de se expressarem, produzirem e conviverem.

Com a ocorrência do envelhecimento populacional torna-se fundamental a necessidade de ampliação das modalidades de assistência da saúde do idoso garantindo



uma práxis de preservação da capacidade funcional, permanência no seio da família e suporte ao familiar.

Com isso seria possível postergar uma institucionalização dessas pessoas e orientar os seus cuidadores para que possam lidar melhor com os desafios que a demência impõe a esses indivíduos. Sendo assim esse assunto se torna relevante não só pelo aumento do número de idosos e conseqüentemente pelo aumento do número de demências, mas também, pois é necessário que todos os profissionais de saúde saibam os possíveis acometimentos da demência e também como lidar com ela, fazendo com que esse idoso possa passar por esse momento difícil da vida dele com mais dignidade e apoio familiar. Assim, os profissionais da área de saúde que trabalham e estudam os inúmeros aspectos que envolvem a saúde do idoso devem atentar para os fatores que preservam a capacidade funcional e o autocuidados nos idosos.

Caso as incapacidades funcionais sejam conhecidas mais a fundo não só pelos profissionais de saúde, mas também pelos familiares, existe uma possibilidade desse idoso conviver com elas sem que ocorram maiores sequelas como quedas, que poderiam levar esse idoso a uma institucionalização e até mesmo ao óbito e também sem desenvolver algum tipo de depressão por se sentir dependente de outra pessoa. Tudo isso irá levar a um menor número de internações e consultas e a um menor gasto público.

Portanto, o pilar da relevância dessa pesquisa é a possibilidade de contribuir na abertura e aprofundamento sobre a capacidade funcional e o autocuidado do idoso na prática de enfermagem e como favorecer esse autocuidado pode ser essencial para a manutenção da qualidade de vida do idoso, assim, o profissional terá como meta a diminuição das dependências para a realização das atividades diárias no idoso.

Quanto aos benefícios, o estudo pode demonstrar que as oficinas de estimulação cognitiva são benéficas tanto para os idosos, quanto para os cuidadores e que a assiduidade desses idosos nas oficinas fazem com que os resultados nos testes de acompanhamento se tornem melhores do que quando nada se faz para realizar o manejo do Alzheimer.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

---

Para a elaboração da revisão de literatura, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados SCIELO<sup>1</sup> e BVS<sup>2</sup> no período de agosto de 2011 a outubro de 2012. Além dessas referências também foram utilizados livros, teses, dissertações e monografias que abordam as questões relacionadas à enfermagem e os pacientes com demência que desenvolvem algum tipo de dificuldade para a realização de atividades da vida diária.

### 2.1 Envelhecimento

A visão sobre o idoso mudou ao longo do tempo e apesar de já ter evoluído muito, o idoso ainda não é visto como deveria ser. Muito tempo atrás, no século XV, a medicina propôs uma tentativa de retardar a evolução do envelhecimento. Um pouco depois, no século XVIII, o que se acreditava é que o indivíduo possuía uma energia vital e que o envelhecimento enfraqueceria essa energia e levaria a morte. No entanto, somente no século XIX é que teve o início da preocupação com a velhice, porém nessa época a velhice ainda era considerada uma doença. Foi somente no século XX que cuidar dos idosos se tornou uma especialidade e então surgiu a geriatria que seria um ramo da medicina voltada para as doenças da velhice; mais tarde foi criada a gerontologia, um ramo que se propôs a estudar o processo do envelhecimento e não as doenças que podem acometer os idosos. O processo do envelhecimento vem sendo estudado desde então, tendo sido descobertas várias origens para ele. (FIGUEIREIDO E TONINI, 2006, p. 265)

O envelhecer é um processo de inúmeras facetas que chamam atenção para a necessidade de fornecer ao idoso uma atenção que seja abrangente, colocando em prática o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é não somente o controle das doenças, mas um bem estar físico, social, psíquico e que em

---

<sup>1</sup> SCIELO - [Scientific Electronic Library Online](#) é uma biblioteca virtual que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos portugueses.

<sup>2</sup> BVS - Biblioteca Virtual em Saúde. Pesquisa nas bases de dados Medline, Lilacs, Wholis, BBO, AdoLec e várias outras. Website ligado a Organização Mundial de Saúde.

conjunto levarão a esse idoso uma melhora na qualidade de vida. (FILHO e NETTO, 2006, p. 73)

Existem inúmeros conceitos para envelhecimento, conceitos biológicos, conceitos psicológicos, conceitos fisiológicos e sociais, logo para um melhor entendimento sobre o tema, primeiro é preciso conceituar o que é envelhecer. Um conceito que é amplamente utilizado por pesquisadores brasileiros é: “Envelhecimento são as mudanças morfofuncionais ao longo da vida, que ocorrem após a maturação sexual e que, progressivamente, comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia.” (FIGUEIREIDO e TONINI, 2006, p. 32) Existe também o conceito cronológico que é determinado pela Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 do Estatuto do Idoso, nessa lei está escrito que o limite de idade entre o adulto e o idoso é de sessenta anos, definindo como idoso qualquer pessoa acima dessa idade. (IDOSO, 2003)

No entanto o conceito de envelhecimento que será utilizado nesse trabalho é o criado pela teórica de Enfermagem Virginia Henderson que diz que o envelhecimento é um “Processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Assim, certos idosos estão mais envelhecidos, outros parecem mais jovens e há ainda os que sentem não ter qualquer utilidade, afirmando a complexa heterogeneidade da velhice”(SANTOS *et al*, 2008, p. 142) Esse conceito foi o escolhido, pois caracterizar alguém como idoso utilizando somente a escala cronológica é esquecer todas as experiências vividas e acumuladas, predisposições individuais, tipo de trabalho, moradia, relacionamentos e temperamento. Todos são itens que interagem entre si podendo fazer com que o indivíduo pareça mais velho e se sinta dessa forma e vice-versa. Assim como, o conceito biológico seria uma visão extremamente restrita e linear.

Sendo assim, como o envelhecer possui uma origem diversa, fica clara a necessidade de uma avaliação multiprofissional desse idoso. Quando se fala de equipe multiprofissional, o objetivo é uma atenção à saúde do idoso, onde diversos profissionais atuam juntos, cada um dentro de sua competência, mas interagindo nas áreas comuns sem que isso interfira nas áreas específicas.

Essa avaliação multidisciplinar surgiu devido a uma incapacidade de preservar ou até mesmo restaurar a saúde dos idosos em cuidados que sejam unidirecionados, incluindo aí a Medicina, Nutrição e até mesmo a Enfermagem. Para o idoso torna-se

evidente que o atendimento de saúde tenha uma visão holística. (FILHO e NETTO, 2006, p. 88)

De acordo com Leite e Strong (2006, p. 205), “a visão holística pode ser definida como a visão de um determinado fenômeno como um todo, ou seja, que leve em consideração todos os fatores que podem influenciar o fenômeno observado.”

Essa visão holística se torna importante para todos os profissionais de saúde não só por analisar o idoso em sua integralidade, mas também porque o número de idosos em todos os lugares do mundo está aumentando e os profissionais precisam saber como lidar com isso.

## **2.2 Epidemiologia do envelhecimento**

A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida tem levado ao envelhecimento da população. (FILHO e NETTO, 2006, p. 19)

O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida é tendência mundial. Os países em desenvolvimento convivem com uma crescente modificação no perfil de saúde da população, pela maior longevidade e aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas que, se não devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, poderão originar complicações e seqüelas, comprometendo a independência e a autonomia de pacientes idosos. (BONARDI, SOUZA, MORAES, 2007, p. 139)

A população idosa esteve habitualmente ligada aos países mais desenvolvidos como os Estados Unidos e os países da Europa. Porém, o que deve ser considerado é que o envelhecimento populacional é hoje em dia um fenômeno mundial que vem ocorrendo não só nos países desenvolvidos, mas também nos países em desenvolvimento como o Brasil. O que vem acontecendo é que agora o maior número absoluto de idosos vive em países de terceiro mundo. (FILHO e NETTO, 2006, p. 19)

No Brasil, segundo as projeções da OMS, entre os anos de 1950 e 2025, a população de idosos crescerá 16 vezes contra cinco vezes da população total, colocando o Brasil como sétima maior população de idosos do mundo. A grande questão é de que forma se deu esse envelhecimento populacional, quais foram as condições que ele aconteceu. Nos países desenvolvidos, essa transição ocorreu de forma lenta e gradual e em um maior período de tempo, dando a sociedade mais chances para se acostumar com

esse envelhecimento. Já nos países em desenvolvimento, essa mudança se deu de forma brusca e acelerada, deixando a sociedade despreparada. (FILHO e NETTO, 2006, p. 19)

Com esse envelhecimento populacional, as pessoas idosas começaram a ter maior representatividade tanto em números relativos como absolutos e um número cada vez maior passou a sobreviver, em média, mais tempo e em idades mais avançadas. (ALVES, LEITTE, MACHADO, 2008, p. 1200)

O Brasil vem sofrendo um rápido e acentuado processo de envelhecimento e de aumento da longevidade populacional. Com a aceleração desse processo, há um aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e da incapacidade funcional.

