



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE - CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

LUIZA TEREZA GADÊLHA DE MENEZES

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Cuité – PB
2017

LUIZA TEREZA GADÊLHA DE MENEZES

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

Cuité – PB
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes - CRB 15 - 256

M543a Menezes, Luiza Tereza Gadêlha de.

Avaliação da função cognitiva em idosos institucionalizados. / Luiza Tereza Gadêlha de Menezes. - Cuité: CES, 2017.

86 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) - Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2017.

Orientador: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Envelhecimento. 2. Atenção integral à saúde do idoso. 3. Cognição. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 544.527.23

LUIZA TEREZA GADÊLHA DE MENEZES

**AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité, como requisito obrigatório da disciplina TCC II, bem como à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira
Orientador – UFCG

Profa. MSc. Carolina Pereira da Cunha Sousa
Membro – UFCG

Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha
Membro – UFCG

Cuité – PB, 23 de agosto de 2017.

DEDICATÓRIA

Dedico essa conquista em primeiro lugar a Deus que sempre me guiou ao longo desses 5 anos, aos meus pais (Rosemiro Robson de Menezes e Sandra Gadêlha Dantas de Menezes), ao meu irmãozinho (Lucas Gadêlha Dantas de Menezes) que sempre acreditaram no meu potencial, no qual nunca me deixando desistir em meio aos obstáculos que surgiram ao longo do caminho, por fazerem de tudo para que chegasse até aqui, nunca medindo esforços, aos meus familiares e aos meus verdadeiros amigos.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço ao todo poderoso Deus, que em sua expressão de silêncio e em sua infinita bondade sempre me acompanhou e me guiou os meus passos diariamente, pois sem a sua aprovação nada disso teria se concretizado. Agradeço pelo o dom da vida, pelas conquistas, pelas bênçãos concebidas e principalmente, por nunca me deixar desistir dos meus sonhos e objetivos de vida, mesmo que os obstáculos me surgiam ao longo dessa caminhada, sempre me dando uma força e fé inexplicável para vencer.

Aos meus pais, **Rosemiro Robson de Menezes e Sandra Gadêlha Dantas de Menezes**, por todo amor, carinho, dedicação, conselhos e palavras de conforto. Por me ensinarem o valor da vida e mesmo a distância compreenderam a minha ausência em diversos momentos. Tudo o que sou hoje e serei um dia será sempre graças a vocês que me proporcionaram uma educação exemplar, sempre me incentivaram a correr atrás dos meus objetivos e que nunca me fizeram desistir de lutar por aquilo que almejo. Só tenho a dizer aos senhores: OBRIGADA. Amo – os incondicionalmente.

Ao meu amado e querido irmãozinho, **Lucas Gadêlha Dantas de Menezes**, que mesmo pequeno sempre vibrou comigo a cada conquista alcançada, a cada sonhos que se concretizou. E mesmo quando estava prestes a viajar ele vinha com o seu olhar e a sua fala: “Ah, Luiza, não vai hoje não, vou ficar com saudade”, aquilo partia o meu coração, porém era preciso deixá-lo para correr atrás do meu sonho. Agradeço todos os dias a Deus por ter colocado em minha vida. Te amo infinitamente.

Aos meus **familiares** por sempre permanecerem na torcida, por me proporcionarem momentos de descontração, me aconselharem quando as forças já não eram mais suficiente dando mais vontade de buscar meus objetivos e por compreenderem os meus momentos de ausência no seio familiar.

Aos meus amigos - irmãos de longas datas (**Evandson, Kaique, Rafael e Junior**) que mesmo em meio a minha ausência sempre me apoiaram e nos momentos difíceis nunca me deixaram desamparada - sempre me fortalecendo com seus conselhos.

Aos amigos/ irmãos concedidos pela Universidade no qual nunca irei esquecer, principalmente, **Dayse Rocha, Ruan Lima, Hortência Héllen e Juliana Maria**, além da

minha prima **Maria Beatriz**, obrigada por me apoiarem em todos os momentos durante essa árdua trajetória e que consecutivamente me incentivaram a continuar por mais que existissem diversos obstáculos, pelos conselhos dados, pelo o amadurecimento tanto pessoal como profissional, pelas noites de estudo em claro, pelo o companheirismo sempre presente, pelas brigas (que não foram poucas), pelos momentos de lazer, cumplicidade e confiança durante toda essa graduação. Levarei vocês sempre comigo no meu pensamento e no meu coração, para toda a vida. Saiba que desejo-lhes todo o sucesso desse mundo.

À família cuiteense que fui presenteada **Taise Ribeiro e família**. A você, que mesmo em meios as diversas discussões nunca me deixou na mão, até mesmo durante a minha coleta de dados você fez parte, na qual hoje se concretiza a realização desta pesquisa – mais uma vez demonstrando que estava e está sempre ao meu lado. É uma das pessoas na qual admiro e sei que posso contar para qualquer eventualidade que possa surgir. A sua família, muito obrigada por toda recepção, por fazerem com que eu me sentisse em casa, com toda atenção, carinho, momentos de distração e conselhos que vocês me deram. Levarei para o resto da vida pessoas tão maravilhosas que souberam me acolher de for tão calorosa.

Ao meu orientador, **Matheus Figueiredo Nogueira**, que foi além das minhas expectativas e demonstrou muita sensibilidade e respeito durante esta convivência. Um profissional extremamente competente, por ter acreditado em meu potencial e um amigo que sei que posso contar. Agradeço: imensamente pela paciência, dedicação, orientações e aprendizados; pela a confiança e todo conhecimento compartilhado, pois foi o seu intermédio que me levou a minha formação e me ensinou dentre outras coisas o significado da ética e pelo o espaço em seu núcleo de pesquisa – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ), além de ser imensamente grata por te me recebida como orientanda. Grande incentivador do meu crescimento e muito contribuiu para esta realização. Levo comigo o seu exemplo.

À Banca Examinadora, **Carolina Pereira da Cunha Sousa e Ana Carolina Dantas Rocha**, por contribuírem e participarem da minha vida acadêmica e pela atenção dada ao meu estudo, e pelas valiosas contribuições propostas. São profissionais admiráveis e nunca mediram esforços para me ajudar quando precisei, obrigada por mostrar o diferencial e o potencial da Enfermagem durante o curso.

À minha **Turma 2012.2**, pelos momentos partilhados durante esses 5 anos, sejam estes de alegria, angústia, tristeza, dúvidas, brigas, estudos, companheirismo, trocas de experiências e pelos bons momentos vividos no qual jamais será esquecido. Todos de certa forma foram essenciais para a contribuição do meu crescimento como profissional e pessoal.

Aos **Mestres** da Unidade Acadêmica de Enfermagem do CES, por sempre exigirem o máximo do meu potencial. Obrigada a todos a pôr compartilhar a ciência e experiência acadêmica, e pelas oportunidades que surgiram ao longo do caminho que foram fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal.

Portanto, agradeço a todos que, de alguma maneira, colaboraram direto ou indiretamente para que eu finalizasse mais uma etapa de um ciclo em minha vida.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

(Leonardo da Vinci)

RESUMO

MENEZES, L. T. A. AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. 2017. 86 f. Monografia (Curso de Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande. Cuité-PB.

O rápido crescimento da população idosa é uma realidade mundial, no qual configura-se um dos maiores desafios para a saúde brasileira, principalmente em idosos institucionalizados. Avaliando assim, o envelhecimento como um fenômeno em que ocorre uma ampliação da taxa de expectativa de vida, põe-se em evidência a necessidade de investigar se o prolongamento da longevidade está ocorrendo em níveis satisfatório ou se a longevidade está sendo acompanhada por declínios das funções do sistema corporal, principalmente, o sistema cognitivo no qual resulta em má qualidade de vida e perda da sua própria autonomia. Objetivou-se neste estudo avaliar a capacidade da função cognitiva dos idosos institucionalizados. Trata-se de um estudo referendo a uma verificação epidemiológica do tipo observacional transversal com desenho quantitativo, realizado nos municípios de Cuité – Paraíba e em Currais Novos – Rio Grande do Norte, tendo como amostra apenas 10 idosos. Os dados foram coletado por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico/comportamental e o Mini Exame do Estado Mental – MEEM, após aprovação do Comitê de Ética. Os resultados evidenciaram que a maioria dos idosos apresentam idade mínima entre 61 anos e máxima de 93 anos, viúvos, sabem ler/escrever e possui uma renda individual advinda da aposentadoria, mas refere satisfação com suas necessidades básica. Em relação aos fatores de risco, a maioria não é fumante, não consome bebida alcoólica e não pratica exercício físico, possuem um nível de estresse intermediário, todos apresentam problema e de saúde e todos relatam que faz uso de algum tipo de medicamento. Sobre a Capacidade Funcional – CF, resultou que todos os idosos apresentam déficit no sistema cognitivo, evidenciando de maneira negativa a dependência de cuidadores e de cuidados específicos onde a sua perda de autonomia é clara. Sendo assim, a atenção a saúde do idosos deve ser voltada, principalmente, para idosos institucionalizados, no apresentam fragilidade devido as perdas do convívio familiar, a interação do meio social, aumento do sedentarismo e até mesmo casos de depressão, resultando em idosos com déficit cada vez mais comprometido. O declínio da CF do sistema cognitivo é cada vez mais frequente e a enfermagem frente aos órgãos públicos de saúde devem procurar estimular o autocuidado, facilitando a sua participação social e propiciando melhoras nos índices de QV.

Descritores: Envelhecimento; Assistência Integral à Saúde do Idoso; Cognição; Qualidade de vida.

ABSTRACT

MENEZES, L. T. A. EVALUATION OF COGNITIVE FUNCTION IN INSTITUTIONALIZED ELDERLY PEOPLE. 2017. 86 f. Monography (Nursing Bachelor's Degree). Federal University of Campina Grande. Cuité-PB.

The rapid growth of the elderly population is a worldwide reality, in which one of the greatest challenges for Brazilian health is presented, especially in the institutionalized elderly. Thus evaluating aging as a phenomenon in which life expectancy increases, the need to investigate whether longevity is occurring at satisfactory levels or whether longevity is being accompanied by declines in function Of the body system, mainly, the cognitive system in which it results in poor quality of life and loss of its own autonomy. The objective of this study was to evaluate the capacity of the cognitive function of the institutionalized elderly. This is a study referring to an epidemiological verification of the cross-sectional observational type with a quantitative design, carried out in the municipalities of Cuité-Paraíba and Currais Novos, Rio Grande do Norte, with a sample of only 10 elderly. The data were collected through two instruments: the sociodemographic / behavioral questionnaire and the Mini Mental State Examination - MMSE, after approval by the Ethics Committee. The results showed that the majority of the elderly present a minimum age between 61 and 93 years of age, widows, can read / write and have an individual income from retirement, but refers to satisfaction with their basic needs. Regarding the risk factors, the majority are non-smokers, do not consume alcoholic beverages and do not practice physical exercise, have an intermediate stress level, all present problems and health and all report that they use some type of medication. Regarding the Functional Capacity - CF, it turned out that all the elderly present deficits in the cognitive system, evidencing in a negative way the dependence of caregivers and specific care where their loss of autonomy is clear. Therefore, the health care of the elderly should be directed mainly to institutionalized elderly people, not frail due to the loss of family life, social interaction, increased sedentary life and even cases of depression, resulting in elderly people with a deficit Increasingly compromised. CF's decline in the cognitive system is becoming more frequent and nursing in front of public health agencies should seek to stimulate self-care, facilitating their social participation and providing improvements in QoL indexes.

Descriptors: Aging; Comprehensive Health Care for the Elderly; Cognition; Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da função cognitiva de idosos institucionalizados conforme o Mini Exame do Estado Mental. Cuité – PB/Currais Novos – RN, 2017 (n = 44)	38
Tabela 2 - Avaliação da função cognitiva de idosos institucionalizados conforme o Mini Exame do Estado Mental. Cuité – PB/Currais Novos – RN, 2017 (n = 44).....	44
Tabela 3 - Caracterização clínica e comportamental de idosos institucionalizados. Cuité – PB/Currais Novos – RN, 2017 (n = 10).....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividade de Vida Diária Básica
AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
CES- Centro de Educação e Saúde
CF – Capacidade Funcional
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DCC – Declínio da Capacidade Cognitiva
DCNT – Doenças Crônicas Não – Transmissíveis
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência
INCA – Instituto Nacional de Câncer
MEEM – Mini Exame do Estado Mental
MMSE – Mini – Mental State Examination
NEPEQ - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Envelhecimento e Qualidade de Vida
QV- Qualidade de Vida
RN – Rio Grande do Norte
SNC – Sistema Nervoso Central
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UFMG - Universidade Federal de Campina Grande
OMS – Organização Mundial de Saúde
PB – Paraíba
PR - Paraná
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	Objetivos	18
2.1	Objetivo Geral	18
2.2	Objetivos Específicos	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Processo de envelhecimento: de senescência à senilidade	21
3.2	Atenção Integral à Saúde do Idoso: aspectos conceituais e práticas	25
3.3	Avaliação multidimensional da capacidade funcional em idosos	28
4	METODOLOGIA	31
4.1	Tipo de estudo	32
4.2	Local do estudo	32
4.3	População e amostra	33
4.4	Instrumento para coleta de dados	33
4.5	Procedimentos para coleta de dados	34
4.6	Análise dos dados	35
4.7	Aspectos éticos	35
5	ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS	37
5.1	Avaliação da função cognitiva em idosos institucionalizados	38
5.2	Caracterização sociodemográfica e clínico-comportamental de idosos em ILPI	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS	56

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice B – Instrumento de coleta de dados

Apêndice C – Termo de Autorização Institucional

ANEXOS

Anexo A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se atualmente como uma realidade da maioria das sociedades e abarca alterações na estrutura etária da população. Essas alterações da estrutura são decorrentes da transição demográfica, em que acontecem reduções nas taxas de fertilidade e mortalidade, e como consequência há o aumento da expectativa de vida. Com esse aumento na expectativa de vida da população, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define idoso conforme o nível socioeconômico de cada nação. Em países desenvolvidos, os idosos são aqueles que possuem 65 anos ou mais e em países em desenvolvimento, 60 anos ou mais (BRASIL, 2002).

