



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SUZANA FONTES LEITE

**DECLÍNIO COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANENCIA**

CAJAZEIRAS-PB

2015

SUZANA FONTES LEITE

**DECLÍNIO COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus de Cajazeiras como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Prof^ª. Dr. Álissan Karine Lima Martins.

CAJAZEIRAS - PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
André Domingos da Silva - Bibliotecário CRB/15-730
Cajazeiras – Paraíba

L533d Leite, Suzana Fontes

Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência. Cajazeiras, 2015.

71f. : il.

Bibliografia.

Orientador (a): Dra. Álissan Karine Lima Martins.

Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Saúde do idoso. 2. Instituições de longa permanência. 3. Atividade de vida. 4. Declínio cognitivo. I. Martins, Álissan Karine Lima. II. Título.

SUZANA FONTES LEITE

**DECLÍNIO COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS
RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA**

Aprovada em 10 /03 /2015

BANCA EXAMINADORA

Álissan Karine Lima Martins

Prof^ª. Dr^ª. Álissan Karine Lima Martins
Orientadora (UAENF/ CFP/ UFCG)

Adriana Maria F. de Oliveira

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Maria Fernandes de Oliveira
Membro Examinador (UACV/ CFP/ UFCG)

José Ferreira Lima Júnior

Prof. Dr. José Ferreira Lima Júnior
Membro Examinador (ETSC/ CFP/ UFCG)

Dedico esta pesquisa a todos os idosos, em especial aos que gentilmente
contribuíram para a realização deste estudo!

AGRADECIMENTOS

A solenidade do ato de agradecer se enobrece e torna-se mais rica na medida da grandeza daqueles que compõe os caminhos trilhados por esta jornada, objeto de minha gratidão. A todos estes componentes que se seguem, meu sincero obrigado...

A meu núcleo familiar, sustentáculo primeiro de toda formação humana: agradeço à minha mãe, Maria Erivanete, que apesar da impaciência com a qual lida com a maioria dos assuntos, jamais regredira a mão, que sempre se manteve estendida e pronta para me segurar quaisquer que fossem as adversidades que eu enfrentaria; a meu pai, Carmim Paulino, por sempre estar disposto a ouvir cada história fora do comum que minha caminhada me propiciou, mesmo que tais histórias não fossem tão impressionantes quanto as que ele mesmo me contara.

A meu irmão, Matheus, que obstante à dificuldade de largar os livros e os cursos de idiomas, sempre conseguia no último momento me dar a ajuda necessária; à minha irmã, Simone, que tenho também como amiga, com quem partilhei quedas e reerguidas; e, claro, os pequenos, meu irmão, Marcos, e minha sobrinha, Karen, que tornaram minha vida menos monótona com a vivacidade de suas energias.

À meu avô, Francisco Jacinto, com quem tenho o prazer de compartilhar a companhia por longos e preciosos anos, agradeço por ter sido um segundo pai e por reconhecer que suas poucas palavras subtendem e significam muito, assim, espero que numerosos outros anos sigam os primeiros.

Às minhas adjacências familiares, fundamentais nos primeiros passos de meu percurso, que mais que ajuda financeira me proporcionaram valorosas palavras de incentivo e confiança, agradeço a meu tio e vizinho, Edimar, meus tios: Hélio, Sedomar, Chagas, Eciomar, Antônio Domingos, á minha tia Erenilda e a minha prima Socorro. Eternamente grata!

Às minhas amigas, com as quais nutri laços que perdurarão indefinidamente, agradeço à Adriana Ramalho, que dividiu comigo os caminhos para a universidade, cujo senso de humor ainda me inspira, a amiga mais leal e sincera; à Mariana Borges, companheira de curso e de humores, uma das pessoas mais determinadas que conheço; à Lili Teixeira com quem dividi a confidencialidade de boas conversas

e alguns perrengues, companheira de quarto por quatro anos que se passaram num relampejo. Meninas vou sentir muita saudades de vocês!