### **2.3 Doenças crônicas**

Por definição, as doenças crônico-degenerativas são problemas longitudinais que raramente podem ser curados. Na maioria dos países, sejam eles desenvolvidos ou em desenvolvimento, da América do Sul ou do Norte, as doenças crônicas estão entre as principais causas de mortalidade e morbidade de idosos. Embora nem todas as doenças crônicas sejam fatais, elas carregam um forte impacto para a qualidade de vida de todos os indivíduos, em especial para os idosos, e são grandes ameaças para a saúde e para a situação financeira, seja no nível individual ou coletivo. (FIGUEIREDO e TONINI, 2006, p. 91)

De modo geral, as doenças crônicas são classificadas com base em critérios genético-biológicos e variam conforme a sintomatologia, o surgimento, o curso e seus efeitos. O fato de a doença crônica possuir uma alternância entre momentos estáveis e instáveis exige uma estratégia de tratamento, cuidado e auto-cuidado. (FIGUEIREDO e TONINI, 2006, p. 91)

Embora existam algumas condições de saúde crônicas que causem praticamente nenhum problema ou inconveniência, existem aquelas que são suficientemente graves e que podem levar a importantes limitações da atividade. Quando as pessoas com essas limitações são incapazes de satisfazer suas necessidades não só para o cuidado, mas também para os serviços sociais, elas podem perder a vontade de seguir o regime terapêutico que foi proposto. (SMELTZER et al, 2009, p. 137)

Nas doenças crônicas, o mais importante é que os esforços individuais estejam direcionados para evitar o agravamento dessa doença, porque inúmeros distúrbios estão relacionados com estilos de vida ou comportamentos não-saudáveis, portanto as

alterações no estilo de vida podem evitar o aparecimento de uma doença crônica ou retardar o desenvolvimento da mesma. Uma vez que essa doença já foi instalada, o foco muda no sentido de tratar os sintomas, reduzir o aparecimento de complicações e o desenvolvimento de uma doença aguda relacionada a essa doença crônica. (SMELTZER et al, 2009, p. 139)

Muitas pessoas com doença crônica tem que lidar com um problema adicional, a necessidade de se lidar com mais de uma doença crônica concomitantemente. Como por exemplo em um paciente já previamente diabético surgir a hipertensão, ou um idoso com Alzheimer ser diagnosticada uma doença pulmonar obstrutiva crônica.

De acordo com Marra *et al* (2007, p. 268), dentre as doenças crônico-degenerativas mais relevantes para os idosos, aparecem as demências, constituindo importante causa de morbimortalidade, compondo o sexto grupo de doenças mais relevantes para pessoas na terceira idade.

## 2.4 Demências

Existem diversas definições para demência, no entanto a que será utilizada nesse trabalho é a formada pelo DSM-IV que é:

“A demência é uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais e sintomas que formam um conjunto e que podem ser causados por uma série de doenças subjacentes, relacionadas a perdas neuronais e danos à estrutura cerebral. O padrão central da demência é o prejuízo de memória.”

Porém, alguns aspectos do critério utilizado para classificar demência devem ser considerados a parte. Em primeiro lugar, existe a necessidade de que os déficits cognitivos representem declínio e que comprometam as atividades normais do indivíduo. Também deve ficar claro que o declínio exclusivo da memória não caracteriza um quadro de demência. Além do declínio da memória, existe também a necessidade de declínio de mais uma função cognitiva como distúrbios de linguagem. Os distúrbios mais comuns em fases iniciais são as dificuldades para evocação de nomes ou dificuldades na escrita. No início da síndrome demencial, os distúrbios mais comuns são: apraxia construtiva, agnosia e dificuldade no planejamento, organização e sequenciamento das atividades. (FILHO e NETTO, 2006, p. 103)

Portanto, as barreiras cognitivas que essa síndrome impõe interferem nas atividades de vida diária do idoso, tornando-o cada vez mais dependente da família e/ou cuidador formal e informal para a realização das tarefas. (SOUZA *et al* 2009, p. 363)

A prevalência de demência na população idosa é muito alta, dobrando a cada cinco anos depois dos 65 anos, tornando necessário que todos os profissionais de saúde que atendem a pessoas que estejam nessa faixa etária estejam atualizados com os princípios que norteiam a prática. (FILHO e NETTO, 2006, p. 103)

De acordo com a análise da literatura, a prevalência das demências muda de 1,4% dos indivíduos entre 65 e 69 anos para 20,8% daqueles entre 85 e 89 anos, chegando a alcançar aproximadamente 38,6% daqueles entre 90 e 95 anos. Especula-se sobre uma tendência de ocorrência de um efeito platô com os idosos com mais de 95 anos de idade. (FILHO e NETTO, 2006, p. 261)

Os sintomas de demência geralmente são sutis no início e, com frequência, progridem até que sejam óbvios e devastadores. As alterações características caem em três categorias gerais: cognitiva, funcional e comportamental, e destroem mais adiante, a capacidade de atuação da pessoa. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 202)

As demências, inclusive as que resultam de um quadro progressivo e contínuo, como a Demência Vascular ou a Demência de Alzheimer, ou as de natureza estável, como sequelas de Acidente Vascular Cerebral são irreversíveis. No entanto, os tratamentos atuais como o uso de inibidores da acetil-colinesterase e os programas de reabilitação cognitiva trazem para esses idosos inúmeros benefícios, porém ainda não é possível restituir o nível de cognição anterior. (FIGUEIREDO e TONINI, 2006, p. 278)

A suspeita de demência pode ser relatada ao profissional de saúde pelo próprio paciente, pelo familiar ou até mesmo se originar durante uma consulta realizada por outra queixa. Geralmente o que leva o familiar ou o próprio idoso a procurar o serviço de saúde é a perda de memória para fatos recentes, o que vai levar a uma redução na capacidade do idoso de reter informações novas que lhe são passadas. Queixas menos frequentes são: mudanças de comportamento, apatia, desinibição ou dificuldades para realizar as tarefas da vida cotidiana. (FILHO e NETTO, 2006, p. 104)

Existem diversos tipos de demência. Entre os diagnósticos de todos os tipos de demência, a demência de Alzheimer é usualmente a forma mais frequente na Europa e na América do Norte. Já nos países como China, Japão e Rússia são menos prevalentes que as demências vasculares. As outras demências não-Alzheimer incluem a doença de

Parkinson, a demência relacionada com a síndrome de imunodeficiência adquirida e a doença de Pick; esses três últimos tipos somando apenas 15% dos valores totais. (FILHO e NETTO, 2006, p. 261) (SMELTZER *et al*, 2009, p. 202)

Além da maior probabilidade de desenvolver demência, existem outros comprometimentos advindos do avanço cronológico da idade, como a ocorrência do desenvolvimento de uma incapacidade funcional, que pode ser caracterizada como qualquer restrição para desempenhar uma atividade considerada normal para a vida humana.

Portanto, de acordo com a sua importância, a capacidade funcional surge, atualmente, como um novo parâmetro de saúde, particularmente importante para o idoso porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo, a família ou sociedade. (DUCA, SILVA, HALLAL, 2009, p. 797)

#### **2.4.1 Demência de Alzheimer**

Atualmente, um dos grandes problemas de saúde pública e um dos maiores desafios da geriatria é a Doença de Alzheimer (DA), que leva a um comprometimento amplo das funções cognitivas. O indivíduo acometido apresenta dificuldade ou total incapacidade de realizar atividades comuns da vida diária (AVD), comprometendo não só a sua qualidade de vida, mas também a qualidade de vida dos familiares. (INOUE, OLIVEIRA, 2003, p.80)

A DA, recebeu esse nome em homenagem ao Dr. Alois Alzheimer, que descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que mostrou os primeiros sintomas demenciais por volta dos 51 anos. Naquela época, a causa da morte foi considerada como sendo uma doença mental até então desconhecida. (LUZARDO *et al*, 2006, p.589)

Ela responde por cerca de 60% de todos os tipos de demência, o que a torna a principal causa de demência. Ela é um tipo de demência neurodegenerativa, progressiva e, até o momento, sem cura. A fase clínica da doença, quando o diagnóstico sintromico de demência já pode ser feito, inclui comprometimento cognitivo de todos os domínios, começando pelos distúrbios de memória e posteriormente a atenção e concentração, linguagem, praxias, gnosias e as funções executivas com ocorrência hierarquizada temporal e de crescente intensidade conforme o estágio da doença. (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006, p. 173)