Comparando o número de idosos ao longo dos anos, em 2013, no mundo, eram 841 milhões, sendo quatro vezes maior que os 202 milhões que viviam em 1950 (ONU, 2013). Em 2015, eram 901 milhões (12% da população mundial) e indicadores mostram acréscimo de 3,26% no número de idosos ao ano. Projeções mostram que o número de idosos será 1,4 bilhões em 2030 e 3,2 bilhões em 2100 (ONU, 2015). Em relação ao Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que este é o segmento populacional que mais cresce no contingente brasileiro, sendo que esta população passou de 14,2 milhões em 2000, para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060 (BRASIL, 2015). O IBGE revela ainda que em 2025, o Brasil ocupará, mundialmente, sexto lugar em população idosa (BRASIL, 2011).

O envelhecimento individual e biológico consiste em um processo irreversível e dinâmico, caracterizado pela vulnerabilidade às agressões do meio interno e externo, e, portanto, maior suscetibilidade nos níveis celular, tecidual e órgãos (aparelhos e sistemas corporais). É de extrema importante lembrar que cada órgão ou sistema envelhece de forma diferenciada, variando de indivíduo para indivíduo, podendo ser de ordem biofisiológica - conhecido como senescência -; ou patológica - denominado por senilidade -, como por exemplo, as doenças neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, renais, entre outras, as quais podem afetar a capacidade funcional dos idosos.

A capacidade funcional (CF) pode ser determinada como um potencial em que os idosos apresentam para tomar decisões e agir de forma independente, no seu cotidiano. A incapacidade funcional, em contraponto, refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia, envolvendo dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária – ABVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD (BARBOSA et al., 2014). As ABVD abrangem atividades como: alimentar-se, vestir-se, tomar

banho, usar o sanitário, transferir-se da cama para uma cadeira e caminhar em um cômodo do mesmo andar. As AIVD envolvem outras atividades indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, tais como: incluindo realizar tarefas domésticas, fazer compras, administrar as próprias medicações e manusear dinheiro, entre outras (CESAR et al., 2015).

Na área da saúde, a avaliação da CF é essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (NERI, 2010 apud BOWLING, 2009). Segundo Moraes (2012), perante a necessidade de vasto diagnóstico geriátrico, surge a avaliação multidimensional do idoso, de qual pode-se obter não só avaliação da CF e saúde física como também concede a função cognitiva, o estado emocional e as condições socioambientais. Esse método de avaliação busca descortinar problemas até então atribuídos ao processo de envelhecimento *per si* (“da idade”) e, portanto, não abordados de forma adequada.

O método de avaliação da CF é um processo diagnóstico de múltiplas dimensões, pois envolve não só o idoso, mas sua família e o meio ambiente onde reside. Procura quantificar o grau de comprometimento funcional global (diagnóstico funcional) e identificar/verificar a presença de possíveis disfunções nos sistemas fisiológicos principais. A dimensão familiar (suporte familiar) e social do idoso também são fundamentais. Esta avaliação é indispensável para a idealização de uma assistência voltada para a necessidade do mesmo, cujo objetivo principal é a preservação ou recuperação da sua autonomia e independência, pautado em ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da sua saúde (MORAES, 2012).

Nesse sentido, é de sua importância destacar que todos os seres vivos passam por modificações com o passar dos anos. Essas modificações ocasionadas pelo tempo são consideradas uma involução morfológica e funcional de cada indivíduo que afeta a maioria dos órgãos e leva a um gradual declínio no seu desempenho funcional, tais como: diminuição da massa corpórea, diminuição ou perda da acuidade visual e auditiva, fragilidade na cognição, diminuição na mobilidade física, entre outras, por isso a necessidade de uma abordagem geriátrica global.

Abordagem geriátrica pode ser desenvolvida com a utilização de variados instrumentos de aferição. Dentre estes, destacam-se como um item indispensável o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas, incluindo a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. De acordo com Lueckenotte et al., (2002), os profissionais da área da saúde, sobretudo os enfermeiros, devem reconhecer a

necessidade da ampla investigação das condições de saúde e doença anteriormente à assistência a ser prestada a idosos. Nessa lógica, a avaliação geriátrica eficiente será extremamente essencial para a identificação de suas necessidades, o que poderá auxiliar no desenvolvimento da autonomia e independência do idoso. Destaca-se que é preconizado nas políticas públicas de relevância para a saúde do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS) que a Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Básica/Saúde da Família seja por demanda espontânea ou por busca ativa, devendo ser realizado um diagnóstico multidimensional. Todavia, em termos práticos, reconhece-se que essa avaliação multidimensional é fragilizada nos serviços de saúde e o idoso é visto apenas como um portador de doenças crônicas, além de muitas vezes limitar o atendimento aos programas de atenção à hipertensão e diabetes.

O desdobramento desta pesquisa pode trazer subsídios de modo a qualificar as práticas de atenção ao idoso, o que por si só, é suficiente para justificar a sua realização. Ademais, é inegável a importância do impacto social que este poderá possibilitar, em especial no âmbito da saúde, a partir da sensibilização de enfermeiros para a execução cotidiana da avaliação multidimensional do idoso, o que poderá concorrer para uma assistência mais efetiva e de qualidade. Uma compreensão mais ampla no campo da gerontologia e assistência à saúde do idoso no qual há uma lacuna do conhecimento a ser suprida a partir desta pesquisa.

2 Objetivos

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar, sob a perspectiva, a capacidade funcional de idosos institucionalizados

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico – comportamental de idosos participantes do estudo;
- Averiguar a função cognitiva de idosos a partir do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein;

3.1 Processo de envelhecimento: de senescência à senilidade

O envelhecimento humano é um processo natural, individual, progressivo, irreversível e universal. É natural e progressivo pois envelhece fisiologicamente a partir do momento em que se nasce e os corpos são finitos (ONU, 2012); individual, porque as pessoas não envelhecem da mesma modo e nem sequer terão todas as mesmas experiências (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010); irreversível, pois acontece desde o nascimento até a morte, sendo impossível revertê-lo; e universal, porque todas as populações vivenciarão inevitavelmente esse processo (ONU, 2013).

O envelhecimento é marcado como um processo natural, de uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em níveis normais, não costuma provocar qualquer problema. Entretanto, condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional podem desencadear uma condição patológica que requeira assistência adequada – senilidade. Cabe salientar que certas adulterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus resultados minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006). A senescência e a senilidade estão intimamente interligadas pelos aspectos biológico, psicológico e social do indivíduo.

O envelhecimento biológico é implacável e ativo, originando uma vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. O processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e condicionada a programação genética e das adulterações que ocorrem em nível celular-molecular. No qual, pode vir a ter uma diminuição da capacidade funcional das áreas lesionadas e sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático, que passam a servir como substrato fisiológico para influência da idade (MORAES et al., 2010). Devido as alterações fisiológicas serem evidentes como o passar dos anos, as alterações anatômicas são visivelmente perceptíveis.

Os atributos mais marcantes do envelhecimento ocorre devido à perda progressiva de níveis de função ou degeneração, que agridem principalmente: moléculas, células, tecidos e órgãos. O dano está integrada e relacionada com o fator da idade da função. As modificações morfofuncionais movidas pelo processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético influenciam diretamente a capacidade funcional e independência do idoso. Neste contexto pode-se inferir que muitas alterações anatômicas que ocorrem no sistema musculoesquelético são inerentes ao processo de envelhecimento (MERLIN et al., 2013).

Para uma melhor compreensão das alterações que ocorrem à medida que o organismo envelhece, estas serão pontuadas separadamente, desde as alterações estruturais e celulares, até as funcionais e orgânicas.

As células e tecidos, apresentam alterações, no qual envolvem: a diminuição do número de células ativas; abrandamento do ritmo da multiplicação celular; e atrofia e perda de elasticidade tecidual. Na composição global do corpo e peso corporal há o aumento relativo do tecido adiposo em relação ao tecido normal e alterações no peso corporal e no peso dos órgãos. Nos músculos, ossos e articulações acontecem a redução de 25 a 30% da massa muscular; diminuição da mobilidade articular; diminuição da distância entre os discos vertebrais; contração da dimensão da caixa torácica; perda de cálcio; redução do funcionamento locomotor; e problemas de equilíbrio. Com relação à pele e tecido subcutâneo, há a perda dos tecidos de suporte cutâneo; atrofia e baixa da eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas; perda de elasticidade da pele e persistência da prega cutânea; aparecimento de rugas, assentamento das proeminências ósseas e descair das faces, queixo e pálpebras; e alongamento dos lobos das orelhas. Quanto aos tegumentos, averiguou-se pelos finos e raros, exceto na face; perda de cabelos, calvície ou cabelos brancos, acinzentados ou descoloridos; e espessamento das unhas (CRUZ, 2013 apud MERLIN, 2013).

Em relação ao fato das mudanças biológicas do sistema neurológico esperadas na velhice, destacam-se o envelhecimento cerebral evidenciado pelo declínio ponderal discreto, lento e progressivo, que culmina com a diminuição do seu volume. Associa-se, além das alterações microscópicas dos neurônios, as transformações nos sistemas de neurotransmissores; os sistemas dopaminérgicos e colinérgicos exibem ações diminuídas; o declínio de memória não necessita, necessariamente, associar-se à lesão estrutural, podendo ocorrer devido à disfunção fisiológica e não à perda neuronal. O Sistema Nervoso Central (SNC), apesar de não ser capaz de restaurar seus neurônios, tem propriedades que podem diminuir o impacto das alterações do envelhecimento: redundância, mecanismos compensadores e plasticidade (MORAES et al., 2010).

No sistema circulatório expõem modificações significativas na sua redução de sua CF. Em repouso, contudo, o idoso não apresenta redução importante do débito cardíaco, mas em situações de que necessitam de maior demanda, tanto fisiológica (esforço físico) como patológicas (doenças arterial coronariana), os mecanismos para a sua manutenção podem falhar, resultando em processos isquêmicos. Com o avanço da idade, o coração e os vasos sanguíneos mostrar-se com alterações morfológicas e teciduais, tais como: espessamento fibroso no pericárdio e aumento da taxa de gordura; miocárdio com fibrose intersticial, hipertrofia

concêntrica e acúmulo de gordura; nas valvas mitral e aórtica é caracterizado pela calcificação e degeneração mixomatosa (cúspide posterior); redução da musculatura, atrofia celular e processos esclerodegenerativos; alterações nas paredes das artérias coronárias (perdas de fibras elásticas e aumento do colágeno, depósito de lipídios e calcificação) e alterações no trajeto e no calibre (FREITAS et al., 2011).

No sistema respiratório, provoca alterações na parede torácica, no qual ocorre uma diminuição na sua complacência; perda progressiva da massa muscular, particularmente nas fibras de contração rápida (tipo II); diminuição da capacidade de tensão muscular necessária ao diafragma; degeneração das fibras elásticas ao redor dos ductos alveolares que promove constrição prematura das pequenas vias respiratórias durante a expiração e perde-se progressivamente a reserva respiratória, diminuindo a resposta ventilatória à hipóxia e à hipercapnia (FREITAS et al, 2011).

O sistema digestório é marcado pelo declínio da musculatura lisa do esôfago que sucede uma redução de sua inervação intrínseca; aumento da incidência de contrações não peristálticas; no estômago há a redução do relaxamento receptivo do fundo gástrico à chegada de alimentos e elevação do tempo de esvaziamento gástrico; no pâncreas ocorre uma redução de peso e redução na capacidade de secreção enzimática; o fígado sofre diminuição no fluxo sanguíneo hepático, proporcionalmente à redução do peso e alteração na redução na secreção de albumina e de glicoproteínas; no intestino delgado há relativa perda na redução da superfície da mucosa, redução da absorção de alguns nutrientes específicos incluindo vitaminas, ácidos graxos etc; e o colón proporciona um aumento da prevalência de constipação intestinal, da incidência de neoplasias e da prevalência de doença diverticular (FREITAS et al, 2011).