Às minhas mais recentes companheiras de apartamento Fernanda Thamy e Wallérya Rodrigues, aos amigos que conheci em Cajazeiras- PB, Raquel Araújo, Amanda Soares, Fernandes Abel, Tito Lívio, Ianne Ribeiro e a toda turma de Enfermagem 2010.2 por todos os momentos divertidos e de felicidade.

À minha orientadora, Álissan Karine, pelo tempo disponibilizado em atenção à minha pesquisa, os importantes conselhos e sugestões na construção do meu conhecimento, e por suprir de forma excepcional as lacunas que não poderiam deixar de existir àqueles que escolheram subir degraus na escada do saber.

A todos os idosos, bem como suas respectivas Instituições, sem eles este trabalho não seria possível, muito obrigado pela receptividade e compreensão.

No mais, meu sincero obrigado para todos aqueles que, direta ou indiretamente, foram importantes na consumação desse momento. Para eles e aqueles já citados, reitero meu muito obrigado.

“O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida” (COSTA; VERAS, 2003, p.700).

LEITE, S. F. **Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência.** 2015. P. 71. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem)- Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2015.

RESUMO

O declínio cognitivo e as alterações nas atividades de vida diária (AVD's) constituem um dos principais fatores que predis põem os idosos às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). O objetivo geral da pesquisa compreende em avaliar o declínio cognitivo e o comprometimento das AVD's de idosos residentes em instituições de longa permanência. Trata-se de um estudo transversal, de natureza descritiva- exploratória, com abordagem quantitativa. Foram utilizados cinco ILPI's para a pesquisa, sendo três localizadas na cidade de Cajazeiras – PB e duas em Sousa – PB. A população do estudo foi composta por 74 idosos sendo que apenas 31 preencheram os critérios de inclusão e exclusão. Os instrumentos utilizados foram: roteiro semiestruturado de entrevista, contendo os dados socioeconômicos, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Índice de Katz, para a avaliação cognitiva e física respectivamente. Os resultados e a análise estatística foram transportados ao programa Microsoft Office Excel, para a elaboração de tabelas e gráficos com as variáveis da pesquisa, confrontados com a literatura pertinente. A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos e legais da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores via plataforma Brasil com parecer favorável N° 926.110. Quanto aos resultados, os idosos possuem média de 77,6 anos, em sua maioria do sexo feminino (61,2%), viúvos (61,2%), analfabetos (80,6%), agricultores (70,9%), com renda mensal de um salário mínimo (73,7%), entre um e cinco anos de tempo de institucionalização (51,6%). O desempenho no MEEM foi baixo, sendo que 71% apresentaram valores abaixo da nota de corte para a escolaridade, sugerindo declínio na cognição. A média geral obtida pelo MEEM foi de 14,9 pontos, sendo que as mulheres obtiveram média de 14 pontos e os homens média de 16,2 pontos. A maioria apresentaram-se parcialmente dependentes para realização das AVD's avaliado através do Índice de Katz, com 61% enquanto 36% são independentes e 3% totalmente dependentes. A pesquisa mostra a necessidade de uma maior atenção voltada para a capacidade cognitiva e física dos idosos residentes em ILPI's, a fim de agregar uma melhor qualidade de vida a essa população. A utilização de instrumentos para a avaliação física e cognitiva pode auxiliar a equipe de enfermagem para a detecção precoce de quadros demenciais e incapacidades físicas nos idosos, contribuindo para a elaboração de um plano de cuidados.

Palavras chave: Idoso; instituições de longa permanência, atividade de vida diária, declínio cognitivo.

LEITE, S. F. **Cognitive decline and activity of daily life: a study in elderly residents in long term.** 2015 P. 71. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB, 2015.