Do ponto de vista clínico, a doença começa com comprometimento cognitivo progressivo, com diminuição da capacidade de registro de informações, com esquecimento de fatos e informações recentes, progredindo para perdas de médio e longo prazo. A capacidade de atenção e concentração em atividades mais complexas vai se comprometendo pouco a pouco, quando então as atividades funcionais também passam a apresentar progressiva deterioração. Também começam a ocorrer manifestações de apraxia, afasia e agnosia. (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006, p.174)

Nos estágios iniciais, geralmente o que se encontra é perda de memória episódica e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradativamente com prejuízos em outras funções, tais como julgamento, cálculo e raciocínio abstrato. Nos estágios intermediários, pode ocorrer afasia fluente, apresentando-se como dificuldade para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia, e também apraxia. Nos estágios terminais, encontram-se marcantes alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais. (NETO, TAMELINI, FORLENZA, 2005, p. 119)

As manifestações de comprometimento seguem uma hierarquia de tempo e de complexidade (sendo do mais complexo para o menos complexo) em paralelo com o declínio cognitivo. Sendo assim, as pessoas com demência de Alzheimer perdem, inicial e progressivamente, as capacidades instrumentais, como por exemplo, a habilidade de lidar com dinheiro, para dirigir, cozinhar, fazer comprar, usar o telefone; depois perdem a habilidade de comer, se vestir e manter os hábitos higiênicos como tomar banho e escovar os dentes. (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006, p.174)

A DA tem etiologia ainda desconhecida, excetuando-se os raros casos familiares, de início precoce, nos quais encontra-se mutação genética específica. Os fatores genéticos parecem ser muito relevantes, sabe-se que uma história familiar positiva para DA é o único fator sistemático associado à doença, excetuando-se a idade. A DA pode ser transmitida de forma autossômica dominante, e as características de idade de início e evolução são determinadas pelos diferentes subtipos genéticos. Os defeitos genéticos localizados nos cromossomos 14 e 21 estão relacionados a formas de início precoce (abaixo dos 65 anos) da doença. Os cromossomos implicados, até o momento, nos subtipos genéticos são o 14 (gene PS-1), 21 (gene APP), 1 (gene PS-2) e 19 (apoE e4/e4, apoE e3/e3). (NETO, TAMELINI, FORLENZA, 2005, p. 120)

Dentre as causas de demência neurodegenerativa que podem ser confundidas com a DA, ressaltam-se a demência por corpos de Lewy e a doença de Parkinson. A demência de corpos de Lewy muitas vezes é confundida porque cursa com declínio cognitivo com muitas oscilações de consciência e também com sintomas extrapiramidais e distúrbios de marcha de uma síndrome parkinsoniana. (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006, p. 175)

O diagnóstico definitivo de DA só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem. As alterações histopatológicas incluem perda neuronal nas camadas piramidais do córtex cerebral e degenerações sinápticas intensas, tanto em nível hipocampal quanto neocortical. Entretanto, a DA caracteriza-se histopatologicamente por duas lesões principais, as placas senis que contém a proteína b-amilóide, e os emaranhados Neurofibrilares. (NETO, TAMELINI, FORLENZA, 2005, p. 120)

No entanto, algumas escalas de avaliação são úteis para a documentação inicial e para o acompanhamento do processo evolutivo, e podem ser realizadas até mesmo em espaço ambulatorial. Estão entre elas, MEEM, que é o instrumento mais utilizado para a determinação do grau de comprometimento cognitivo. O esperado é que haja declínio de mais de três pontos/ano no MEEM em indivíduos com DA, em contraposição à perda de 2,62 pontos em indivíduos normais entre 61 e 70 anos. Entretanto, sabe-se que o item educação pode influenciar marcadamente a determinação da pontuação do MEEM. A recomendação mais atual é de que se considere comprometimento cognitivo pelo MEEM uma pontuação abaixo de 18 para indivíduos analfabetos e de baixa escolaridade, e abaixo de 24 e 27 para pessoas com mais de quatro anos e mais de oito anos de estudo formal, respectivamente. (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006, p.175)

Em suma, a Demência de Alzheimer leva a uma história de início insidioso de problemas de memória para fatos recentes progredindo para fatos mais antigos, dificuldades de orientação temporoespacial, afasia inicialmente de expressão e depois mista, apraxia e agnosia, exames complementares sem alterações que possam oferecer explicações e uma neuroimagem com sinais de atrofia cortical e diminuição do volume do hipocampo formam os principais critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer provável. (BOTTINO, LAKS, BLAY, 2006, p.175)

O que se pode dizer é que o diagnóstico clínico de DA exige uma avaliação extensa, detalhada e organizada para a sua consecução. Fatores clínicos,

neuropsicológicos e funcionais devem ser levados em conta para que se possa determinar também a intensidade e velocidade da progressão da doença, para que a partir daí se possam montar um plano de tratamento e psicoeducação.

A DA tem sido caracterizada por uma série de alterações genéticas, neurológicas e neurofisiológicas. As anormalidades nos sistemas cerebrais que utilizam acetilcolina são consideradas características da doença. Devido às características acima citadas, as estratégias para a terapia da DA têm sido amplamente enfocadas em melhorar a hipofunção colinérgica. A abordagem terapêutica que se mostrou mais eficaz, até o momento, foi a da inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. (INOUYE, OLIVEIRA, 2003, p.80)

O primeiro fármaco dessa classe a ser experimentado com sucesso em seres humanos foi a Tacrina. Apesar de um relato inicial muito promissor, houve uma considerável preocupação sobre sua hepatotoxicidade. Encontraram-se benefícios, ao se usar escalas cognitivas, como o Miniexame do Estado Mental (MEEM) e a Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer – Subescore Cognitivo (ADAS-Cog). Uma forma de relatar os benefícios desses fármacos é diminuir as alterações observadas no grupo-*placebo*, durante o período de tratamento das alterações observadas e durante o mesmo período, no grupo-*experimental*. Infelizmente, a Tacrina revelou toxicidade de sob duas formas principais. Em primeiro lugar, hepatotoxicidade, detectada, principalmente, bioquimicamente, por conseguinte, diversos pacientes pararam de usar essa medicação. Em segundo lugar, como acontece com todos os fármacos inibidores da enzima colinesterase, a toxicidade foi responsável por vários efeitos colaterais, como náuseas, vômito, diarreia e dor abdominal. (INOUYE, OLIVEIRA, 2003, p.81)

Apesar de sua demonstrada eficácia, existiam grandes preocupações quanto aos efeitos colaterais e principalmente quanto à hepatotoxicidade. Esses dois problemas combinados inibiram o uso da Tacrina, e outros inibidores da colinesterase foram experimentadas. Esses novos inibidores de colinesterase não foram perturbados pelos freqüentes efeitos colaterais hepáticos e, tomados como grupo, foram razoavelmente bem tolerados.

O Donepezil foi a segunda medicação aprovada, nos Estados Unidos, para o tratamento da DA. A vantagem observada entre os pacientes recebendo donepezil em relação aos controles utilizando *placebo* desapareceu na semana 30, sugerindo que a

medicação não interfere com a evolução natural da doença. (INOUE, OLIVEIRA, 2003, p.81)

Outro inibidor da enzima colinesterase que foi utilizado para o tratamento da DA foi a Rivastigmina, ela é uma inibidora “pseudo-irreversível” da acetilcolinesterase e da butirilcolinesterase.

Sete ensaios, envolvendo 3.370 participantes, foram incluídos na metanálise. Uma dose alta de rivastigmina (6 a 12 mg diárias) foi associada a uma melhoria de 2,1 (1,5 – 2,7) no ADASCog, comparada a placebo, e a melhoria de 2,2 (1,1 – 3,2) pontos de PDS, após 26 semanas de tratamento. Com um tratamento com dose baixa (1 - 4 mg diárias), houve um significativo, mas pequeno, benefício de 0,8 (0,2 – 1,5) no ADAS-Cog. (INOUE, OLIVEIRA, 2003, p.82)

Os principais efeitos adversos encontrados no uso da Rivastigmina são: náusea, vômito, tontura, cefaleia, diarreia, dor abdominal e perda de apetite.