No sistema urinário há o enfraquecimento da musculatura vesical; nos rins, redução da massa renal, com conseqüente redução da capacidade de eliminar medicamentos e falhas na reabsorção de glicose e sódio. No sistema endócrino, há atrofia e perda das células; a tireoide diminui discretamente sua produção de hormônios; as células diminuem sua sensibilidade à insulina. Na pele e o tecido subcutâneo, há redução da espessura; atrofia das glândulas sudoríparas, tornando a pele mais seca e menos oleosa. Os órgãos sensoriais, há uma redução auditiva e redução da acuidade visual. Para a temperatura, há comprometimento da regulação térmica; lentificação da resposta aos pirógenos e a dificuldade da produção e conservação do calor (MANSO; BIFFI, 2015).

Em se tratando do envelhecimento psíquico ou amadurecimento, este não é naturalmente progressivo; depende também da passagem do tempo, mas, sobretudo, do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida. O amadurecimento é

aquisição individual e no qual se traduz pela modificação dos valores de vida ou pela aquisição da consciência. A velhice é a grande fase da vida, na qual o indivíduo, atinge o grau máximo de compreensão do mistério da vida (consciência do absoluto) e do seu papel na unificação do universo (MORAES et al., 2010). A condição psicológica está interligada as capacidade comportamental que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente e inclui a inteligência, memória e motivação (ARAÚJO, 2011).

O envelhecimento social refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade, sendo fortemente determinada pela cultura e história (ARAÚJO, 2011). O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram. Os termos “status” e “papel” são considerados como definidores da posição social e do modo geral de interação entre os indivíduos; a cada “status” pessoal têm-se papéis que, somados, definem a posição individual da pessoa, ou seja, a soma dos direitos e obrigações que representam o seu comportamento social. O trabalho e seu significado na formação do indivíduo é uma questão importante a ser levantada é atividade profissional que depositamos nossas aspirações pessoais e perspectivas de vida (MENDES et al., 2010).

Diante desta variabilidade de transformações no corpo humano, o envelhecimento é comprovado por ausência ou presença de doenças. A senilidade assinalar-se pelo envelhecimento não saudável, em que se notam processos patológicos associados. O desenvolvimento de doenças crônicas e enfermidades próprias desta faixa etária acarretam transformações no estilo de vida e no contexto familiar, que conseqüentemente levam ao aparecimento de situações incomuns vivenciadas até então, no que abrange questões éticas. A crescente aspecto de vida presenciada nos últimos 50 anos, relaciona-se ao acréscimo das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT) e comprometimento da capacidade funcional do idoso (SAQUETTO et al., 2013).

Os principais fatores de risco comum que podem vim a desencadear as DCNT (cardiovascular, respiratória, renal e neurológico, entre outras), além da carga genética, são: o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e etilismo. O exercício físico é extremamente fundamental para esses sujeitos, pois ajuda no controle da hipertensão arterial por redução da dilatação dos vasos, aumentando o HDL-colesterol (“colesterol bom”), reduzindo a obesidade, propiciando melhor controle dos níveis glicêmicos, prevenindo doença coronariana e diminuindo o risco de morte. Além disso, aprimoram a qualidade do sono, função cognitiva e memória de curto prazo; diminuem o grau de depressão, reduzem ou atrasam o

aparecimento de demência, reduzem o risco de câncer de cólon, mama, próstata e reto, aumentam a densidade óssea e diminuem o aparecimento de fraturas de fêmur e vértebras (MOREIRA, BHERING, REPOLÊS, 2013).

3.2 Atenção integral à saúde do idoso: aspectos conceituais e práticos

O envelhecimento da população tem sido marcado nos últimos anos por modificações expressivas nos padrões demográficos e epidemiológicos, tais como: aumento na sua estrutura etária e índice de envelhecimento; aumento das taxas de morbidade e maior proporção de agravos, sobretudo por doenças crônicas; e maior demanda nos serviços em todos os níveis de saúde. Diante dessa conjuntura desenhada na contemporaneidade, marcada especialmente pelo aumento da longevidade, evidenciaram-se demandas sociais e de saúde que suscitaram a proposição de políticas públicas e implementação de programas voltados para a pessoa idosa, visando contribuir para sua melhor qualidade de vida.

A Política Nacional do Idoso, noticiada em 1994 e regulamentada em 1996, afirma os direitos sociais à pessoa idosa, criando categorias para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos múltiplos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, que tem como objetivo determinar que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde conexos ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política admite que a principal problemática pode afetar o idoso e a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais indispensáveis para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 2006).

Apontando a garantia da atenção à saúde e direitos da pessoa idosa, em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), o qual assegura a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde dessa população. Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) aprovou o “Pacto pela Saúde” do SUS, com a finalidade de pactuar novos acordos e responsabilidades. Desenvolturas em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades de saúde da população, articulando três componentes básicos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Gestão do SUS. Dentro do componente Pacto pela Vida, foram estabelecidas seis prioridades, no qual se destaca a atenção à saúde do idoso (COSTA et al., 2010).

O Pacto pela Vida, no que se refere à saúde do idoso estabelece as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa — PNSPI, estabelecida pela portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006, procura garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, dirigindo sua integração. A PNSPI tem por objetivo: permitir um envelhecimento saudável, o que significa preservar a sua CF, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em concordância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS que direcionam medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (FERNANDES; SOARES, 2012).

As diretrizes norteadoras da PNSPI são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção Integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde à pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de envelhecimento e saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa na área (BRASIL, 2006).

Segundo Almeida (2010) de acordo com a PNSPI, a atenção integral à saúde do idoso deverá ser constituída nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no próprio usuário, fundamentado nos seus direitos e em suas necessidades, preferências, habilidades; estabelecendo fluxos bidirecionais funcionantes, acrescentando e facilitando o acesso em todos os níveis de atenção, providos de condições essenciais e infraestrutura física apropriada; insumos e profissionais qualificados para a boa qualidade técnica.

As redes de atenção à saúde são estruturadas de forma poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, ligados entre si por objetivos comuns e ações interdependente, que consentem contribuir com uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde prestada (MENDES, 2010). Diante disso, a assistência e a reabilitação prestada a saúde

do idoso conta com o apoio da Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Hospitais Gerais e Centro de Referência à Saúde do Idoso.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção, prevenção, proteção e a recuperação da saúde e redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer a autonomia da população, além disso, tem com finalidade de desenvolver uma atenção integral e descentralizada. É executada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe. Utilizam tecnologias desde alto grau até a forma mais variada que existe para auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância que apresenta em seu território, atendo sempre para os critérios de risco e vulnerabilidade na população (BRASIL, 2013).

A Estratégia Saúde da Família é uma reorganização, expansão e fortalecimento da Atenção Básica. De acordo com os princípios dos SUS, trabalham com práticas interdisciplinares desenvolvidas pelas equipes de saúde, de forma integral e humanizada, considerando a realidade local e valorizando as distintas necessidades dos grupos populacionais. Além disso, deve atuar na realização de cadastramento das famílias, diagnósticos situacional, executar as atividades de acordo com o planejamento e com as necessidades de cada indivíduo e buscar a integração com instituições e organizações sociais. (BRASIL, 2007).

O Hospital Geral, apesar de não ter as especificidades assistenciais dos Centros de Referência, deve ser integrante do SUS e dispor de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos para proporcionar a realização o atendimento geral a pacientes idosos, nos níveis ambulatorial e de internação hospitalar. O Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, faz referência a um hospital, atendendo o idoso de forma integral e integrada. Deve conter modalidades assistenciais como: ambulatório especializado em saúde do idoso; Hospital-Dia Geriátrico e assistência domiciliar de média complexidade. Além disso, outros requisitos são fundamentais, como: programas de capacitação da equipe de saúde e de orientação e treinamento de cuidadores e familiares dos pacientes idosos (BRASIL, 2002).

As contribuições da Atenção Básica no Brasil, ainda não abordam a questão da saúde do idoso de forma coletiva e total, exceto por programas que indiretamente abrangem essa questão. As ações propostas são destinadas para atender as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes mellitus e hipertensão arterial, ocasionando assim, uma fragilidade no setor, pois não abordam a saúde de forma expandida (MIYATA et al., 2015). Nessa lógica, ao observar essa fragilidade no setor da Atenção Básica, constata-se que a rede de atenção à saúde do idoso

não foi efetivamente constituída, configurando uma desarmonia entre os diferentes níveis de assistência. Esse fragmento da gestão do cuidado é um dos pilares de maior desafio das políticas e práticas de saúde relacionada ao idoso e coletividades (NOGUEIRA, 2016).

Para obter uma reestruturação desse cenário fragilizado deve-se atender a população de forma integral e universal, promovendo mudanças na visão dos profissionais e gestores de saúde, ampliando seus conhecimentos para direcionar condutas de acordo com as suas necessidades e conseqüentemente obter uma independência funcional e autonomia do idoso juntamente com a família (ALMEIDA, 2010).

Diante disso, é notório que os avanços obtidos pelas políticas, programas e práticas de atenção à saúde do idoso enfrentam grandes desafios, principalmente em relação à questão de investimentos para a execução de estratégias direcionadas ao amparo adequado ao idoso. Por fim, a Atenção Básica deve ser fortalecida com a implementação de serviços de saúde voltada para os diferentes tipos de acesso que varia de média e alta complexidade (NOGUEIRA, 2016).

3.3 Avaliação multidimensional da capacidade funcional em idosos

O envelhecimento é entendido como um processo que gera alterações em vários sistemas corporais, no qual causa limitações, seja elas: visuais, auditivas, motoras e intelectuais, além de um conjunto de doenças crônicas. Essas disfunções levam à redução da saúde geral e, em múltiplos graus, à redução da capacidade funcional, no qual gera uma dependência nas atividades cotidianas. A capacidade funcional (CF) pode ser definida como um construto que sugere o máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um determinado momento. Para os idosos, esta avaliação é pertinente aos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e ao grau de manutenção da capacidade, para o desempenho das atividades básicas e mais complexas do cotidiano (ASSIS et al., 2014).

A OMS instituiu um modelo de caráter internacional que classifica o impacto das doenças na condição de saúde das pessoas denominada Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada na 54th *World Health Endorsement of ICF for International Use*. A CIF utiliza uma classificação para a funcionalidade dos seres humanos de acordo com a relação entre o estado de saúde, as funções e estruturas corporais (presença ou não de deficiências), atividade (desempenho de uma tarefa ou ação por um indivíduo), participação (envolvimento de um indivíduo em uma situação da vida real) e fatores contextuais (referentes à fatores do ambiente e pessoais) (SANTOS et al., 2013).

A CF é um dos atributos mais adequados para avaliar as condições e as necessidades da população idosa, pois apresenta um conceito ampliado de saúde, em que proporciona a existência das habilidades mentais e físicas, trazendo uma manutenção da sua própria autonomia e de sua independência (SANTOS et al., 2013). O seu comprometimento é representado pela dificuldade de o indivíduo realizar as atividades do dia a dia, e está adjunto à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco elevados de quedas, morte e problemas de mobilidade, acarretando complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (BARBOSA; ALMEIDA, 2014).

Com o envelhecimento, a CF envolve a condição que o indivíduo tem de se manter independente, conduzindo sua própria vida, decidindo e operando, ou seja, mantém competência, desenvolvimentos físicos e mentais para um viver independente e autônomo. Além do mais, pode ser determinada como um conjunto de competências comportamentais, designadas ao manejo da vida diária sem ajuda de outra pessoa e está dimensionada nos termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. São designadas como o funcionamento do indivíduo físico e cognitivamente independente (NERI, 2010).

A CF abrange dois itens de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD estabelecem atividades como: alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o sanitário, transferir-se da cama para outra. Já as AIVD são as atividades que correspondem a capacidade para levar uma vida independente na comunidade, incluindo a realização de tarefas domésticas, a realização de comprar, administrar as próprias medicações, manusear o próprio dinheiro, entre outras (CESAR et al., 2015). Essa avaliação tem como objetivo de detectar situações de riscos, identificar áreas de disfunção/necessidade, monitorar o declínio funcional do idoso; elaborar um plano de cuidados adequados as necessidades apresentadas e identificar a necessidade de utilização de serviços especializados (SANTOS et al., 2013).

A avaliação da CF nessa população pode ser feita por intermédio de instrumentos de auto percepção e/ou por testes de desempenho físico. As escalas de auto percepção são utilizadas com mais frequência, tendo em vista a apropriação como medida de levantamentos populacionais. Há diversas escalas para avaliar a CF, porém a maior parte foi desenvolvida em países com características culturais e demográficas diferentes da realidade brasileira. Com o crescimento do contingente de idosos, a preocupação em relação à CF vem aumentando em diversos campos do conhecimento. Na área da saúde, a avaliação da CF é essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008).