ABSTRACT

The cognitive decline and changes in activities of daily living (ADLs) is one of the main factors that predispose elderly people to Long Term Care Facilities for the elderly (LTCF's). The overall objective of the research comprises in assessing the cognitive decline and the impairment of ADL's elderly residents in Long Term Care. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study, with a quantitative approach. Five LTCF's were used for research, three located in the city of Cajazeiras – PB and two in Sousa – PB. The study population consisted of 74 elderly and only 31 met the inclusion and exclusion criteria. The instruments used were semi-structured interview containing socioeconomic data, Mini-Mental State Examination (MMSE) and Katz Index for cognitive evaluation and physical respectively. The results and the statistical analysis were transported to Microsoft Office Excel program for the preparation of tables and graphs with the variables of the research, faced with the literature. The research was carried according to the ethical and legal requirements of Resolution No. 466/12 of the National Health Council. The data collection was initiated after approval by the Research Ethics Committee of the Teacher Training Center via Brazil platform with a favorable opinion No. 926.110. As for the results, the elderly have an average of 77.6 years, mostly female (61.2%), widowed (61.2%), illiterate (80.6%), farmers (70.9%) with monthly income of a minimum wage (73.7%), between one and five years of time of institutionalization (51.6%). The MMSE scores was low, and 71% had values below the cut-off point for education, suggesting decline in cognition. The overall average obtained by the MMSE was 14.9 points, and the women had an average of 14 points and the men's average was of 16.2 points. Most had partially dependent for the performance of ADLs measured by the Katz Index, with 61% while 36% are independent and 3% totally dependent. The research shows the need for greater attention on the cognitive and physical abilities of the elderly in ADL's, in order to add a better quality of life for this population. The use of instruments for physical and cognitive assessment can assist the nursing staff for the early detection of dementia and physical disabilities in older people, contributing to the development of a care plan.

Key words: elderly, long stay term, activity of daily living, cognitive decline.

LISTA DE QUADROS

Quadro I- Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	19
Quadro II- Escores do MEEM de acordo com a escolaridade.....	20
Quadro III- Classificação do Teste do Relógio quanto à presença de declínio cognitivo.....	21
Quadro IV- Índice da Katz.....	21
Quadro V- Classificação do Índice de Katz.....	22
Quadro VI- Índice de Barthel.....	23
Quadro VII- Índice de Lawton Brody por Azeredo e Matos.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela I- Caracterização da idade da idade e do sexo dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	32
Tabela II- Caracterização do sexo e estado civil dos idosos residentes em ILPI,Cajazeiras-PB, 2015.....	33
Tabela III- Caracterização do sexo e da escolaridade dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	34
Tabela IV- Caracterização quanto à profissão/ocupação anterior dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	34
Tabela V- Caracterização do sexo quanto à renda mensal dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	35
Tabela VI- Caracterização quanto ao tempo de institucionalização dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	36
Tabela VII- Descrição quanto à presença de declínio cognitivo de acordo com a escolaridade dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	37
Tabela VIII- Descrição quanto à presença doe declínio cognitivo de acordo com o sexo dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	38
Tabela IX- Caracterização do nível de dependência de acordo com a classificação do Índice de Katz dos idosos residentes em ILPI-Cajazeiras e Sousa-PB, 2015.....	39
Tabela X- Caracterização do nível de dependência através com o Índice de Katz de acordo com o sexo dos idosos residentes em ILPI-Cajazeiras-PB, 2015.....	41
Tabela XI- Descrição das AVD de acordo com cada função (Índice de Katz) dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAVD**- Atividade Avançada de Vida Diária
- ABVD**- Atividade Básica de Vida Diária
- AIVD**- Atividade Instrumental de Vida Diária
- AVD's**- Atividades de Vida Diária
- AVE**-Acidente Vascular Encefálico
- CEP** - Comitê de Ética na Pesquisa
- CFP**- Centro de Formação Professores
- DA**- Doença de *Alzheimer*
- HAS**- Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILPI's**- Instituição de Longa Permanência para Idosos
- MEEM**- Mini Exame do Estado Mental
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TUG**- Timed Up and Go
- UBS**- Unidade Básica de Saúde
- UFCG** - Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Envelhecimento e suas alterações físicas e cognitivas.....	17
2.2 Principais instrumentos utilizados para avaliação cognitiva e física no idoso. .	18
2.2.1 Mini Exame do Estado Mental (MMEM).....	18
2.2.2 Teste do relógio	20
2.2.3 Índice de Katz	21
2.2.4 Índice de Barthel	22
2.2.5 Índice de Lawton Brody	23
2.3 Impacto do declínio cognitivo nas atividades de vida diária nos idosos	24
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	28
3.1 Tipo de estudo	28
3.2 Cenário da pesquisa	28
3.3 População e amostra	29
3.4 Instrumentos de coleta de dados	29
3.5 Procedimentos de coleta de dados	29
3.6 Análise dos dados.....	30
3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa	30
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1 Caracterização da amostra	32
4.2 Caracterização dos idosos acerca do declínio cognitivo	36
4.3 Caracterização das atividades de vida diária dos idosos de acordo com o Índice de Katz	39
5 CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICE	53
ANEXOS	61