Um outro inibidor da acetilcolinesterase utilizado para o tratamento da DA é a Galantamina. Foram encontrados benefícios no uso da Galantamina ao comparado ao grupo placebo e os efeitos adversos da galantamina parecem similares aos de outros inibidores de colinesterase, no sentido de que tendem a produzir efeitos gastrointestinais agudos e com aumentos da dose. (INOUE, OLIVEIRA, 2003, p.83)

## **2.5 Incapacidade Funcional**

O estudo da incapacidade funcional em idosos é importante para o entendimento de como as pessoas vivem os anos adicionais de vida ganhos com o aumento da longevidade. (PARAHYBA, VERAS, MELZER, 2005, p. 384)

Existem diversos tipos de incapacidade, elas podem ser categorizadas como incapacidade de movimento, adquiridas e aquelas que podem ser associadas à idade. Os tipos de incapacidade incluem as incapacidade sensoriais, sendo aquelas relacionadas a visão ou audição, as incapacidades que vão afetar a função cognitiva, alterando a capacidade de aprender, de se lembrar ou de se concentrar, incapacidade para falar ou se comunicar e também incapacidade para trabalhar. Muitas dessas incapacidades são visíveis, no entanto aquelas que são invisíveis são tão incapacitantes quanto aquelas que podem ser vistas. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 145)

A incapacidade funcional diminui a autonomia do idoso na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, institucionalização, cuidados e morte prematura. Além disso, ela

também é referida como fator de risco para aumento de quedas, principalmente devido ao comprometimento na realização de tarefas cotidianas, com diminuição da força muscular, do equilíbrio, da marcha e da mobilidade. Estudos demonstraram proporções crescentes de acordo com o aumento da idade de indivíduos que necessitavam de ajuda para realização de atividades básicas da vida diária (AVD), tais como transferir-se da cama para o sofá, vestir-se, alimentar-se ou cuidar da própria higiene. (BONARDI, SOUZA, MORAES 2007, p. 139)

Existem diversos fatores que podem levar o idoso a desenvolver incapacidade funcional, fatores como: acidente encefálico agudo, doenças articulares, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, osteoporose, amputações e também os inúmeros tipos de demência.

Os cuidados de enfermagem em relação à avaliação funcional devem estar centrados no idoso e nos sistemas de apoio com que ele pode contar. Sendo assim, o enfermeiro, deve assistir o idoso de maneira individualizada, nos contextos familiar e social, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas, sociais e ambientais.

As alterações funcionais são, freqüentemente, consequências de doenças e/ou problemas comuns aos idosos, sendo os quadros demenciais apontados como principais contribuintes para o desenvolvimento de dependência funcional. Entre as cinco diferentes áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar. (TA et al 2007 apud TORRES 1998, p. 268)

As atividades consideradas básicas são aquelas que estão relacionadas com o autocuidado, ou seja, são aquelas atividades que podem ser consideradas fundamentais para a manutenção da independência desse idoso. O autocuidado é a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si mesmo. E este é afetado por fatores condicionantes, como diz Orem em sua teoria: “Os fatores condicionantes são a idade, sexo, estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, os fatores do sistema familiar, padrão de vida, os fatores ambientais e a adequação e a disponibilidade de recursos. (GEORGE, 2000, p. 84).Essas atividades, são atividades como: alimentar-se, locomover-se, ter continência, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro. Já as atividades instrumentais da vida diária são as necessárias para que o idoso possua uma vida ativa

na comunidade. Essas atividades estão relacionadas à realização de tarefas mais complicadas como arrumar a casa, tomar os remédios de forma correta, usar o telefone e possuir controle financeiro. (FILHO e NETTO, 2006, p. 904)

De acordo com Netto, Kein e Brito (2006, p.79) “a maioria das atividades de vida diária é construída de um modo hierárquico das atividades pessoais mais básicas como, por exemplo, alimentar-se ou ir ao banheiro, para outras mais complexas, como vestir-se ou banhar-se por conta própria.”

Os sistemas músculo-esquelético e neurológico íntegros são essenciais para a manutenção da própria mobilidade e para o desempenho das atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária, o que permite que idosos permaneçam independentes e vivam na comunidade. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 194)

Como o estado funcional do idoso é um dos parâmetros da avaliação gerontológica, existem diversos questionários para a avaliação das atividades de vida diária. Esses questionários avaliam as condições básicas das pessoas cuidarem de si próprias, porém também mostra as limitações. Dentre os questionários que avaliam as atividades básicas de vida diária que são amplamente reconhecidos e confiáveis, o mais utilizado é o Índice de Katz. Esse índice irá propiciar uma descrição detalhada da capacidade de autocuidado, além de permitir a identificação de fatores de risco. É um teste pequeno e extremamente rápido, que pode ser aplicado num intervalo de tempo curto, em torno de cinco a dez minutos. O ideal é que ocorra um monitoramento frequente do resultado dos testes para que possa ocorrer uma melhor avaliação desse idoso.

Além da avaliação funcional detalhada, a enfermeira deve analisar os estados físico, mental, emocional, espiritual, social e econômico do paciente. É necessário procurar o aparecimento de problemas secundários que estejam relacionados com a incapacidade do paciente, como atrofia muscular e falta de condicionamento físico. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 159)

As alterações fisiopatológicas que ocorrem no cérebro durante a demência tornam a manutenção da independência física difícil. Esses pacientes devem ser assistidos permanentemente para permanecerem funcionalmente independentes durante o maior tempo possível. Uma maneira de se promover isso consiste em tornar simples as atividades de vida diária realizando uma organização separada em pequenas etapas de modo que proporcione ao paciente uma sensação de satisfação. Com frequência,

profissionais de saúde como terapeutas ocupacionais podem sugerir maneiras de simplificar as tarefas que deverão ser realizadas ou até mesmo recomendar equipamentos de adaptação, quando necessário. A supervisão direta do paciente por vezes pode-se fazer necessária, porém manter a autonomia e também a dignidade de uma pessoa com demência é muito importante. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204)

Como qualquer tipo de demência é degenerativa e progressiva, os pacientes demonstram um declínio na função cognitiva com o passar do tempo, Na fase inicial da demência, somente o estímulo e a orientação são o suficiente para que o paciente aja de maneira independente durante diversos anos. No entanto, à medida que a capacidade cognitiva do idoso diminui, os familiares e cuidadores devem fornecer uma maior assistência e supervisão. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204)

### 3.METODOLOGIA

---

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, considerando que não há pretensão de quantificar dados e sim de identificar fenômenos que nos mostrem o acompanhamento evolutivo dos idosos com Alzheimer através da identificação dos resultados encontrados nos testes que são aplicados aos mesmos durante a Consulta de Enfermagem. Esses idosos foram tratados no campus “Mequinho”, no Programa de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores.

Para Figueiredo (2007 p.92):

As pesquisas descritivas têm como principal objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas por meio da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática.

Figueiredo (2007 p.92), diz ainda que “essas pesquisas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente, são realizadas pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática.” Para ele a pesquisa exploratória proporciona uma maior familiaridade com o problema.

A autora Minayo (2007, p.57) descreve a natureza qualitativa, como aquela em “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constam seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Já Figueiredo e Souza (2005, p.72) dizem que: “O método qualitativo fundamenta-se em informações deduzidas das interações interpessoais e da co-participação dos informantes.

#### 3.1 Aspectos éticos:

Esta pesquisa é parte do estudo intitulado: “Estimulação Cognitiva com idosos portadores de demência – Uma proposta do Programa de Enfermagem na Atenção à saúde do idoso e seus cuidadores” com parecer aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antonio Pedro, sob o número: 214/10



O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para cumprir as exigências da resolução 196/96 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: justiça, autonomia, não maleficência, e beneficência, e visa garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. A coleta de dados só teve seu início após a aprovação pelo Comitê de Ética. Foram respeitados os aspectos éticos relacionados com o anonimato e a privacidade dos participantes.

### **3.2 Cenário do Estudo:**

A pesquisa foi realizada nas dependências do “Campus Mequinho” utilizadas pelo Programa de Extensão intitulado “Enfermagem na Atenção à saúde do Idoso e seus Cuidadores” na Universidade Federal Fluminense -EASIC, em Niterói, Rio de Janeiro.

O programa “Enfermagem na Atenção à saúde do Idoso e seus Cuidadores da Universidade Federal Fluminense recebe e atende idosos previamente da Metropolitana 2 e até mesmo de outras regiões e estados do País. Diversos profissionais atuam no mesmo, dentre eles: acadêmicos de diversas áreas, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros, além de ser campo de conhecimento e pesquisa na área da saúde do idoso e dos cuidadores na universidade.

No programa, a Escola de Enfermagem possui consultórios, realizando as seguintes atividades: consultas de enfermagem, atendimento de baixa complexidade aos idosos, oficinas terapêuticas para idosos com demência e seus cuidadores, atividades de educação e saúde e visita domiciliar. O consultório atende os idosos encaminhados pelos diversos profissionais que atuam no programa, além dos encaminhados pelos profissionais do Hospital Universitário Antônio Pedro, pela Rede Básica de Saúde do Município de Niterói e outros.

O “Mequinho” foi o local escolhido para este estudo devido ao grande número de consultas de Enfermagem a idosos que são realizadas lá. Com isso o posto possui uma vasta extensão de prontuários que podem ser consultados a fim de colher os dados pertinentes a minha pesquisa.

Os idosos que participam das Oficinas de estimulação cognitiva no Programa são atendidos em consulta de enfermagem para que possam ser acompanhados na evolução da doença e fazem em todos os atendimentos, os testes para estadiamento da cognição e da sua capacidade funcional.