A abordagem geriátrica inicia-se com o método do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) de Folstein tem a função de fazer uma avaliação que permite verificar as funções cognitivas, especificamente a orientação, a memória imediata e recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. A pontuação ocorre da seguinte forma: a resposta correta é pontuada e a pontuação final pode chegar no máximo de 30 pontos. A interpretação da pontuação final depende, portanto, do nível educacional do idoso (BRASIL, 2006).

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo refere-se a uma verificação epidemiológica do tipo observacional transversal com desenho quantitativo. O resultado do estudo observacional consiste na observação e registro de atributos e a forma como estes se relacionam com outras condições ou características sem qualquer intervenção por parte do investigador (PORTA; GREENLAND; LAST, 2008). O delineamento transversal distingue-se nas investigações em que ‘fator’ e ‘efeito’ são observados num mesmo andamento histórico. Incidem em um momento único da situação de saúde da população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada membro do grupo. O resultado consiste na preparação de indicadores globais de saúde para o grupo investigado e na aquisição de diagnósticos comunitários da situação local de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

O desenho quantitativo considera que todas as temáticas podem ser quantificáveis, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Convém destacar que esta pesquisa trata-se de um recorte do estudo universal intitulado por “Avaliação multidimensional de idosos em municípios paraibanos e potiguares”, vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de vida do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Dessa forma, dentre todos os elementos que compõem a avaliação multidimensional, apenas a avaliação cognitiva foi o objetivo central de interesse desta investigação.

4.2 Local do estudo

O estudo será desenvolvido em dois municípios: Currais Novos, localizado no estado do Rio Grande do Norte; e Cuité, no estado da Paraíba. A preferência do município se justifica pela acessibilidade facilitada aos serviços de saúde e assistência social que são ofertados, além de ter uma proximidade com o município que sedia a Universidade Federal de Campina Grande – Campus Cuité (Centro de Educação e Saúde – CES) e vinculado com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de vida (NEPEQ).

O município de Currais Novos está localizado na região do Seridó, região central do estado. De acordo com a estimativa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano de 2010 a população era de 42.652. A população estimada para 2016 é de

45.060. Possui uma área de unidade territorial de 864,349 km² e uma densidade demográfica de 49,35 hab/km² (IBGE, 2010). A cidade de Cuité está localizada na mesorregião do Agreste Paraibano e na microrregião do Curimataú Ocidental do estado da Paraíba. Em 2010, a população foi estimada em 19.950 habitantes, distribuídos em área territorial de 758km², e com densidade demográfica 26,93 hab./km² (IBGE, 2010).

O local de referência do estudo será a Instituição de longa permanência Monsenhor Paulo Heroncio (Currais Novos) e a Instituição de longa permanência Casa Lar Vó Filomena (Cuité).

4.3 População e amostra

O universo populacional do estudo será composto por todos os idosos institucionalizados nos dois locais selecionados para a realização do estudo, que correspondem a 33 em Currais Novos e 30 em Cuité, totalizando 63 idosos. Por considerar um contingente populacional passível de ser completamente investigado, optou-se por referi-la como a amostra do estudo, não sendo necessária a realização de cálculo amostral.

É oportuno destacar que para a elegibilidade da amostra serão considerados os seguintes critérios de seleção:

- Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
- Ser residente de quaisquer das instituições de longa permanência; e
- Ambos os sexos

É de suma importância destacar os critérios de exclusão apresentado no presente estudo:

- Não possuir deficiência cognitiva, avaliada pelo Mini- Exame do Estado Mental (MEEM).

4.4 Instrumentos para coleta de dados

Os métodos utilizados para a coleta de dados dessa pesquisa será por meio dos instrumentos que serão retirados do Manual do Ministério da Saúde (Envelhecimento e saúde da pessoa idosa) e do Livro Atenção à Saúde do idoso: aspectos conceituais, de Edgar Nunes de Moraes (BRASIL, 2006; MORAES, 2012).

O método de avaliação será por meio do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (Anexo A), será utilizado para avaliação a função cognitiva, que será composta por uma pontuação de 30 pontos, sendo as notas de corte para pacientes analfabetos 19, pacientes com 1 a 3 anos de escolaridade 23, pacientes com 4 a 7 anos de escolaridade 24 e pacientes com mais de 7 anos de escolaridade 28. É importante salienta-se que é de suma importância a avaliação preliminar dos distúrbios cognitivos para pessoas idosas com mais de 8 anos de escolaridade (BRASIL, 2007).

Além dos instrumentos que acolherão aos objetivos essenciais desta investigação, também será utilizado um questionário sobre o perfil sociodemográfico dos idosos (Apêndice B).

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Para que possa ser realizada a coleta de dados dessa pesquisa, serão seguidos os seguintes procedimentos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, por meio de um requerimento, o Termo de Autorização Institucional, aos Diretores/Coordenadores das Instituições de Longa Permanência em que o estudo será realizado, como também a concordância do Diretor do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (Instituição proponente) com sua devida assinatura na folha de rosto; e 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

Após a autorização do CEP, terão início as atividades da coleta durante os meses de fevereiro de 2017 a abril de 2017, inicialmente com a realização de encontros com os profissionais de saúde das Instituições de Longa Permanência (ILPIs), para que estes possam ser sensibilizados acerca da relevância deste estudo, assim como para ampliar as possibilidades de acesso aos idosos. Somente após a discussão dos fundamentos deste estudo junto aos profissionais das ILPIs os procedimentos de coleta serão iniciados. Cabe ressaltar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) será lido, explicado e assinado em duas vias antes da obtenção das informações da pesquisa.

A equipe de pesquisadores será composta pelo pesquisador responsável (Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina) e aluna responsável pela pesquisa que está matriculado no Curso de Bacharelado em Enfermagem e no qual é membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre

Envelhecimento e Qualidade de vida (NEPEQ), no qual está vinculado ao Grupo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Saúde e Enfermagem (GEPISE) cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

4.6 Análise dos dados

Com os dados obtidos acontecerá a interpretação e a análise dos seus resultados, em seguida sumarizar os desfechos no qual irá fornecer as respostas ao problema da pesquisa.

A análise dos dados socioeconômicos e demográficos será descritiva, que conforme Gil (2008) tem o intuito de caracterizar isoladamente o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações. Serão utilizados recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada, que possibilitarão caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como os indivíduos se distribuem em relação a determinadas variáveis. Em seguida utilizar-se-á a análise estatística inferencial para assim relacionar as variáveis e depois descrever a relação entre elas, utilizando o *software* IBM SPSS versão 20 (*Statistical Package for the Social Sciences*). No processamento dos dados serão aplicados testes de associação, diferença e correlação estatística, sendo considerado significativo quando o *p-valor* for inferior a 0,05.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo seguirá as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, baseada nos principais documentos internacionais de que derivaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos e pode ser considerada a regulamentação norteadora da ética em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: **autonomia, não maleficência, beneficência e justiça**. Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Esta resolução entende pesquisa com seres humanos aquela que sendo individual ou coletiva, envolva seres humanos, de forma direta ou indireta, envolvendo partes ou sua totalidade, incluindo as informações e os materiais utilizados (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa ainda irá considerar os preceitos da resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual aprova o Código de Ética de Enfermagem, que leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrada na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos (COFEN, 2007).

Portanto, a presente pesquisa proporciona riscos considerados mínimos aos participantes, pois os mesmos podem ficar inibidos no momento da aplicação do questionário. Tais riscos se justificam, pois, mesmo ficando, inicialmente inibido com a presença do pesquisador, o participante terá a oportunidade, em querendo, de tirar suas dúvidas a respeito do questionário, conforme aponta a Resolução nº 466/12 do CNS. Em relação aos benefícios, almeja-se trazer contribuições significativas para a população idosa, pois, a partir do resultado adquirido, serão delineadas possíveis intervenções de enfermagem para que possua melhoria na capacidade funcional nessa população, aprimorando assim a qualidade de vida dos mesmos, como também, é uma forma de alertar as autoridades competentes e profissionais da saúde com relação a problemática, e a partir disso, o idoso possa vir a ter uma assistência e avaliação de forma mais aperfeiçoada.

5 Análise e Discussão dos Resultados

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O capítulo intitulado por *Análise e Discussão dos Resultados* apresenta informações relativas ao rastreio da condição cognitiva de idosos institucionalizados avaliados por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), definido neste estudo como um dos critérios de elegibilidade da amostra. Dentre os 44 idosos submetidos à avaliação pelo MEEM, apenas 10 atingiram o ponto de corte do escore determinado para participar desta pesquisa. É pertinente salientar que a análise da função cognitiva refere-se a um dos objetivos elencados no projeto universal “Avaliação multidimensional de idosos em municípios paraibanos e potiguares”, e, para tanto, selecionado no presente estudo.

Para uma melhor sistemática de apresentação e compreensão dos resultados, foram estruturados os seguintes sub-tópicos: I) Avaliação da função cognitiva em idosos institucionalizados; e II) Caracterização sociodemográfica e clínico-comportamental de idosos em ILPI.

5.1 Avaliação da função cognitiva em idosos institucionalizados

Ao longo tempo, vários estudos e instrumentos foram elaborados e executados com a finalidade de investigar os possíveis déficits cognitivos em indivíduos com maiores probabilidades, a exemplo dos idosos. Entre os instrumentos de avaliação geriátrica, neste estudo foi utilizado o MEEM, cujo objetivo foi expor o perfil cognitivo dos idosos. Ressalta-se que o MEEM foi aplicado em conjunto a outros instrumentos, cujos resultados não serão abordados nesta investigação. As medidas estatísticas descritivas obtidas com base na aplicação do MEEM podem ser observadas na Tabela 1.

TABELA 1 – Avaliação da função cognitiva de idosos institucionalizados conforme o Mini Exame do Estado Mental. Cuité – PB/Currais Novos – RN, 2017 (n = 44).

Variável	Idosos pesquisados				
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>mín</i>	<i>máx</i>	<i>med (dp)</i>
<i>Mini Exame do Estado Mental</i>	44	100	0	27	11,25 (8,761)

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Legenda: *f* = frequência absoluta; *%* = frequência relativa; *mín* = mínimo; *máx* = máximo; *med* = média; *dp* = desvio padrão.

Os dados obtidos através do MEEM referem-se aos 44 participantes das cidades de Cuité – PB e de Currais Novos – RN. O escore mínimo alcançado foi 0 (zero) e o valor máximo obtido foi de 27 (vinte e sete), com uma média de 11,25 e um desvio padrão de 8,761. É perceptível que o desvio padrão é alto quando comparado à média, o que significa que a variação dos escores da avaliação da função cognitiva foram elevados.

Segundo Cançado e Horta (2002), um fato preocupante é que com o envelhecimento o SNC não possui a capacidade reparadora. O SNC é caracterizado como unidades morfofuncionais pós-mitóticas, as quais não tem a probabilidade de se reproduzirem, estando submetido ao envelhecimento decorrente de fatores intrínsecos (genética, sexo, sistema circulatório e metabólico etc); e extrínsecos, presentes no ambiente em que se está inserido (sedentarismo, tabagismo, radiações, uso de drogas, etc).

Gallahue e Ozmun (2005) afirmam que entre os 20 e 90 anos, o córtex cerebral sofre perda de 10% a 20 % de massa, ocorrendo em outras partes do cérebro dano de até 50%. Com o envelhecimento cerebral, a atividade bioquímica (neurotransmissores) é danificada frequentemente. Em comparação com o envelhecimento normal, ocorre um decréscimo no número das células nervosas, onde a perda celular é mínima. Diante desse conjunto de perdas, eleva-se a probabilidade de alterações da função cognitiva.

Entende-se por função cognitiva ou sistema funcional cognitivo um conjunto de capacidades mentais que permite o indivíduo a compreender, assimilar e a resolver os problemas do cotidiano. O sistema cognitivo consiste em um conjunto de técnicas e percepções, pré-estabelecidos pelo o organismo, cuja capacidade é a de lidar com o meio ambiente externo e determinadas ações, em que há uma resposta com a interação com os demais indivíduos e o meio que está inserido (ANTUNES et al, 2015).

A cognição é formada pelos elementos da memória (capacidade de armazenamento de informações), função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas), linguagem (aptidão de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita), praxia (capacidade de executar um ato motor), gnosis/percepção (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis) e função visuoespacial (habilidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si). É, de modo genérico, responsável pela capacidade de decisão. Juntamente com o humor (motivação), é essencial para a manutenção da autonomia. A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é, portanto, o “desmoronamento” ou o “apagamento” da identidade que nos define como ser pensante (MORAES, 2012).