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento pode ser definido como um conjunto de modificações biopsicossociais que determinam a perda gradativa da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo (FERREIRA et al., 2010).

Nos últimos anos, a população idosa vem crescendo consideravelmente. Esse fator deve-se principalmente às alterações nos padrões demográficos e de saúde da população. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) revelaram um aumento da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2010).

O envelhecimento saudável pode ser compreendido como algo natural, em que há um lento e gradual declínio físico e mental – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Já a senilidade ocorre em situação de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes ou estresse emocional, podendo ocasionar um estado patológico que requer assistência (BRASIL, 2006).

O surgimento de doenças crônicas e degenerativas pode atingir diretamente a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos indicam que a perda da autonomia tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos, afetando diretamente as atividades cotidianas desses idosos (BRASIL, 2006).

Entre os transtornos mais comuns na senilidade, encontram-se aqueles associados ao déficit cognitivo, como por exemplo, o *delirium* e os diferentes tipos de demências. O *delirium* é caracterizado pelo comprometimento da consciência, da atenção e das funções cognitivas (TONIOLO; LAGER, 2008). Já as demências constituem uma das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência entre os idosos, com prevalência que cresce consideravelmente de acordo com a idade (BURLÁ et al., 2013)

O tipo de demência mais comum nos idosos é a Doença de *Alzheimers* (DA), representando cerca de 60% dos casos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). Uma das principais características da DA é o declínio da memória assim como

alterações nas funções cognitivas, englobando atenção, linguagem, inteligência, entre outros. É comum ver idosos com DA depender de um cuidador, pois essa doença também acarreta um declínio na capacidade física (TALMELLI et al., 2010).

O prejuízo na realização de tarefas do cotidiano e as alterações do estado cognitivo predisõem o encaminhamento de idosos às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's). Essa mudança de ambiente leva, na maioria das vezes, as pessoas a apresentarem menor desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, pois a maioria dessas instituições não possui recursos adequados para oferecer ao idoso uma atenção integral (MELLO; HADDAD; DELLAROZA, 2012).

Estudos mostram que cerca de 50% dos residentes em ILPI's são portadores de algum problema psiquiátrico, sendo os mais frequentes a depressão e os quadros demenciais (BRASIL, 2006). Para Chariglione e Janczura (2013), entre as pesquisas que tratam do processo de envelhecimento, ainda é insuficiente a atenção direcionada ao declínio cognitivo e funcional. Destacam ainda que, em tais instituições, é de extrema relevância a capacitação dos profissionais com objetivos duradouros de atendimento de caráter integral e com qualidade, e não apenas momentâneo.