### **3.3 Sujeitos do estudo:**

Foram selecionados oito prontuários de idosos do Programa de Enfermagem Gerontogeriátrico que realiza suas atividades de estimulação cognitiva no Programa EASIC, com diagnóstico de Demência de Alzheimer segundo os critérios diagnósticos recomendados pela DSM-IV.

Os critérios de inclusão para participarem do estudo: fazerem parte das oficinas de estimulação cognitiva, ter acompanhamento médico regular, fazer uso de medicação anticolinérgica e ter um cuidador. Como critérios de exclusão foram: comorbidades neurológicas e psiquiátricas.

### **3.4 Técnicas de Coleta de Dados:**

Os dados foram coletados nos prontuários dos idosos que são atendidos no programa. A coleta de informações foi feita a partir de análise de tais prontuários visando a caracterização dos sujeitos e a comparação dos testes de Mini-exame do Estado Mental, Katz e Lawton realizados em quatro momentos diferenciados nestes idosos.

Para Lüdke e André (1986, p.38) sobre análise documental:

A análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

Vale ressaltar que, o Mini-Exame do Estado Mental é dividido em 5 tópicos: orientação, memória imediata, atenção e cálculo, evocação e linguagem. Cada um desses tópicos trás questões específicas sobre o tema, onde através das respostas dadas pelos idosos o desempenho cognitivo é avaliado. As questões são em sua maioria bem simples, como por exemplo: dia da semana, dia do mês, hora aproximada, nomear objetos e etc. A pontuação máxima que pode ser atingida no Mini-Exame é 30. O índice de Katz trás questões pontuais sobre a capacidade do indivíduo para o desempenho de atividades básicas de vida diária, através da avaliação de 6 domínios, sendo estes: banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação e perfaz um total de 20 pontos. Já o índice de Lawton discursa sobre 7 questões: telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, medicações e dinheiro e totaliza 21

pontos. E em todos esses itens ele procura saber se o idoso é capaz de realizar a atividade sozinho, se necessita de ajuda ou se é completamente incapaz para realizar determinadas atividades.

### **3.5 Organização e Análise das Informações:**

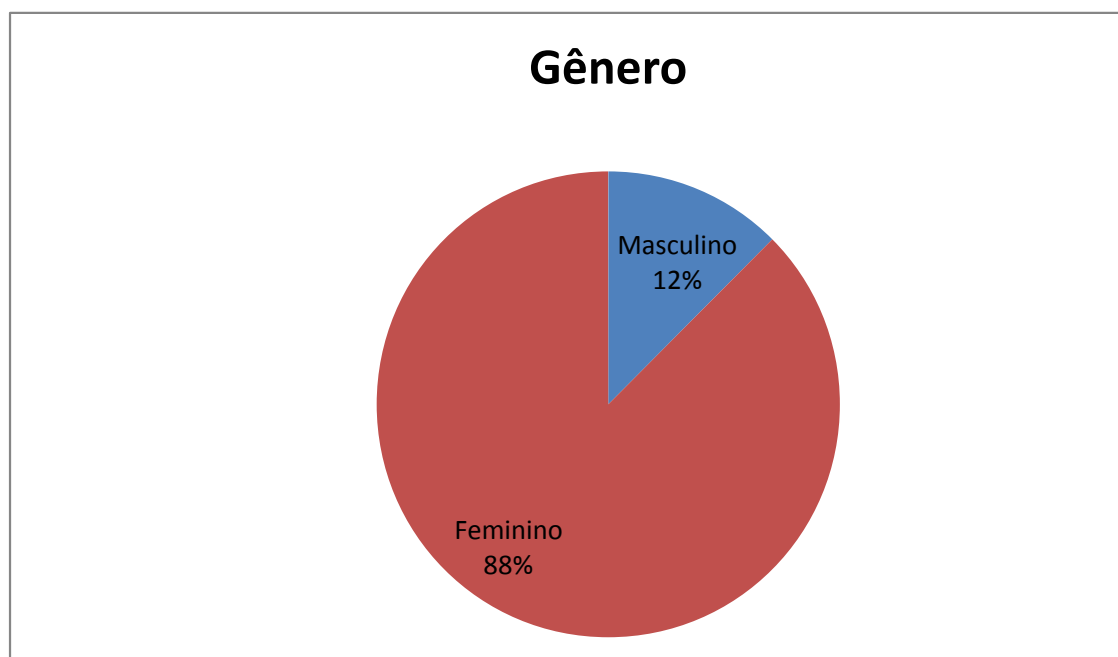
As informações obtidas através da análise dos prontuários foram dispostas sobre a forma de gráfico, tabela e texto corrido para facilitar a compreensão dos dados. A análise dos dados se baseou em autores da geriatria, gerontologia e enfermagem gerontogerátrica que abordam a temática deste trabalho.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

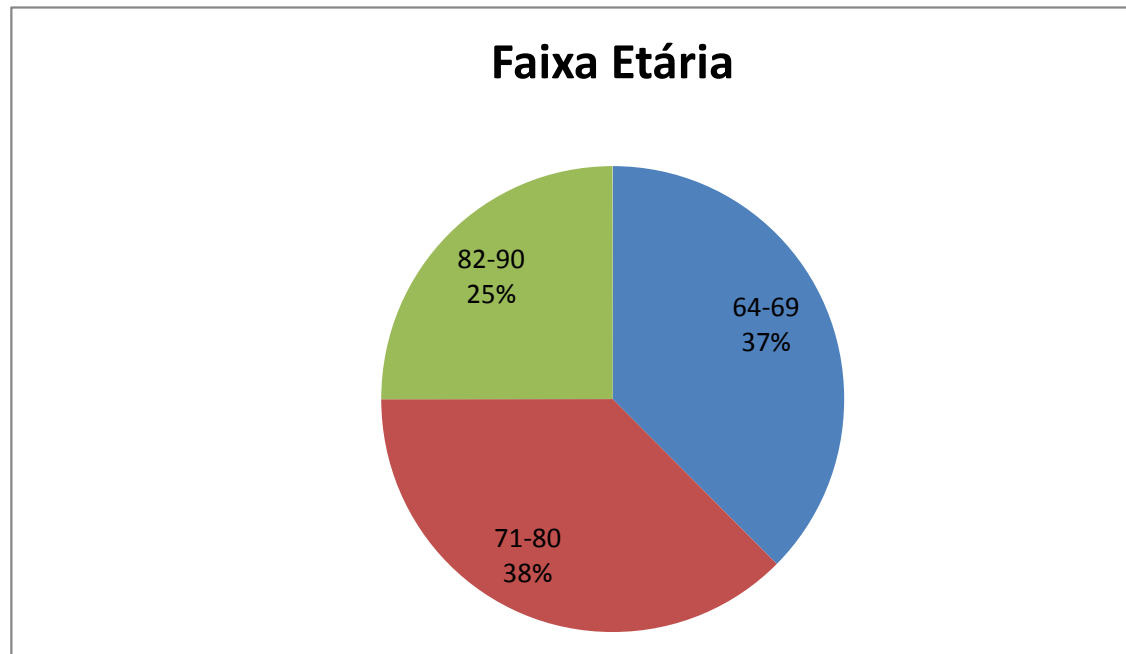
---

Durante a análise dos prontuários, coletamos dados como sexo, idade, escolaridade, estado civil e comorbidades dos pacientes pesquisados. Apresentaremos os mesmos abaixo. Definindo, conseqüentemente, o perfil dos participantes do estudo.