O declínio da capacidade cognitiva (DCC) provém dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de mudança para as demências. A demência é caracterizada por uma síndrome clínica que pode ser ocasionada por uma série de enfermidades subjacentes pertinentes às perdas neuronais e às lesões na estrutura cerebral. No cenário brasileiro, a prevalência na taxa de demência evidenciou um crescimento significativo com o aumento da idade, em que a baixa escolaridade associou-se significativamente. O diagnóstico de demência implica diretamente no declínio da capacidade intelectual e nas modificações de personalidade que afetam as atividades da avaliação da vida diária. Além disso, afeta diretamente no declínio da memória e outras funções corticais como: linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento de ações. Com isso, é importante incluir a avaliação das funções cognitivas nos indivíduos com o maior risco de demência, como é no caso dos idosos (TRINDADE et al., 2013).

A conservação do sistema cognitivo é de grande valor para promover uma independência e autonomia do idoso, com isso pode-se prevenir ou até retardar o processo de alterações cerebrais. A Gerontologia atua na ciência como também na assistência ao idoso, atuando para o benefício de um envelhecimento saudável, o que necessita de uma manutenção e o fortalecimento das funções físicas e psíquicas do idoso, seja pelo engajamento social por atividades produtivas e de relações interpessoais (CASEMIRO et al., 2016). Ademais, para além de um sistema cognitivo adequadamente funcionante, a saúde do idoso também está diretamente associada à Capacidade Funcional (CF).

A CF indica um novo artifício no modelo de saúde dos idosos e pode ser definida como o nível de preservação de desenvolvimentos em executar, de maneira autônoma e independente, como por exemplo: as atividades básicas de vida diária (auto-cuidado) e instrumentais de vida diária (ações que exige mais desenvoltura por parte do idoso, pois são ações complexas), no qual dependem diretamente de habilidades físicas e mentais. Considerando-se o meio contextual que abrange as condições pessoais do indivíduo, o ambiente está inserido e as tarefas que executa, o método da avaliação da CF analisa a performance de atividades e funções em distintas áreas, dentre as quais abrange as tarefas da vida cotidiana, os meios sociais, as atividades de lazer e outras requisições do cotidiano que em seu conjunto proporciona um envelhecimento com qualidade (ARAÚJO et al., 2015).

A CF é um dos importantes elementos para obter um envelhecimento bem sucedido e uma qualidade de vida. A perda da CF poderá predispor o idoso à fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, acarretando

complicações com o passar do tempo e gerando cuidados de longa permanência e alto custo para os serviços de saúde.

Diante disso, surge a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que através de um modelo biopsicossocial tem como objetivo tornar mais clara a informação em saúde do idoso com a percepção de que o mesmo diagnóstico pode apresentar obstáculos funcionais diferentes. A CIF tem um olhar descentralizado da doença, em que considera o indivíduo de forma integral nas diversas situações de saúde e funcionalidade humana. Sendo assim, o idoso institucionalizado, em especial, deve ser observado com esse olhar mais amplo no quesito da saúde, por meio de avaliações da capacidade funcional e qualidade de vida, buscando uma melhoria da promoção e proteção da saúde (ARAÚJO et al., 2015).

É oportuno salientar que idosos pertencentes a Instituições de Longa Permanência (ILPI) de caráter residencial requerem atenção e cuidados redobrados, pois apresentam menor desempenho cognitivo, como nitidamente foi identificado nesta investigação. Isso resulta em maiores chances de desenvolver agravos à saúde que comprometem habilidades funcionais e psiquiátricas em relação a idosos que vivem inseridos na sociedade (TRINDADE et al., 2013). Guths et al. (2017) complementam esse raciocínio ao afirmarem que é perceptível o quadro de fragilidade no processo do envelhecimento em relação a capacidade funcional de idosos em ILPI, expondo dependência para o desenvolvimentos de atividade diárias.

Considerando não haver consenso no Brasil quanto aos pontos de corte para o declínio funcional, muitos estudos continuam a ser realizados para sua melhor consolidação e explicação. Dessa forma, o escore de corte para a participação completa no estudo universal do qual este foi recortado está respaldado nas propostas de Almeida (1998), Lourenço e Veras (2006) e de Nitrini et al. (2005) – representando o Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia –, que sugerem o resultado 20 (vinte) como ponto de corte para a capacidade cognitiva adequada em idosos com pouca ou nenhuma escolaridade.

Assim, dos 44 participantes do MEEM, apenas 10 obtiveram escore igual ou maior do que 20, numa escala que varia entre 0 e 30. A média revelada, conforme exibida na Tabela 1, foi de 11,25, compreendida como um valor extremamente baixo para o rastreamento da capacidade cognitiva. Identificando esse panorama nas ILPIs, reforça-se a importância de conhecer os perfis dos idosos institucionalizados, de modo que esses achados possam contribuir para a tomada de decisões acerca da elaboração de políticas públicas e programas de atenção à

saúde do idoso que atendam as suas especificidades e vislumbrem melhorias na qualidade de vida dessa população.

Nessa lógica, é válido mencionar que a incapacidade cognitiva é apontada como qualquer dificuldade para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para os outros indivíduos, como por exemplo: atividades de vida diária básicas (ABVD), incluindo o vestir-se, banhar-se, comer, transferir-se da cadeira para cama e vice-versa, ir ao banheiro e controlar o esfíncter anal e vesical. No aspecto global da funcionalidade, os principais elementos que estão ligados à incapacidade funcional abarcam a baixa escolaridade, aumento da idade, hospitalização, acidente vascular encefálico, auto-percepção de saúde ruim, presença de multimorbidade, déficit visual, sintomas depressivos ou problemas mentais, polifarmácia e peso abaixo ou acima do normal entre os idosos. A avaliação das limitações funcionais é fundamental na prática dos serviços de saúde, uma vez que a incapacidade gera ônus para a comunidade de forma geral, incluindo aumento na procura por serviços de saúde, redução da qualidade de vida, aumento nos custos dos cuidados, além de maior mortalidade (CASTRO et al., 2016).

É necessário lembrar que o processo do envelhecimento acontece à medida que a idade do indivíduo progride, sendo uma condição irreversível, natural e diversificada para cada ser humano, resultando em redução na capacidade de resposta dos indivíduos ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia. Com o avançar dos anos, a saúde, o estilo de vida e as perspectivas dos idosos se transformam, a dependência tende a elevar-se com saldos negativos para o auto-cuidado, gerando como demanda um acompanhamento profissional e familiar cotidianamente e vulnerabilizando a qualidade de vida (NOGUEIRA et al., 2016).

Nessa linha de raciocínio, o envelhecimento caracteriza-se pelo comprometimento no funcionamento de todos os sistemas do organismo, inclusive o cognitivo, como anteriormente citado, acarretando assim em incapacidade, dependência e perda da autonomia (ANDRADE et al, 2017). É perceptível que o envelhecimento, juntamente com a incapacidade cognitiva torna o idoso frágil e dependente, o que suscita cuidados específicos e intervenções direcionadas ao atendimento de suas necessidades.

Além disso, não é suficiente apenas aumentar a expectativa de vida da população idosa, é necessário fazer com que este aumento seja equivalente à melhoria da qualidade de vida. A expressão Qualidade de Vida (QV) é subjetiva e complexa ao ser descrita, sendo a definição mais fidedigna àquela exposta pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, referindo-a como a percepção em que indivíduo apresenta sobre a vida, envolvendo cultura e sistema de valores no local que ele está inserido, como também em relação aos seus

objetivos, expectativas, padrões e preocupações (NOGUEIRA et al., 2016). Para idosos, a QV relaciona-se aos aspectos de autonomia e bem-estar, agregando elementos como estilo de vida, estado de saúde, dependência física, capacidade funcional, nível socioeconômico, interação social, estado emocional, atividade intelectual e suporte familiar.

A ILPI, antigamente denominada de asilo, é uma residência que acolhem idosos independentes em situação de carência socioeconômica e/ou de família como também indivíduo com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitam de cuidados prolongados (ARAÚJO et al., 2015).

Segundo um estudo desenvolvido em ILPI de Curitiba/PR, com base na aplicação do MEEM, dentre os 22 idosos que fizeram parte da pesquisa, 20,5% apresentavam capacidade cognitiva satisfatória (ARAÚJO et al., 2015). Outro estudo realizado Bahia relata que 34 idosos (17 institucionalizados e 17 não institucionalizados) foram submetidos ao MEEM no qual resultou em uma média de 70,59% idosos institucionalizados que possuem um estado cognitivo com alteração e 17,65% de idosos não institucionalizados que possuem alteração no estado cognitivo (CARNEIRO; VILELA; MEIRA, 2016). Os resultados de tais estudos convergem com o resultado encontrado nesta pesquisa, em que 77,28% demonstraram insuficiência cognitiva.

É evidente que a institucionalização proporciona ao idoso uma convivência com os parentes e amigos, tornando-o mais dependente de seus cuidadores, o que gera a perda da sua própria autonomia. Devido a isso, as ILPIs devem planejar e guiar os cuidados individualizados daqueles que apresentam dependência, além de possibilitar recursos que possam tornar os idosos mais ativos, elaborando metas objetivas e específicas, além de favorecer terapias para a melhoria na qualidade de vida.

Segundo Freire e Tavares (2000), o idoso institucionalizado estabelece, quase sempre, um grupo particular de suas concepções, pois se encontram afastado do seio familiar, da sua própria casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Dessa forma, as ILPIs ainda constituem um imenso desafio, principalmente se contrastadas com a proposta da promoção da saúde. Nesse contexto, o comprometimento cognitivo aferido pelo MEEM (média de 11,25) durante essa pesquisa indica uma severa incapacidade na cognição nos idosos nas ILPI, o que desperta a necessidade de investigação das causas e, além disso, de promover habilidades que permitam minimizá-las, ou até eliminá-las.

No intuito de reconhecer as características socioeconômicas e comportamentais dos idosos que atingiram o escore de corte para a participação completa no estudo, o tópico a seguir apresenta os resultados e a discussão desses elementos.

5.2 Caracterização sociodemográfica e clínico-comportamental de idosos em ILPI

A amostra referente à caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental do estudo foi composta por 10 (dez) participantes, todos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade e cujo escore obtido no MEEM foi igual ou superior a 20 pontos. Como anteriormente mencionado, o MEEM é utilizado para avaliar a função cognitiva a partir da combinação de fatores pertinentes à capacidade de aprendizagem, memória, inteligência e controle emocional do indivíduo (ARAÚJO et al, 2012). Porém, o método é utilizado como instrumento de rastreamento, não substitui uma avaliação mais detalhada ou específica, pois apesar de avaliar vários domínios, não tem respaldo como teste diagnóstico para uma patologia, mas sim para indicar alguma disfunção que precisa ser investigada adequadamente

A priori, os dados apresentados na Tabela 2 abrangem doze variáveis, sendo elas: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, religião, alfabetização funcional, escolaridade e renda individual.

TABELA 2 - Caracterização sociodemográfica de idosos institucionalizados. Cuité – PB/Currais Novos – RN, 2017 (n = 10).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		F	%
Sexo	Masculino	05	50,0%
	Feminino	05	50,0%
Faixa etária	60 a 74	06	60,0%
	75 a 89	03	30,0%
	Acima de 90	01	10,0%
Medidas descritivas	<i>Média = 73,1</i>		
	<i>Desvio padrão = 9,655</i>	<i>Mínima = 61</i>	<i>Máxima = 93</i>
Cor/Raça	Branca	05	50,0%
	Parda	03	30,0%
	Preto	02	20,0%
Estado civil	Solteiro	02	20,0%
	Casado	01	10,0%
	Divorciado	01	10,0%
	Separado	02	20,0%
	Viúvo	04	40,0%
Religião	Católica	10	100,0%
Alfabetização funcional	Sim	08	80,0%

	Não	02	20,0%
<i>Escolaridade</i>			
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Média = 8,60</i>		
	<i>Desvio padrão = 3,658</i>	<i>Mínima = 5</i>	<i>Máxima = 16</i>
<i>Renda individual</i>			
	<i>Média = 937,00</i>		
	<i>Desvio padrão = 0</i>	<i>Mínima = 937</i>	<i>Máxima = 937</i>
Total		10	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Como se observa na Tabela 2, os idosos participantes apresentaram idade mínima de 61 anos e máxima de 93 anos, com média de 73,1 anos e desvio-padrão de 9,655. A média da idade identificada reforça a ideia que os participantes são idosos-jovens, mas que já encontram-se em institucionalização. Nota-se, nesse panorama, que o crescimento de idosos-jovens vem demonstrando mais evidência na pirâmide populacional, o que denota o acelerado ritmo do envelhecimento populacional e a ampliação da longevidade no país, fenômenos demográficos esses que incitam cada vez mais desafios sociais e de saúde. Com a reconfiguração das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade a partir do ano de 1950, o que se conceitua como processo de transição demográfica no Brasil, surgiu em seguimento à tendência mundial do rápido e intenso envelhecimento populacional.