Em um estudo realizado por Dantas et al (2013), sobre o comprometimento das atividades de vida diária (AVD's) em idosos institucionalizados, destacou-se a demência como a doença que mais causou prejuízo no desempenho funcional desses idosos, assim como as doenças osteoarticulares, sequelas de acidente vascular encefálico (AVE) e o déficit visual. Todos esses fatores demonstram a necessidade de ações preventivas voltadas à saúde do idoso, uma vez que o envelhecimento ativo e saudável é um dos grandes objetivos desse processo.

Os profissionais da enfermagem estão diretamente ligados ao processo de envelhecimento saudável, pois o enfermeiro, sendo conhecedor das modificações decorrentes do processo de envelhecimento, precisa estar atento para identificá-las, assim como, perceber as necessidades expressas ou não pelos idosos. Dessa forma, essa pesquisa auxiliará o enfermeiro na identificação de situações de risco mais comuns aos quais os idosos estão expostos, contribuindo para a elaboração de um plano de cuidados.

Diante destas implicações surge o seguinte questionamento que norteia a presente investigação: Como se encontra a capacidade cognitiva e as AVD's dos idosos residentes em ILPI's?

Neste sentido, a escolha do tema justifica-se devido ao contato da pesquisadora com idosos que residem em uma ILPI em um período de aula prática como acadêmica de enfermagem, despertando o anseio em aprofundar os conhecimentos acerca da temática. Vale ressaltar também a importância de realizar estudos acerca do declínio cognitivo assim como da dependência para AVD's em idosos residentes nessas instituições, uma vez que, esses resultados podem contribuir para subsidiar ações que proporcionem melhor qualidade de vida a esses idosos.

Com esse estudo busca-se a criação de novas estratégias para lidar com os diferentes processos de envelhecer, estimulando a realização de avaliações do estado cognitivo e físico do idoso.

Dessa maneira, o objetivo geral do estudo compreende avaliar o declínio cognitivo e o comprometimento das AVD's de idosos residentes em instituições de longa permanência. Os objetivos específicos são: descrever o perfil sociodemográfico desses idosos; investigar possíveis perdas cognitivas; e avaliar a capacidade para realização das AVD's.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento e suas alterações físicas e cognitivas

Nos últimos anos a população idosa tem despertado maior interesse da sociedade em geral, principalmente em decorrência do acelerado crescimento da média de idade que vem ocorrendo no mundo inteiro. Os avanços tecnológicos nos diferentes campos científicos têm contribuído para esse processo, que se deve principalmente devido a redução da taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida (HEIN; ARAGAKI, 2012).

De acordo com o IBGE, a população brasileira em 2010 era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos). Em 2025, o Brasil provavelmente ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, a estimativa da população idosa é de 22,71% da população total (MORAIS, 2012).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais acabam contribuindo para o aceleração ou retardo de doenças mais prevalentes nessa fase da vida. As alterações crônicas e degenerativas constituem as principais responsáveis pelo declínio funcional e cognitivo no idoso, levando a deterioração da manutenção da independência.

Cunha et al (2012), enfatizam a relevância da autonomia para o envelhecimento saudável, pois os idosos que se sentem independentes, mesmo que de forma parcial, diante das suas limitações, consideram-se dignos e valorizados, refletindo de forma positiva na sua qualidade de vida.

As tarefas cotidianas também denominadas AVD's, podem ser classificadas de acordo com a sua complexidade. Sendo assim, são divididas em: básicas, instrumentais e avançadas. As atividades básicas de vida diária (ABVD) são aquelas atividades presentes no dia a dia, como: tomar banho, vestir-se, utilização do banheiro, transferência, continência do esfíncter e alimentação. Alterações nessas tarefas podem levar a um nível de dependência completa (MORAIS, 2012).

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) indicam o nível de independência do idoso em relação à capacidade de interagir com a comunidade e o meio ambiente (ARAÚJO et al., 2007). Enquanto que as atividades avançadas de vida diária (AAVD) referem-se "as funções necessárias para viver sozinho, sendo

específica para cada indivíduo. Elas incluem a manutenção das funções ocupacionais, recreativas e prestação de serviços comunitários (RONCONI, 2011, p.29)”.