**Gráfico 1. – Gênero**

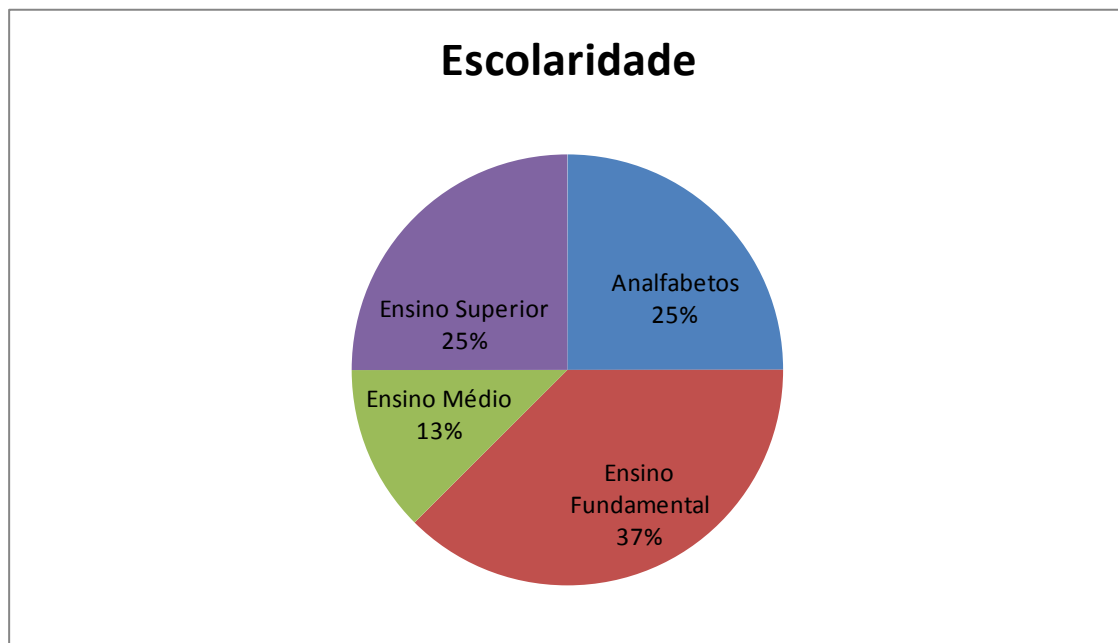


Em relação ao sexo, pode-se concluir que a maioria dos idosos que participam da oficina terapêutica é do sexo feminino, com o equivalente a sete idosas e um idoso, esse fato pode ser justificado pelo processo de feminilização do envelhecimento, e isto se justifica devido a uma maior longevidade feminina, fazendo esse gênero predominar entre a população idosa. Diversos autores como Souza e Branca (2011, p. 189) e Cerqueira e Rodrigues (2005, p. 75) corroboram com o resultado encontrado em nosso estudo, afirmando que as mulheres tem o predomínio nessa situação. Como a maioria dos sujeitos são mulheres e sabe-se que as mesmas experimentam uma maior carga de doenças crônicas, isto compromete a sua qualidade de vida. Segundo Pasinato e Lemos (2007), para a realização das atividades de vida diária, que tem uma estreita ligação com o autocuidado, aumenta a dificuldade com o avanço da idade para ambos os sexos, e é maior entre as mulheres.

**Gráfico 2 – Faixa Etária**

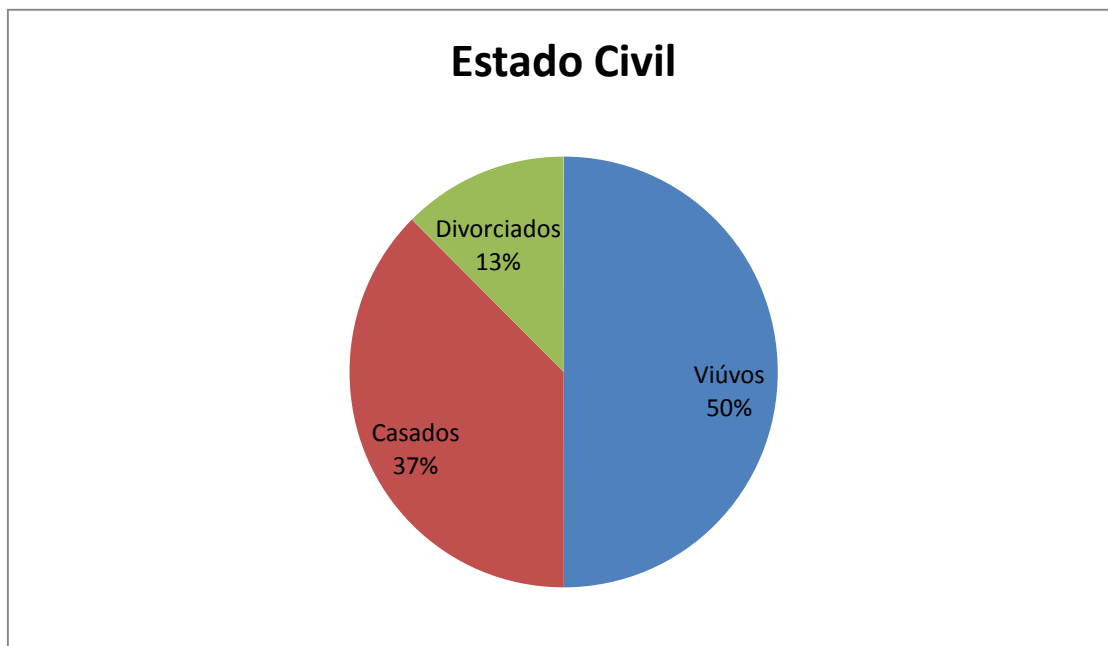
Quanto à idade, dois idosos estão na faixa etária de 82-90 anos, três idosos estão na faixa etária de 71 a 80 anos e três idosos na faixa etária com 64-69 anos. A média de idade encontrada foi de 73,25 anos, variando da faixa etária de 64 a 83 anos. Esses resultados também estão de acordo com os de estudos de âmbito nacional e internacional, como podem comprovar Luzardo *et al.* (2006, p. 591)

Martins et al (2007) diz que “idosos com idade avançada são mais susceptíveis a desenvolverem doenças crônicas degenerativas ou os agravos das mesmas”, portanto, a idade interfere na capacidade e na qualidade do autocuidado.

**Gráfico 3 – Escolaridade**

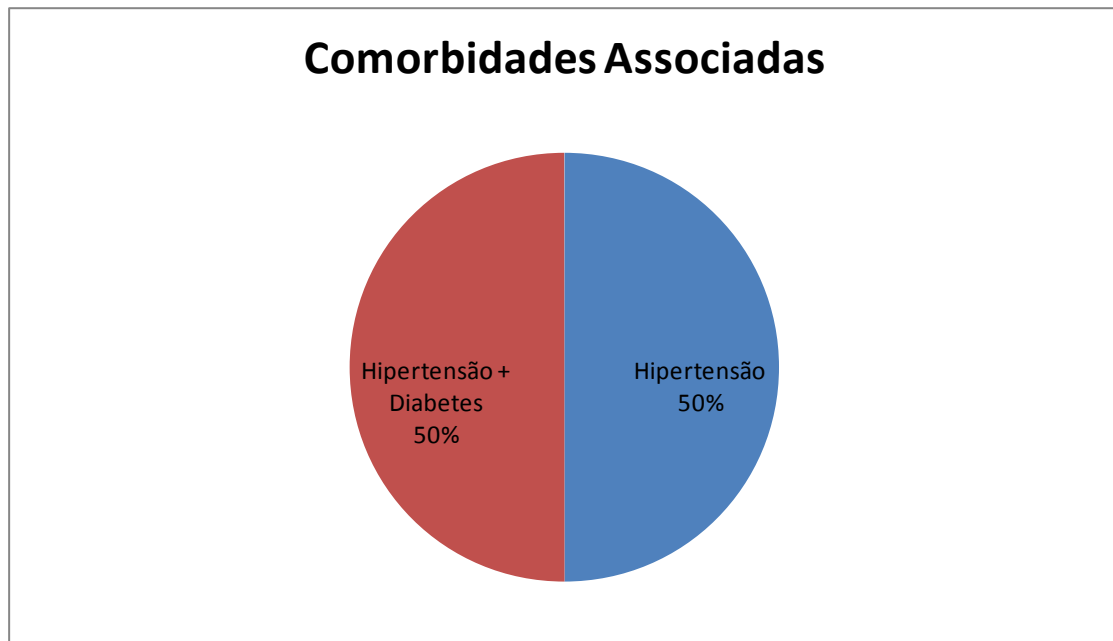
Quanto à escolaridade, três idosos possuem ensino fundamental, dois são analfabetos, dois ensino superior e somente um idoso possui a escolaridade até o ensino médio. Diversos estudos relatam que o tempo de estudo é um fator predisponente à demência, quanto menor no nível de instrução, maior a chance de desenvolver demência em idade mais avançada. É o que se vê nesta pesquisa, aonde a grande maioria dos idosos não chegou a cursar o ensino médio.

Estudos realizados mostram que o risco de se desenvolver problemas de saúde é inversamente proporcional ao número de anos de escolaridade formal, sendo que indivíduos com menos de 3 anos de escolaridade apresentam um maior índice de complicações do que aqueles com 11 anos ou mais de escolaridade.

**Gráfico 4 – Estado Civil**

Já em relação ao estado civil existem quatro idosos viúvos, três casados e um divorciado, esse resultado não se encontra de acordo com a grande maioria. O mais comum é que se encontre uma quantidade superior de idosos ainda casados, também de acordo com Luzardo *et al.* (2006, p. 591) Em relação ao tempo da doença quatro idosos estão entre 3 à 5 anos e quatro idosos estão entre 6 à 7 anos.

A literatura aborda que o estado civil possui influência direta no cuidado do indivíduo, uma vez que o apoio da família é um dos fatores condicionantes do autocuidado (George, 1989), Neste estudo, o numero de sujeitos viúvos e divorciados é considerável e isto pode influenciar o autocuidado, visto que são pessoas que possivelmente, não possuem uma rede de apoio.

**Gráfico 5 – Comorbidades associadas**

Sobre as principais comorbidades, só um idoso possuía somente a Demência de Alzheimer. Dos oito idosos, sete possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e três possuem Diabetes Mellitus.