Anteriormente havia uma predominância da população predominante jovem em um passado nem tão distante, e presentemente, observa-se a conformação de um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade (WONG, 2006). Em uma década o número de idosos com 60 anos ou mais passou de 15,5 milhões para 23,5 milhões de pessoas. A população brasileira passou a envelhecer mais rapidamente, segundo pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

Considerando também a variabilidade da esperança de vida ao nascer com relação ao sexo. No período de 1980, era aguardado 59,6 anos para homens e 65,7 para as mulheres. A partir de 2013 os valores desses indicadores aumentaram consideravelmente para 71,3 e 78,6 anos para os homens e mulheres (BRASIL, 2014). De acordo com as Projeções da Organização das Nações Unidas destacam que para o ano de 2030 a expectativa de vida ao nascer será de 75,0 anos para homens e 81,3 para as mulheres, em relação ao dados obtidos do IBGE, os valores considerados são de 75,3 e 82,0 anos, comprovando uma respectiva diferença no aumento da longevidade da população brasileira (BRASIL, 2015).

No que diz a respeito à variável do quesito sexo, o percentual mostra-se igual para ambos (50%). Porém, as mulheres apresentam uma expectativa de vida mais consideravelmente

elevada devido à taxa de mortalidade masculinas nas diversas idades. A mortalidade masculina está interligada à fatores externos como homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e afogamentos, o que influenciam negativamente sobre a estrutura por idade nas taxas de mortalidade. Esse panorama é característico de países com rápido processo de urbanização e metropolização que vem desacompanhada de uma fragilizada nas políticas sociais que necessitariam propiciarem segurança e bem estar na sociedade (BRASIL, 2015). Perante o censo demográfico realizado pelo IBGE em 2010, resultou em um total de 20.590.597 idosos, sendo 10,8% da população. Com um total de 11.434.486 mulheres e 9.156.111 homens, expressando mais uma vez o peso maior de mulheres em idades avançadas (BRASIL 2010).

De acordo com os indivíduos 5 deles se consideraram brancos, tornando assim um percentual de 50%, 3 deles se consideraram pardos, resultando em 30% e por último 2 indivíduos chegaram à conclusão que são preto, com um percentual de 20%, totalizando assim os 100% dos entrevistados. Em comparação com o Censo Demográfico realizado no ano de 2000, a taxa de pardos aumentou consideravelmente de 38,5% para 43,1% (82 milhões de pessoas) em 2010. A proporção de pretos também cresceu cerca de 6,2% para 7,6% (15 milhões) no mesmo tempo. Diante desse resultado também aponta que a população que se autodeclara branca caiu de 53,7% para 47,7% (91 milhões de brasileiros). Em relação aos estados, a população de pardos, por exemplo, é mais comum no Nordeste e no Norte (com ênfase no Pará, com cerca de 69,5% de pardos), enquanto os negros encontrar-se mais presentes nos estados da região Nordeste, sobretudo na Bahia, onde 17,1% se autodeclararam negros (2,4 milhões de pessoas) (IBGE, 2010).

De acordo com os dados obtidos, no Brasil em 2014, mais da metade (53,6%) das pessoas se autodeclaravam como de cor ou raça preta ou parda, enquanto outras afirmaram brancas, cerca de 45,5%. No ano de 2004, o cenário demográfico brasileiro passou a ser diferente, pouco mais da metade se autodeclarava como indivíduos de cor ou raça branca (51,2%), enquanto a proporção de pretos ou pardos era 48,2%. Na mesma ocasião, houve um equilíbrio na proporção de pessoas pretas ou pardas nas Regiões Norte (76,3%, em 2014), Nordeste (72,5%) e Centro-Oeste (59,2%), enquanto nas Regiões Sudeste (46,0%) e Sul (23,2%) tiveram um aumento na década. Ainda assim, no estados de Santa Catarina (15,7%), Rio Grande do Sul (19,7%), Paraná (31,2%) e São Paulo (37,3%) a porcentagem de pretos ou pardos foi mais baixa, em 2014, e as únicas Unidades da Federação em que as pessoas se autodeclararam como brancas eram maioria. A participação de pretos ou pardos na população brasileira foi bastante expressiva principalmente nos estados do Maranhão (80,6%), Bahia (79,3%), Pará (78,6%) e Tocantins (77,6%), em 2014 (IBGE, 2015).

Com relação à variável estado civil, 02 dos entrevistados mencionaram ser solteiros, 01 afirmou ser casado, 01 declarou-se divorciado, 02 são separados e 04 afirmaram que são viúvos. Diversas são as causas de inserção de idosos nas instituições de longa permanência e uma delas se dá pela questão da viuvez, momento em que o idoso começa a ter condições precárias de saúde, distúrbios de comportamento e até mesmo abandono por parte da família. A partir do momento em que o idoso tem vivência a perda do seu companheiro (a), aumenta-se a vulnerabilidade para que ele venha desencadear um quadro depressivo. Não que isso seja regra, mas uma forte possibilidade. Diante dessa problemática, é necessário proporcionar um suporte social de qualidade e as instituições asilares surgem como uma alternativa, promovendo esse cuidado individualizado à saúde do idoso (CARREIRA et al., 2011).

Outra variável analisada foi a religião, em que 100% dos idosos afirmaram que pertencem à religião Católica. A religião pode ser compreendida como uma crença da existência de um poder sobrenatural, no qual dá ao homem uma natureza espiritual contínua que permanece após sua morte. Está associada a valores, crenças e práticas pertinentes a uma instituição religiosa organizada com confissão de crenças e valores espirituais (SOUZA, 2011).

O interesse sobre a religiosidade sempre existiu e o processo do envelhecimento traz consigo um maior contato devido a velhice ser considerada a última etapa da vida, fazendo com que ocorra um crescimento na frequência sobre o pensar na morte, sobretudo, a respeito do que vem após ela. O retorno a uma prática religiosa passa a ser mais evidente, sendo por muitos, alcançada como uma questão indispensável (LUCHETTI et al., 2011). A religião pode ser contemplada na velhice para o enfrentamento de situações adversas, constituindo-se de aspectos emocionais e motivacionais na busca de um significado para a vida.

Quanto aos resultados pertinentes à alfabetização funcional, a Tabela 2 exhibe que 80% dos idosos sabem ler e escrever e apenas 20% não possuem esta capacidade. No processo de envelhecer, a educação ocupa papel de grande importância uma vez que favorece a concepção crítica do idoso, para que apresente condições de manter-se ativo e com maior inserção social, apresentando potencialidade de articulação, de exigir mais respeito, dignidade e o cumprimento de seus direitos. O fato do idoso durante o seu curso de vida, não ter usufruído de um ensino regulamentar não justifica a negação de uma educação de qualidade. Porém, a educação nesta etapa da vida já não apresenta o mesmo significado da juventude, não tem a obrigatoriedade legal, nem objetiva a prática de uma qualificação profissional, mas representa a autorrealização, o conhecimento e a participação social, a independência e a autoconfiança que é gerada nos idosos (SOARES; ISTOE, 2015).

Nesse mesmo raciocínio, outro dado apresentado na Tabela 2 versa sobre a escolaridade. Segundo os idosos, estudaram entre no mínimo 05 anos e no máximo 16 anos, possuindo uma média de 8,6 anos de estudo (com desvio de padrão de 3,658). Esse número de anos de estudo praticamente equivale ao ensino fundamental e desenha, portanto, a fragilidade escolar dos idosos no Brasil como uma característica marcante, pois o que influencia diretamente o desempenho cognitivo.

No cenário brasileiro o ensino fundamental é marcado como um modelo heterogêneo, devido as suas peculiaridades regionais próprias, como número de dias na escola, período de horas diárias e frequência de educadores. Ocorre assim uma heterogeneidade nas respostas, principalmente nos indivíduos de escolaridade inferior. Alguns autores asseguram que, quanto maior o nível de escolaridade o idoso possuir, mais difícil são os quadros de desenvolvimento de demência. A escolaridade desempenha um papel importante sobre a execução na função cognitiva, assim como influência de forma significativa nos resultados do MEEM, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maiores escores se atinge. Em contraponto, a não alfabetização causa susceptibilidade maior à dependência. Logo, identificar as condições cognitivas de saúde dos idosos permitirá intervenções direcionais, de forma a atender as suas necessidades como também irá melhorar a sua qualidade de vida (MARTINS et al., 2016).

De acordo com a Tabela 2, no que concerne à variável renda individual, é perceptível que todos os idosos participantes da pesquisa recebem uma única renda financeira advinda da aposentaria no qual recebem apenas um salário mínimo, equivalente a 937,00 nos dias atuais, subentendendo que deverá suprir todas as necessidades humanas básicas. Há de se considerar que as necessidades que o idoso apresenta são inúmeras, entre elas estão: alimentação, moradia, os medicamentos, consultas médicas, os exames laboratoriais, prática de exercícios em ambientes particulares e a questão do lazer, o que normalmente não é contemplado pelo valor advindo da aposentadoria.

Um fator de extrema importante para obter uma qualidade de vida é conquistar um envelhecimento social saudável no qual refere-se à obtenção de hábitos e status social do indivíduo, particularizando assim o método do envelhecer. Uma das definições que caracteriza-se o envelhecimento social é a aposentadoria, período em que o indivíduo se distância da vida produtiva no qual estava inserido. A aposentadoria pode ser considerada muitas vezes como uma descontinuidade de sua vida produtiva, mas, por outro lado pode ser vista como uma ruptura com o passado, ajustando-se a uma nova condição de vida que lhe traz benefícios, tais como lazer e descanso, como também poderá trazer desvantagens como a desvalorização e a desqualificação para o mercado de trabalho. Esse tipo de renda foi idealizada como uma

instituição social, no qual assegura aos indivíduos uma renda permanente até o fim de sua vida, satisfazendo a crescente necessidade individual (MENDES et al., 2005).

A aposentadoria para os idosos que vivem em ILPIs é vista como um “dinheiro certo” e “constante”. Em alguns casos é a única forma de renda para se sustentar ou para ajudar nos custos e nos cuidados dos idosos. Muitas das instituições privadas são órgãos não governamentais, dependendo inteiramente do salário dos aposentados ou de ajuda da população. Como ponto positivo, a aposentadoria para esses idosos de ILPS possibilitam melhores níveis de qualidade de vida melhor, tais como: medicação no horário e na dose correta, a prática do lazer, a inclusão social perante os outros idosos, a realização da atividade física e uma alimentação balanceada e de qualidade.

TABELA 3 – Caracterização clínica e comportamental de idosos institucionalizados. Cuité – PB/Currais Novos – RN, 2017 (n = 10).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		F	%
<i>Tabagismo</i>	Sim	01	10,0%
	Não	09	90,0%
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>	Sim	--	--
	Não	10	100%
<i>Exercício físico</i>	Sim	03	30,0%
	Não	07	70,0%
<i>Nível de estresse</i>	<i>Média = 4,20</i>		
	<i>Desvio padrão = 2,685</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 08</i>
<i>Problema de saúde</i>	Sim	10	100%
	Não	--	--
<i>Uso de medicamento</i>	Sim	10	100%
	Não	--	--
	Total	10	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

O tabagismo representa um auxílio para um processo de envelhecimento mais acelerado, como também potencializa a baixa expectativa de vida, além de causar problemas de saúde em longo prazo. Em relação ao tabagismo, 90% dos idosos referiram não fazer uso e apenas 10% relatou que não faz uso. Os estudos realizados comprovam que o consumo de tabaco causa aproximadamente 50 doenças diferentes, principalmente as cardiovasculares, o câncer e as doenças do sistema respiratório (obstrutivas crônicas). Destaca-se que as doenças

cardiovasculares e o câncer de pulmão são as principais causas da taxa de mortalidade por doença no Brasil (INCA, 2014).

É válido salientar que o idoso institucionalizado encontrar-se mais restrito em relação ao acesso de cigarro, em contrapartida existem idosos que fumam desde sua juventude, o que é um desafio para os profissionais da saúde. Para isso é necessário adotar medidas de abandono ao tabagismo e acompanhamento multiprofissional (incluindo enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, dentre outros), de modo a propiciar o estímulo para o abandono da nicotina.

De acordo com Tabela 3, 100% dos idosos institucionalizados referiram que não consomem bebida de teor alcoólico. O alcoolismo é considerado um tipo de droga que causa problema nos sistemas físicos, psicológicos e sociais dos indivíduos. O envelhecimento fisiológico gera modificações no metabolismo proveniente do álcool, tornando o idoso mais susceptível à intoxicação alcoólica. O uso prejudicial dessa substância também pode causar impacto nos contextos social, familiar e na saúde (SANTOS et al., 2014).

A prática de exercício físico foi referida por apenas 30% dos participantes, enquanto 70% afirmaram que não praticam nenhum tipo de atividade. Segundo Goncalves (2010), o processo do envelhecer, pode gerar um declínio da aptidão física e da capacidade funcional, que se agrava juntamente ao sedentarismo, resultando em idosos dependentes de cuidadores. Isso ocorre com maior frequência em idosos institucionalizados, tornando-os inativos.