A gradual perda da capacidade para realizar as AVD's é uma das principais características de quadros demenciais. Identificada pelo comprometido do funcionamento cerebral, a demência constitui uma das principais síndromes de funcionamento crônico e progressivo afetando a memória, atenção, linguagem, orientação, cálculo, entre outras funções cognitivas. Os tipos mais comumente encontrados são a doença DA e a demência vascular (NETTO, 2007).

A DA representa 50 a 60% dos casos de demência, seu início costuma ser insidioso, levando a morte 8 a 10 anos após o reconhecimento dos sintomas. A deterioração cognitiva acelerada pode favorecer o surgimento de ilusões, alucinações ou delírios, o comprometimento funcional geralmente aparece nos estágios finais da doença (TONIOLO; LAGER, 2008).

Considerada a segunda causa entre os quadros demenciais, estima-se que a demência vascular atinja de 15 a 20% da população geral. Com início súbito, esse tipo de demência resulta de patologia vascular, levando a perda da capacidade funcional do córtex (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

2.2 Principais instrumentos utilizados para avaliação cognitiva e física no idoso.

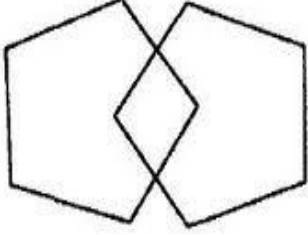
Existem alguns instrumentos que podem auxiliar na identificação de possíveis comprometimentos no âmbito cognitivo e das AVD's no idoso. Os mais utilizados são: o MEEM e o Teste do Relógio para a avaliação cognitiva, e o Índice de Katz, Índice de Barthel, Índice de Lawton Brody para a avaliação física. Segundo Silva, Lourenço (2008) esses instrumentos além auxiliar no rastreamento de possíveis casos, podem subsidiar um tratamento mais adequado.

2.2.1 Mini Exame do Estado Mental (MMEM)

Conforme indica o Quadro I, no MEEM avalia-se: orientação, memória, atenção, cálculo, evocação e linguagem. Criado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), o MEEM é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar cognição em todo mundo.

Quadro I - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

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.	Soletre 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 (0-2 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 (0-3 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)	Copie o desenho:		1
----------------------------	------------------	--	---

Fonte: Brasil, 2006.

No Quadro II, os escores do MEEM estão expostos de acordo com a escolaridade. Utilizado como instrumento de rastreio e não para fins diagnósticos, o MMEM possui pontuação de zero a 30 pontos, onde serão avaliados de acordo com o nível de escolaridade dos idosos. As notas de corte são: analfabetos (19 pontos), de um a três anos de escolaridade (23 pontos), quatro a sete anos de escolaridade (24 pontos), mais de sete anos de escolaridade (28 pontos), (BRASIL, 2006).

Quadro II - Escores do MEEM de acordo com a escolaridade.

Escores de acordo com a escolaridade.	
Pontuação total	30 pontos
Analfabetos	19 pontos
De 1 a 3 anos de escolaridade	23 pontos
De 4 a 7 anos de escolaridade	24 pontos
Maior de 7 anos de escolaridade	28 pontos

Fonte: Brasil, 2006.

2.2.2 Teste do relógio

O Teste do Relógio avalia: memória, função executiva, praxia, linguagem e função vídeo-espacial (Quadro III). Utilizado como rastreio para quadros demenciais, esse teste consiste em solicitar ao idoso que desenhe um relógio com os respectivos números, marcando a hora de 11h10min. Segundo Caixeta, Doná e Gazzola (2012) essa é hora com maior sensibilidade para denotar alterações neuropsicológicas.