#### 4.1 Resultado dos testes de acompanhamento evolutivo

Nas tabelas abaixo serão apresentados os escores dos testes de rastreio cognitivo que são realizados durante a consulta de enfermagem. Esses testes são: MEEM, Katz e Lawton. Com os dados inseridos na Consulta de Enfermagem pode-se constatar que a maioria dos idosos é do sexo feminino, em idade na faixa de 64 a 83 anos com Doença de Alzheimer. Em relação à frequência nas oficinas, observou-se que há uma frequência satisfatória dos idosos nas atividades, com poucas faltas. Pode-se observar que quanto maior foi à participação e frequência dos idosos os testes se mantiveram inalterados ou até mesmo apresentaram um aumento dos escores.

##### MEEM:

<b>Idoso</b>	<b>Teste 1</b>	<b>Teste 2</b>	<b>Teste 3</b>	<b>Teste 4</b>
<b>Idoso 1</b>	28	25	24	24
<b>Idoso 2</b>	17	19	19	18
<b>Idoso 3</b>	12	9	9	8
<b>Idoso 4</b>	9	8	10	10
<b>Idoso 5</b>	22	24	28	28
<b>Idoso 6</b>	12	5	-	-
<b>Idoso 7</b>	18	18	18	16
<b>Idoso 8</b>	13	7	10	10

De acordo com a análise da tabela, podemos perceber que o idoso 1 teve um declínio em sua pontuação do teste número 1 para o teste número 2, no entanto permaneceu com os mesmos resultados nos dois últimos testes. O idoso número 2 teve um aumento do teste número 1 para o teste número 2, manteve o mesmo escore no teste número 3 e um declínio de apenas 1 ponto no último teste. O idoso número 3 só obteve declínios com o decorrer das avaliações, apenas conseguiu manter a mesma pontuação no teste 2 e no teste 3. O número 4 teve um resultado ruim na comparação do primeiro teste para o segundo, no entanto nos testes seguintes obteve melhoras. O idoso número

5 foi obtendo melhoras graduais conforme o avanço dos testes e encerrou a avaliação com 28 pontos. O idoso número 6, infelizmente não pode ser totalmente avaliado, pois abandonou o tratamento no “Campus Mequinho” um pouco antes de realizarmos o teste número 3. O idoso número 7 conseguiu manter a mesma pontuação por três testes consecutivos e teve um pequeno declínio no último teste. Já o idoso número 8 teve uma diminuição nos seus resultados do teste 1 para o teste 2 e depois aumentou o escore no teste 3 e conseguiu manter esse mesmo escore no teste 4. Muitos idosos tiveram declínios no resultado da avaliação do Mini-Exame do Estado mental, no entanto, isso é esperado, visto que o declínio cognitivo é um aspecto de qualquer idoso que possua demência. (SMELTZER *et al*, 2009, p. 204)

### **Katz:**

<b>Idoso</b>	<b>Teste 1</b>	<b>Teste 2</b>	<b>Teste 3</b>	<b>Teste 4</b>
<b>Idoso 1</b>	17	17	18	18
<b>Idoso 2</b>	20	19	20	20
<b>Idoso 3</b>	20	20	16	16
<b>Idoso 4</b>	13	12	17	15
<b>Idoso 5</b>	20	20	20	19
<b>Idoso 6</b>	20	19	-	-
<b>Idoso 7</b>	20	20	18	20
<b>Idoso 8</b>	20	8	11	16

Analisando a tabela podemos observar que o teste de Katz é o teste onde os idosos, normalmente, obtém o melhor resultado dentre todos os testes. O idoso número 1, conseguiu manter os mesmos resultados no dois primeiros testes e posteriormente aumentou esse escore, conseguindo manter a mesma pontuação até o último testes. O idoso número 2 conseguiu obter a mesma pontuação no primeiro e no último testes, o que indica uma boa manutenção da capacidade funcional no período de tempo avaliado. O idoso número 3 teve um declínio entre o segundo e terceiro teste, mas conseguiu

manter o mesmo resultado no último teste. O idoso 4 teve altos e baixos durante todos os testes, mas conseguiu obter uma nota maior no último teste quando comparamos com a nota do primeiro. O idoso número 5 conseguiu manter os mesmos resultados durante 3 testes consecutivos, e perdeu apenas 1 ponto no último teste. O idoso número 6 não será avaliado, como já foi dito anteriormente. O número 7 obteve a mesma pontuação no primeiro e no último teste e o idoso número 8 obteve um declínio significativo entre o primeiro e o segundo testes, mas conseguiu se recuperar obtendo pontuações melhores nos testes seguintes.

**Lawton:**

<b>Idoso</b>	<b>Teste 1</b>	<b>Teste 2</b>	<b>Teste 3</b>	<b>Teste 4</b>
<b>Idoso 1</b>	10	11	18	15
<b>Idoso 2</b>	17	19	19	17
<b>Idoso 3</b>	11	13	14	13
<b>Idoso 4</b>	9	9	12	12
<b>Idoso 5</b>	15	17	14	15
<b>Idoso 6</b>	12	12	-	-
<b>Idoso 7</b>	13	11	11	12
<b>Idoso 8</b>	10	12	11	14

O teste de Lawton é relativo às atividades instrumentais de vida diária, e nele os idosos também conseguiram manter boas pontuações com o decorrer da avaliação. O idoso número 1 obteve 2 melhoras consecutivas, do teste 1 para o teste 2 e do teste 2 para o teste 3, no entanto teve um declínio em sua pontuação no teste 4. O idoso número 2 conseguiu obter a mesma pontuação no primeiro e no último teste. O idoso número 3 aumentou gradativamente as suas pontuações. O idoso número 4 teve a mesma pontuação nos dois primeiros testes, depois obteve uma melhora e teve a mesma pontuação nos dois últimos testes. O idoso número 5 teve a mesma pontuação no teste 1 e no teste 4. O idoso número 6 não pode ser avaliado, devido a não participação nos

dois últimos testes. O idoso número 7 conseguiu finalizar os testes com a pontuação final bem parecida com a pontuação inicial e o idoso número 8 obteve melhoras gradativas.

Conclui-se que as oficinas foram efetivas, principalmente para a manutenção, preservação e melhora da capacidade de realização das atividades de vida diária e instrumentais. A memória de acordo com a avaliação dos dois últimos testes se manteve na mesma pontuação ou ficou mais comprometida. Este fato deve ser esperado, tendo em vista que a demência é uma doença progressiva e que os profissionais da equipe de saúde devem procurar preservar, o mais possível, a capacidade de realização das atividades de vida diária.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Durante a confecção deste trabalho de conclusão de curso, percebi o papel importante que o enfermeiro desempenha na saúde dos idosos, este grupo que está crescendo e com isso mudando o perfil demográfico da população mundial e que com isso exige a adequada formação de recursos humanos que atuarão nos seus desvios de saúde.

A Enfermagem hoje se caracteriza pela sua constante presença e assistência, na medida em que colabora e ajuda o idoso a se cuidar, melhorando assim sua qualidade de vida e ajudando a manter sua capacidade funcional, que são dois indicadores da qualidade de saúde dessa faixa etária.

Este estudo identificou por meio dos dados coletados no Mini-Exame do Estado Mental, na Escala de Katz e na Escala de Lawton os resultados obtidos pelos idosos nestes testes. Cada teste tem sua particularidade e busca averiguar uma coisa. O Mini-Exame do Estado Mental é relacionado ao desempenho cognitivo; o Katz ao desempenho em atividades básicas de vida diária e o Lawton, atividades instrumentais de vida diária. Juntos eles são capazes de avaliar a autonomia e independência desse idoso.

Através da aplicação dos testes pude perceber que quando se trata de atividades de vida diária, os idosos apesar do tempo de duração da doença, estão mantendo bons resultados. No entanto, quando se trata de desempenho cognitivo, os resultados dos testes foram declinando com o tempo. O Mini-Exame do Estado Mental foi o teste em que os idosos obtiveram os piores resultados, no entanto, isto é esperado, visto que toda demência leva a um declínio cognitivo maior do que um declínio funcional.

Com isso podemos ver como são válidas as oficinas de estimulação cognitiva e da capacidade funcional, pois elas ajudam a postergar o declínio dessas funções.

As oficinas terapêuticas que são realizadas semanalmente no EASIC surgem como um mecanismo de apoio, um local que fornece informações, além de ser um espaço que proporciona melhora na qualidade de vida e troca de experiências entre os participantes. No espaço das oficinas há a possibilidade de aprendizado também para os alunos, que adquirem experiências novas a cada reunião, na qual aprendem a perceber a força e a coragem que há em cada ser humano encarregado da difícil arte de cuidar de

um parente com demência. Além disso, também podem observar as inúmeras atividades que são realizadas com os idosos que possuem demência para manter esse idoso o maior tempo possível ativo e participativo na comunidade.