O sedentarismo no idoso pode ser esclarecido pelo próprio processo de envelhecimento fisiológico que, ao longo do tempo, resulta na diminuição da massa muscular, perda de massa óssea, atrofia muscular e dificulta ou reduz a prática de atividade física. A atividade física contribui para a população idosa ficar independente o máximo possível e diminuir o risco de quedas ou agravamento de doenças. Devido a isso, a prática de atividades deve ser priorizada, levando em consideração seus possíveis benefícios para a saúde (MACIEL, 2010).

Nesse contexto, é de extrema importância a avaliação da capacidade funcional e da aptidão física dos idosos, para assim, orientar as intervenções de promoção da saúde e prevenção no combate das dependências preveníveis, tornando a vida do idoso mais ativa e saudável. É perceptível que uma vida ativa com a prática de atividade física melhora a saúde mental e física do idoso, promovendo contatos sociais, no qual é um fator que motiva e influencia a prática do mesmo.

Outro ponto importante que a tabela traz é a questão do nível de estresse que o idoso apresenta, onde os participantes mostram que tem o nível moderado de estresse (média de 4,20), com o mínimo de 0 e o máximo de 8, na escala com o intervalo de 0 a 10. De acordo com Lopes et al. (2010), o estresse é considerado um modo de como o organismo responde a qualquer

estímulo do próprio organismo, seja ele bom, ruim ou até imaginário – que possa vim alterar o seu grau de equilíbrio. Os sinais e sintomas baseiam-se em todas as modificações fisiopatológicas que ocorrem no organismo, sendo os mais característicos: cansaço físico e mental, nervosismo, irritabilidade, ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, falha na memória, tristeza, indecisão, baixa autoestima, sentimento de solidão, sentimento de raiva, emotividade, choro fácil, depressão, isolamento, perda ou excesso de apetite.

O nível de estresse pode ser caracterizado por problemas decorrente a sua trajetória de vida, as doenças, as privações de ações e até mesmo ao lugar que eles estão inseridos. O enfretamento diante desses fatores devem ser avaliados e compreendidos, independente do fator desencadeante, pois terão influência na vida ocupacional, social, ambiente, familiar do idoso.

A partir dos obtidos também foi possível constatar que todos os entrevistados (100%) possuem algum tipo de problema de saúde. Não está explícito na Tabela 3, mas as doenças mais citadas foram as de ordem crônica não transmissível, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e a Depressão.

O aumento da população idosa tem trazido desafios para a sociedade, como a maior carga de doenças, incapacidades e aumento da demanda dos serviços de saúde hospitalares. Diante disso, faz identificar os problemas mais frequentes, a exemplo do declínio cognitivo, a presença de comorbidades, dependência funcional e depressão. Tais condições de saúde, além de relacionadas entre si, apresentam-se como importantes preditores de mortalidade (PEREIRA et al., 2015).

Sobre a variável uso de medicamento, a Tabela 3 expressa que 100% dos idosos participantes do estudo responderam sim. A população idosa está frequentemente polimedicada, muitas vezes com medicamentos inadequados ou com a dosagem incorreta o que pode induzir quadros de dependência e/ou desencadear outros processos patológicos. Em decorrência do envelhecimento, na maioria dos casos, vem seguido do aparecimento de doenças, que segundo a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (IBGE, 2013), os idosos apresentavam os maiores indicadores de doença crônica não transmissível (DCNT). Cerca de 80% dos idosos sofrem de uma ou mais DCNT e 36% podem chegar a sofrer de três delas.

Nesse contexto, a população idosa utiliza diversos medicamentos para o controle dessas doenças e manutenção da qualidade de vida. No entanto, esse uso tem ocasionado lesões à saúde, sobretudo quando utilizado de forma imprópria ou em detrimento de medidas não medicamentosas. Além disso, a utilização de múltiplos medicamentos traz consigo consequência para os idosos, como alterações fisiológicas que alteraram a farmacodinâmica e a farmacocinética, colaborando para o desenvolvimento de uma toxicidade no organismo

(MUNIZ et al., 2017). Portanto, o idoso deve ser orientado ou quando ofertarem o medicamento, devem seguir a prescrição médica evitando assim, esse tipo de cenário



6 Considerações Finais

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a oportunidade de descrever a caracterização socioeconômica, demográfica e comportamental dos idosos; averiguar a capacidade da função cognitiva dos idosos institucionalizados em municípios paraibano e potiguar.

A amostra do estudo foi composta por 44 idosos submetidos à avaliação pelo MEEM, porém, apenas 10 participantes atingiram o ponto de corte do escore determinado para participar desta pesquisa.

De acordo com os dados obtidos, a caracterização socioeconômica e demográfica da amostra, revelou-se que a metade dos entrevistados era do sexo feminino e a outra metade do sexo masculino, onde encontravam-se na faixa etária entre 60 a 74 anos. No que se refere a cor ou raça, a maioria se autodeclarou branca com 50%. Em relação do estado civil, a maioria dos idosos são viúvos no qual representa 40%. No quesito religião, todos afirmaram que são Católicos, totalizando assim 100%. A Alfabetização funcional, a grande maioria sabia ler e escrever, porém não terminou os estudos, com um quantitativo de 80%. Com relação à variável renda familiar, constatou-se que todos os participantes possui renda individual de um salário mínimo, advindo da aposentadoria.

Abordando dos quesitos de variáveis comportamentais, identificou-se que todos os idosos não são fumantes e não consomem bebida alcoólica, um dado bastante significativo e assertivo para uma melhor qualidade de vida dos mesmos. Diferentemente, o sedentarismo foi prevalente. Em relação a variável estresse constatou – se um nível intermediário. Sobre a variável problema de saúde, todos relataram que possuem algum tipo de doença. O uso de medicamentos foi unânime e todos confirmaram que fazem. Sobre a cognição, numa variação de escores entre 0 e 30, a média obtida pelos participantes foi de 11,25, considerando potencialmente baixo e revelando um importante comprometimento.

Diante das considerações expostas, percebe-se que a importância dessa pesquisa para a região da Paraíba como também o Rio Grande do Norte, esse comparativo de regiões fornecer informações valiosas de como o idoso apresenta a sua autonomia, sua capacidade cognitiva e sua independência.

As principais limitações que surgiram ao longo do presente foi a ausência de novas publicações pertinente ao estudo, o fato de ser um estudo que tem uma escassez na literatura, converge para a necessidade de que pesquisadores invistam mais na temática, para que novos achados subsidiem e reorientem práticas assistenciais a idosos com agravos das funções cognitivas, sobretudo no cenário das ILIPI. Além disso, os resultados deste estudo propõem, de modo específico, a necessidade de desenvolver ações que visem a reinserção do idoso

institucionalizado à sociedade, favorecendo assim, um envelhecimento social ativo. Com isso, o investimento no setor da promoção da saúde para o autocuidado, que engloba todas as faixas etárias, uma amplificação na rede de saúde seja ela formal ou informal, com o intuito de fornecer um suporte de qualidade ao idoso e com isso um estímulo à realização de atividades que envolvam e insiram dentro da comunidade, proporcionando assim a melhoria na QV.

Com essa rede de atenção sendo amplificada e efetivada, a avaliação dos fatores de risco do idoso deverá ser antecipado com um diagnóstico multidimensional. Logo em seguida, deveram estabelecer as metas terapêuticas segundo a necessidade de cada indivíduo. Para colocar em prática o preceito do SUS - integralidade, deverá conter ações que apontem para a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação da saúde dos idosos institucionalizados, no qual devem ser executadas de modo adequado e efetivo pela equipe multiprofissional, com a presença da participação do governo subsidiando as ações e os serviços de saúde, sejam eles nos níveis primários, secundário ou terciário.

Um fator indispensável é a questão da concretização de uma implementação efetiva por parte do governo em relação as políticas públicas voltadas para os idosos, sobretudo àqueles institucionalizados, beneficiando melhoria e progredindo nos níveis de qualidade de vida, especialmente, ao considerar o crescente e acelerado desenvolvimento demográfico da população idosa no país, onde em sua maioria encontrar-se inseridos em ILPI.

A enfermagem carece ter uma percepção mais ativa nas necessidades especificadas e individuais de cada idoso, onde possa apresentar um diagnóstico claro para assim poder promover ações que diminuam as limitações funcionais. Como também deve ter um olhar mais descentralizado para a doença e considerar mais o ser humano de forma integral nas diversas circunstâncias de saúde e funcionalidade humana. Sendo assim, o idoso, institucionalizado, em especial, deve ser observado com esse olhar mais ampliado de saúde, através dos meios de avaliações da capacidade funcional, como é caso do MEEM que avalia a capacidade funcional cognitiva do idoso e avaliações da QV, com o intuito de buscar a promoção e prevenção na condição de saúde. De acordo com o presente estudo, podemos concluir que os indivíduos com idade mais elevada tendem a apresentar maiores probabilidades de incapacidade cognitiva moderada ou severa, devido as modificações fisiológicas decorrentes do processo do envelhecimento.

ALMEIDA, A. G. **Atenção integral à saúde do idoso na atenção primária**. 2010. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à Epidemiologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2006.

ASSIS, V. G.; MARTA, S. N.; DE CONTI, M. H. S.; GATTI, M. A. N.; SIMEÃO, S. F. A. P.; DE VITTA, A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 17, n. 1, p. 153-163, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100153>. Acesso em: 05 de Setembro de 2016.

ANDRADE, F. L. J. P.; LIMA, J. M. R.; FIDELIS, K. N. M.; JEREZ-ROIG, J.; LIMA, K. C. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-197, 2017.

ANTUNES, H. K. M.; SANTOS, R. F.; CASSILHAS, R.; SANTOS, R. V. T.; BUENO, O. F. A.; MELLO, M. T. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Rev Bras Med Esporte**, v. 12, n. 2, mar./abr. 2006.

ARAUJO, L. B.; MOREIRA, N. B.; VILLEGAS, I. L. P.; LOUREIRO, A. P. C.; ISRAEL, V. L.; GATO, S. A.; KLIEMANN, G. Investigação dos saberes quanto à capacidade funcional e qualidade de vida em idosas institucionalizadas, sob a ótica da CIF. **Acta Fisiatr**, v. 22, n. 3, p. 111-117, 2015.

ARAUJO, L. F. et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v.30, n. 1, a. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n1/v30n1a12.pdf>>. Acesso em: 05 de Setembro de 2016.

ARAUJO, N. L. **Mini-Exame do Estado Mental - Ferramenta De Avaliação Cognitiva: revisão de literatura**. 24 f. 2012. . Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M.; BARBOSA, M. R.; BARBOSA, L. A. R. R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325. 2014 Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>>. Acesso em: 05 de Setembro de 2016

BOWLING, A. The psychometric properties of the older people's quality of life questionnaire, compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, v. 2009, 2010. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/cggr/2009/298950/>>. Acesso em: 05 de Setembro de 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça: Resolução N° 466/2012: Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 23 de Setembro de 2016.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL, Ministério da Educação. **Censo 2010 mostra as características da população brasileira**. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 23 de Setembro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 23 de Setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.702/2002. Cria as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. 2002. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil **Brasília: Ministério da Saúde**, p. 136, a. 2013.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

CARREIRA, L.; BOTELHO, M. R.; MATOS, P. C. B.; TORRES, M. M.; SALCI, M. A. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, abr./jun. 2011.

CARNEIRO, D. N.; VILELA, A. B. A.; MEIRA, S. S. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. **Rev. APS**, v. 19, n. 2, p. 203-209, abr/jun, 2016.

CASEMIRO, F. G.; RODRIGUES, I. A.; DIAS, J. C.; ALVES, L. C. S.; INOUE, K.; GRATÃO, A. C. M. Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; v. 19, n. 4, p.683-694, 2016.

CASTRO, D. C.; NUNES, D. P.; PAGOTTO, V.; PEREIRA, L. V.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. **Cienc Cuid Saude**, v. 15, n. 1, p. 109-117, jan./mar. 2016.

CÉSAR, C. C.; MAMBRINI, J. V. M. FERREIRA, F. R.; COSTA, M. F. L. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 931-945, mai. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-0931.pdf>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

COCKELL, F. F. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: Trajetórias ocupacionais na construção civil. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p.461-471, 2014.

COFEN, Resolução. 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. Rio de Janeiro**, v. 8, 2007.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Rev Esc. Enferm USP**, São Paulo. v.44, n.2, p.437 – 444, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40559/43688>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46. N. 6, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FREITAS, M. C.D; QUEIROZ, T. A; SOUSA, J. A. V. D. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

GONÇALVES, L. H T.; SILVA, A. H.; MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B.; SANTOS, S. M. A.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M.; SANTOS, S. S. C.; PELZER, M. T.; SOUZA, A. S.; MEIRA, E. C.; SENA, E. L. S.; CREUTZBERG, M.; TAIS DE LIMA REZENDE, T. L. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26 n. 9, set. 2010.

GUTSH, J. F. S.; JACOB, M. H. V. M.; SANTOS, A. M. P. V.; AROSSI, G. A.; BÉRIA, J. B. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, p. 175-185, 2017

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Brasil: tábua completa de mortalidade 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>

IBGE. Indicadores Sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

IBGE. **Mudanças Demográficas no Brasil. Subsídios para as Projeções da População**. Rio de Janeiro.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Mudanças demográficas no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE. **Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**. Acesso em 22 de julho de 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Projeções da população Brasil e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

LUECKENOTTE, A. G. **Avaliação em Gerontologia**. 3. ed. Reichmann e Affonso Editores, cap. 1, p 1 a 13, 2002.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; NARSI, F. NACIF, S. A. P. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, RIO DE JANEIRO, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n.4, p.1024-1032, out./dez. 2010.

MANSO, M.E.G.; BIFFI, E.C.A. *Geriatrics: Manual da LEPE – Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento*. São Paulo, ed. Martinari, cap. 2, p. 19-29, a. 2015

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, C. M.; LEITE, R. C. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2015.

MERLIN, A. P.; KURA, G. G.; BERTOLIN, T. E. Alterações anatômicas no sistema musculoesquelético associadas ao envelhecimento. *Revista Digital*, Buenos Aires, n. 179, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd179/alteracoes-anatomicas-no-envelhecimento.htm>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

MIYATA, F. D.; VAGETTI, G. C.; FANHANI, H. R.; PEREIRA, J. G.; ANDRADE, O. G. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. *Arq Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v. 9, n. 2, mai/ago. 2005. Disponível em: <<http://observasaudes.p.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/idoso/Documents/Artigos%20e%20Documentos%20%20Relacionados/PolProgIds.pdf>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

MORAES, E. N.; MOARES, F. L.; LIMA, P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med, Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010, Disponível em: <<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/197.pdf>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2012.

MOREIRA, J. B.; BHERING, N. L. B.; REPOLÊS, R. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CUIDADORES DE IDOSOS. *ANAIS SIMPAC*, v. 5, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://academico.univiosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/113/274>>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

MUNIZ, E. C. S.; GOULART, F. C.; LAZARINI, C. A.; MARIN, M. J. S. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, maio/jun. 2017.

NERI, A. L. **Autonomia e independência. Velhice e sociedade**. Campinas; Papyrus; 2010

NOGUEIRA, M.F. Avaliação multidimensional na qualidade de vida em idosos: um estudo no curimataú paraibano, Natal- RN, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/21160/1/MatheusFigueiredoNogueira_TESE.pdf>. Acesso em: 28 de Setembro de 2016.

NOGUEIRA, M. F.; LIMA, A. A.; TRIGUEIRO, J. S.; TORQUATO, I. M. B.; HENRIQUES, M. E. R. M.; ALVES, M. S. C. F. Comparando a qualidade de vida de idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, 2016.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE GERIATRIA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA – GERMI. Avaliação Geriátrica Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (S,D). Disponível em: <http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf>. Acesso em: 02 de Outubro de 2016.

ONU. World Population Ageing 2013. **Department of Economic and Social Affairs Population Division**. Disponível em <<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>>. Acesso em: 02 de Outubro de 2016.

ONU. World Population Ageing. **World Population Ageing 2015**. New York: ONU, 2015. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf>. Acesso em: 02 de Outubro de 2016.

ONU. World Population Prospects: **The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables**. Disponível em: <http://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf>. Acesso em: 02 de Outubro de 2016.

PERERIA, L. F.; LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; CARNEIRO, N. H. K.; BENTO, L. F. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde. **Rev. Enferm UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 649-655, set./out. 2015.

PORTA, M.; GREENLAND, S.; LAST, J. A dictionary of Epidemiology. 5 ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, Madrid 2002**. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2003.

SANTOS, A. S.; VIANA, D. A.; SOUZA, M. C.; MENEGUCI, J. SILVEIRA, R. E.; SILVANO, C. M.; RODRIGUES, L. R.; DAMÃO, R. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. **REFACS (online)**, v. 2, n. 1, p. 06-13, 2014.

SANTOS, R.L; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária-[doi: 10.5020/18061230.2008](https://doi.org/10.5020/18061230.2008). p 290. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/575/2239>>. Acesso em 03 de Setembro de 2016.

SANTOS, S. S. C.; LOPES, M. J.; VIDAL, D. A. S.; GAUTÉRIO, D.P. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, set/out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500021>. Acesso em: 28 de Agosto de 2016.

SAQUETTO, M.; SCHETTINO, L.; PINHEIRO, P.; SENA, E. L. S.; YARID, S. D.; GOMES FILHO, D. L. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 3, set/dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198380422013000300016&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 28 de Agosto de 2016.

SILVA, A.R. Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/6198/2/471684%20%20Texto%20Parcial.pdf>>. Acesso em 03 de Setembro de 2016.

SOUZA, T. B. G. S. **Religiosidade e envelhecimento**: panorama dos idosos do município de São Paulo. 2011. 102f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

TRINDADE, A. P. N. T.; BARBOZA, M. A.; OLIVEIRA, F. B.; BORGES, A. P. O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioter. Mov, Curitiba**, v.26 n. 2 abr./jun. 2013.

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA - Its History and Challenges. **The journal of nutrition, health & aging**, 2006.

WACHS, L.S.; NUNES, B.P.; SOARES, M.U.; FACCHINI, L.A.; THUMÉ, E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2016000300702&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 03 de Setembro de 2016.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

Esclarecimentos

Este é um convite para participar da pesquisa “Qualidade de vida de idosos e a diversidade de vivenciar o envelhecimento: um estudo no curimataú ocidental paraibano”, que tem dentre seus objetivos: construir um diagnóstico da qualidade de vida de idosos da microrregião do curimataú ocidental paraibano. Trata-se de um estudo exploratório-observacional, sendo coordenado pelo Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFCG (Campus Cuité) Matheus Figueiredo Nogueira.

O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua qualidade de vida.

A participação é voluntária, o que significa que o (a) Sr (a) poderá desistir de participar a qualquer momento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo. Caso decida aceitar o convite irá responder a um questionário e a uma entrevista, com questões abertas e fechadas, apresentados pelo próprio pesquisador. Não haverá pagamento pela participação na pesquisa, mas poderá haver ressarcimento caso haja alguma despesa para sua participação.

Não se espera que haja riscos em consequência da realização da pesquisa, porém esta pode oferecer desconforto devido ao tempo investido para a realização da entrevista e risco de constrangimento diante das questões abordadas e a tensão em tornar a participação na pesquisa obrigatória intencionalmente. Para evitar essas situações adotaremos o cuidado do agendamento prévio das entrevistas de acordo com a sua disponibilidade e a mesma será conduzida no ritmo e tempo mais adequados possível.

Os dados serão guardados no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida, localizado no Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e a divulgação dos resultados será feita sem nenhum tipo de identificação dos voluntários.

O (A) Sr (a) ficará com uma cópia deste Termo e qualquer dúvida que tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente aos responsáveis, no endereço: Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Sítio Olho D’água da Bica, Cuité – PB, pelo telefone (83) 3372-1900.

Consentimento Livre e Esclarecido – Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente.

_____ - PB, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Matheus Figueiredo Nogueira
Pesquisador Responsável

IMPRESSÃO
DACTILOSCÓPICA

Endereço do pesquisador responsável:
Centro de Educação e Saúde - Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.
Sítio Olho d’água da Bica, Cuité – PB.
Telefone: (83) 3372 1900.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:
CEP/ HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB.
Telefone: (83) 2101-5545.

APÊNDICE B

INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E CLÍNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCC
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENFE

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nº do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____.

Nome do (a) idoso (a):
_____.

Cidade: _____.

Telefone para contato: _____.

Peso: _____ kg.

Altura: _____ cm

CODIFICAÇÃO

NQUEST _____

DATA ____ / ____ / ____

PESO _____

ALT _____

Seção A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/_____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarela (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas: _____.	<i>ANCASA:</i> _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho (a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A9	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso (6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma (1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita (4) Judaica (5) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>ARELIG:</i> _____

Seção B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO																						
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar “0”)	<i>BLERES:</i> _____ <i>BESCOL:</i> _____																						
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	<i>BRENDI:</i> _____ <i>BRENF:</i> _____																						
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem (2) Tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	<i>BAPOS:</i> _____ <i>BPENS:</i> _____ <i>BALUGUEL:</i> _____ <i>BTRAPO:</i> _____ <i>BDOA:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____																						
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (ocupação) (1) sim (2) não (99) NS/NR B9a) Qual? _____	<i>DESENV:</i> _____ <i>OCUPA:</i> _____																						
Seção C: Estilo de vida		CODIFICAÇÃO																						
C1	O (A) Senhor (a) é fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR O (A) Senhor (a) é ex-fumante? (1) sim (2) não (99) NS/NR	<i>CFUM:</i> _____ <i>CEXFUM:</i> _____																						
C2	O (A) Senhor (a) consome bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR O (A) Senhor (a) fazia uso de bebida alcoólica? (1) sim (2) não (99) NS/NR	<i>CALCOOL:</i> _____ <i>CFAZIA:</i> _____																						
C3	O (A) Senhor (a) realiza atividade física? (1) sim (2) não (99) NS/NR	<i>CATIV:</i> _____																						
C4	Como o (a) Senhor (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												<i>CESTRESSE:</i> _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
Seção D: Perfil de morbidade		CODIFICAÇÃO																						
D1	O (A) Senhor (a) tem algum problema de saúde? (1) sim (2) não (99) NS/NR	<i>DPSAU:</i> _____																						

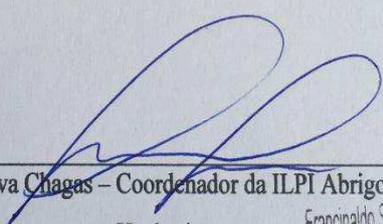
	<p>Qual (is)? _____</p> <p>O (A) Senhor (a) faz uso de algum medicamento?</p> <p>(1) sim (2) não (99) NS/NR</p> <p>Qual (is)? _____</p>	<p><i>DUSOMED:</i> _____</p>
--	---	------------------------------

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Francinaldo Syllid da Silva Chagas, Coordenador da Instituição de Longa Permanência para Idosos Abrigo Monsenhor Paulo Herônimo do município de Currais Novos, estado do Rio Grande do Norte, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada “*Avaliação multidimensional de idosos em municípios paraibanos e potiguares*”, nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira – pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Luiza Tereza Gadelha de Menezes – pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 22 de julho de 2016.


Francinaldo Syllid da Silva Chagas – Coordenador da ILPI Abrigo Monsenhor Paulo
Herônimo
Currais Novos – RN

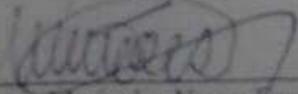
Francinaldo Syllid da S. Chagas
Coordenador
CPF: 077.022.194-75

TERMO DE AUTORIZADA DE CUITÉ

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Maria das Neves Fonseca, Coordenadora da Instituição de Longa Permanência para Idoso - Casa do Idoso Vó Filomena do município de Cuité, estado da Paraíba, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada "*Avaliação multidimensional de idosos em municípios paraibanos e potiguares*", nos meses de janeiro e fevereiro de 2017. Os responsáveis pela pesquisa são: Matheus Figueiredo Nogueira - pesquisador responsável (Orientador da pesquisa e Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité) e Luiza Tereza Gadelha de Menezes - pesquisadora participante (Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité).

Cuité, 08 de dezembro de 2016.



Maria das Neves Fonseca
Coordenadora da ILPI - Casa do Idoso Vó Filomena
Cuité - PB

ANEXOS A

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Cope o desenho:		1

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS

Pesquisador: MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68495816.7.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.163.401

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional transversal com desenho quantitativo. O estudo consta de um recorte de um projeto universal (ainda em construção) e para este momento será desenvolvido no município de Caicó, localizado na região centro-sul do Estado do Rio Grande do Norte.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar, sob a perspectiva multidimensional, a capacidade funcional de idosos em municípios paraibanos e potiguares.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos;
- Averiguar a funcionalidade dos sistemas corporais principais dos idosos;
- Verificar a funcionalidade global dos idosos, com ênfase nas atividades de vida diária básicas e atividades de vida diária instrumentais;
- explicar a relação entre a funcionalidade global e o conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador prevê os riscos e indica os caminhos para minimizá-los.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cop@ruac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.163.401

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho importante e relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Folha de Rosto;
- Declaração de Divulgação dos Resultados;
- Termo de Compromisso do Pesquisador;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de autorização institucional;
- Projeto completo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram sanadas todas as pendências solicitadas pelo CEP.

Assim sendo, somos de parecer APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_820970.pdf	31/05/2017 17:07:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	31/05/2017 17:06:38	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/05/2017 17:04:37	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAODECOMPROMISSO.pdf	17/05/2017 17:51:05	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	17/05/2017 17:49:10	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODEAUTORIZACAO.jpg	16/11/2016 22:07:52	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADE ROSTO.pdf	16/11/2016 22:04:34	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José CEP: 58.107-670
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cop@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ALCIDES
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.163.401

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINA GRANDE, 07 de Julho de 2017

Assinado por:

Januse Nogueira de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** ccp@huac.ufcg.edu.br