A construção da minha monografia foi de extrema importância para o meu crescimento pessoal, pois, descobri o quanto os idosos podem colaborar para o meu aprendizado, além de auxiliarem o meu desenvolvimento profissional.

As escalas utilizadas contribuem de forma ampla para o campo da geriatria, uma vez que por meio delas, pode ser constatado o nível de capacidade funcional e cognitiva desse idoso, sendo possível assim, a elaboração de atividades educativas direcionadas para a deficiência que o idoso apresenta.

Os Enfermeiros devem estar atentos e proceder o cuidado com o idoso visando o autocuidado, mas também deve estar na visão do enfermeiro ajudar a elaborar políticas públicas direcionadas a esta faixa etária. Isto porque, a autonomia, independência e a condição de realizar o autocuidado são indicadores de qualidade de vida para o idoso.

O enfermeiro sendo o profissional que trabalha exaustivamente com educação em saúde, promoção da saúde e na reabilitação da mesma, não pode perder de vista a importância que tem o estímulo para o autocuidado quando assistir ao idoso e seus familiares.

## 6. OBRAS CITADAS

---

ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Revista de Ciências da Saúde Coletiva**, 2008.

BONARDI, Gislaine; SOUZA, Valdemarina Bidone Azevedo e; MORAES, João Feliz Duarte de. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Revista Scientia Medica**, 2007

BOTTINO, Cássio M. C.; LAKS, Jerson; BLAY, Sérgio L. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. 1ª Edição, 2006.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues; RODRIGUES, Roberto do Nascimento. Envelhecimento populacional: algumas questões. **Unimontes Científica**, 2005.

DUCA, Giôvani Firpo del; SILVA, Marcelo Cozzensa da; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, 2009.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Características Sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Revista Acta Paul Enferm**, 2010.

FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho; NETTO, Matheus Papaléo. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª edição, 2006.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Thereza. **Gerontologia – Uma atuação da Enfermagem no Processo do Envelhecimento**. 1ª Edição, 2006.

FREITAS, Elizabete Viana de, *et al.* **Tratado de Geriatría e Gerontologia**, 2ª edição, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição, São Paulo: Atlas, 2002.

GEORGE, Julia B. e col. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 375p.

GOULART, Maria Tereza Carthery; *et al.* Adaptação transcultural da escala de avaliação de incapacidade em demência. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, 2007

IBGE. **A condição do idoso no domicílio**. In: *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil*. Rio de Janeiro, 2002.

IDOSO, Estatuto do. **Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>. Acesso em 20 out 2011.

INOUE, Keika; OLIVEIRA, Georgino H. de. Avaliação crítica no tratamento farmacológico atual para doença de Alzheimer. **Infarma**, 2004.

LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Izabel. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **Revista O mundo da Saúde**, 2006.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos num serviço de Neurogeriatria. **Texto Contexto Enfermagem**, 2006.

MARRA, T.A.; *et al.* Avaliação das atividades de vida diária em idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, 2007.



MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa para o estudo das ações de humanização de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, 2004.

MARTINS, Josiane de Jesus, et al. Educação em Saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet] Disponível from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Desafio dos conhecimentos: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007

NETO, José Galucci; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicentes. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. Psiq. Clín**, 2005.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato; MELZER, David. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2005.

PASINATO, M.; LEMOS, Vanessa Regina. **Cuidados de longa duração para a população idosa – uma questão de gênero**. Editora Alínea, São Paulo, 2007.

SANTOS, Ariana de Souza Rodrigues dos, *et al.* Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**, 2008.

SOUZA, Priscila Alfradique; *et al.* Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica, **Revista RBCEH**, 2009.

SOUZA, Selônia Patrícia Oliveira; BRANCA, Sandra Beatriz Pedra; Panorama epidemiológico do processo de envelhecimento no mundo, Brasil e Piauí: evidências na literatura de 1987 a 2009. *Enfermagem em Foco*, 2011.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10º ed, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro,2005.

## 7. OBRAS CONSULTADAS

---

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, 2003.

KARSCH, Úrsula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, 2003.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, 2003.

SANTOS, Sérgio Ribeiro do; SANTOS, Iolanda Bezerra da Costa; FERNANDES, Maria das Graças M.; HENRIQUES, Emília Romero M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2002.

SAÚDE, Ministério da. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica – nº 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006.

TAVARES, Elda Lima; ANJOS, Luiz Antônio do. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Núcleo de Documentação. **Manual de normalização de trabalhos técnicos, científicos e culturais**. Apresentação de trabalhos monográficos de conclusão de curso. Niterói, 2007.

## 8. ANEXO

### Escala de Atividade Básicas de Vida Diária – KATZ

ÁREA	OPÇÕES	/	/	/
Banho	- NÃO recebe assistência, entra e sai do chuveiro sem ajuda	( )	( )	( )
	- Recebe assistência para lavar somente uma única parte do corpo	( )	( )	( )
	- Recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo	( )	( )	( )
	- Não toma banho sozinho	( )	( )	( )
Vestuário	- Veste-se completamente SEM assistência	( )	( )	( )
	- Veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar os sapatos	( )	( )	( )
	-Recebe assistência para vestir-se ou tirar as roupas do armário	( )	( )	( )
	-Não se veste sozinho	( )	( )	( )
Higiene Pessoal	- Vai ao banheiro SEM assistência, limpando-se e arrumando as roupas	( )	( )	( )
	-Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas ou recebe ajuda no manuseio da comadre/patinho somente à noite	( )	( )	( )
	-Não realiza o ato de eliminação fisiológica no banheiro	( )	( )	( )
Transferência	- Deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira SEM assistência: pode utilizar objetos para auxílio como bengala e andador	( )	( )	( )
	-Deita e levanta da cama, ou senta e levanta da cadeira com assistência	( )	( )	( )
	-Não se levanta da cama	( )	( )	( )
Continência	- Controle esfinteriano (urinário e fecal) completo, por si só	( )	( )	( )
	-Ocorrência de acidentes ocasionais	( )	( )	( )
	- Supervisão no controle esfinteriano, cateter é utilizado, ou é incontinente	( )	( )	( )
Alimentação	- Alimenta-se SEM assistência	( )	( )	( )
	-Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	( )	( )	( )
	-Alimenta-se com assistência, ou é alimentado de maneira parcial/completa com sondas ou fluidos IV	( )	( )	( )

## Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – LAWTON

ITENS	OPÇÕES	/	/	/
Telefone	-CAPAZ de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda -CAPAZ de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números para discar -Completamente INCAPAZ no uso do telefone	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Viagens	-CAPAZ de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi -CAPAZ de viajar exclusivamente acompanhado -Completamente INCAPAZ de viajar	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Compras	-CAPAZ de fazer compras, se fornecido transporte -CAPAZ de fazer compras, exclusivamente acompanhado -Completamente INCAPAZ de fazer compras	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Preparo de refeições	-CAPAZ de planejar e cozinhar refeições completas -CAPAZ de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho -Completamente INCAPAZ de cozinhar	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Trabalho doméstico	-CAPAZ de realizar trabalho doméstico pesado -CAPAZ de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas -Completamente INCAPAZ de realizar qualquer trabalho doméstico	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Medicações	-CAPAZ de tomar os remédios na dose e hora certa -CAPAZ de tomar os remédios, mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare - Completamente INCAPAZ de tomar remédio sozinho	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )
Dinheiro	-CAPAZ de administrar suas necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas -CAPAZ de administrar suas necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com cheques e pagamento de contas -Completamente INCAPAZ de administrar o dinheiro	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )	( ) ( ) ( )

## Mini-Exame do Estado Mental – MEEM

### **ORIENTAÇÃO:**

- **Dia da Semana:** 1 ponto
- **Dia do mês:** 1 ponto
- **Mês:** 1 ponto
- **Ano:** 1 ponto
- **Hora aproximada:** 1 ponto
- **Local específico (apartamento ou setor):** 1 ponto
- **Instituição (residência, hospital, clínica):** 1 ponto
- **Bairro ou rua próxima:** 1 ponto
- **Cidade:** 1 ponto
- **Estado:** 1 ponto

### **MEMÓRIA IMEDIATA:**

- **Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adianta você irá perguntá-las novamente.**

### **ATENÇÃO E CÁLCULO:**

- **(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente.** (1 ponto para cada cálculo correto)
- **Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente.**

### **EVOCAÇÃO:**

- **Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente** (1 ponto por palavra)

### **LINGUAGEM:**

- **Nomear um relógio e uma caneta** (2 pontos)
- **Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”** (1 ponto)
- **Comando: “pesque este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão.** (3 pontos)

- **Ler e obedecer: “feche os olhos”** (1 ponto)
- **Escrever uma frase** (1 ponto)
- **Copiar um desenho** (1 ponto)