O teste é considerado completo quando o idoso desenha os números de forma adequada, com os ponteiros marcando o horário que lhe foi solicitado. A presença de déficit cognitivo é confirmada quando os resultados são zero, um ou dois.

Quadro III - Classificação do Teste do Relógio quanto à presença de declínio cognitivo.

0	Inabilidade absoluta de representar o relógio;
1	O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave;
2	Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números que faltam, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiro em excesso;
3	Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora
4	Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos;
5	Relógio perfeito, sem erros

Fonte: Apóstolo, 2012.

2.2.3 Índice de Katz

No Quadro IV, mostra os itens avaliados pelo Índice de Katz: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação das ABVD, o índice de Katz foi criado em 1963, sendo utilizado para determinar o desempenho das atividades cotidianas.

Quadro IV - Índice de Katz

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro.		
() Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	() Recebe assistência no banho somente uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	() Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir – pega a roupa do armário e veste, incluindo roupas íntimas roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
() Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	() Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	() Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro – dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
() Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo)	() Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	() Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

pela manhã)		
Transferência		
() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	() Não sai da cama
Continência		
() Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	() Tem “acidentes” * ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	() Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
() Alimenta-se sem assistência	() Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar ou passar manteiga no pão	() Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Fonte: Duarte; Andrade; Lebrão, 2007.

Segundo Afonso et al (2013) a escala de Katz pode ser classificada como: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente (Quadro V).

Quadro V- Classificação do Índice de Katz

Classificação	Pontuação
Independentes	6
Parcialmente dependente	7-16
Dependente	Acima de 16

Fonte: Afonso et al (2013)

2.2.4 Índice de Barthel

Outro instrumento bastante utilizado para a avaliação das ABVD é o Índice de Barthel (Quadro V), composto por 10 itens: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (MAHONEY; BARTHEL, 1965 apud ARAÚJO, et al., 2007).

Na versão desenvolvida por Mahoney e Barthel em 1965, a pontuação varia de zero a 100 (com intervalo de cinco pontos), onde de zero a 20 indica (dependência total), 21-60 (dependência grave), 61-90 (dependência moderada), 91-99 (dependência leve) e 100 (independência) (AZEREDO; MATOS, 2003).

Quadro VI- Índice de Barthel.

Atividades	Pontuação
Higiene pessoal 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar 0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
Urinar 0 = Incontinente 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)	
Ir à casa de banho (uso de sanitário) 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
Alimentar-se 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	
Transferências (cadeira /cama) 0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade (deambulação) 0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	
Vestir-se 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões)	
Escadas 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
Banho 0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	
TOTAL (0-100)	

Fonte: Apóstolo, 2012.

2.2.5 Índice de Lawton Brody

As AIVD podem ser avaliadas através do índice de Lawton Brody (Quadro VII). Essa escala possui oito itens: capacidade de usar o telefone, fazer compras, preparação de refeições, limpeza, lavanderia, utilização dos meios de comunicação, utilização de transporte, capacidade para administração de medicamentos e sua economia, (ARAÚJO et al., 2008).

Na versão desenvolvida por Azeredo e Matos (2003), a escala dividi-se em três grupos, onde zero significa (sem ou grave perda da autonomia) um (necessita de alguma ajuda) e dois (autônomo ou com ligeira perda de autonomia). Os escores são: de zero a cinco significa dependência grave ou total; seis a 11 dependência moderada; 12-16 ligeira dependência ou independente.

Quadro VII - Índice de Lawton Brody por Azeredo e Matos.

Item	Sem ou grave perda da autonomia 0	Necessita de alguma ajuda 1	Autônomo ou com ligeira perda de autonomia 2
Capacidade para utilizar o telefone			
Capacidade para fazer compras			
Capacidade para preparar comida			
Capacidade para cuidar da casa			
Capacidade para lavar a roupa			
Capacidade para usar meios de transporte			
Responsabilidade na medicação			
Capacidade para tratar os assuntos Econômicos			

Fonte: Apóstolo, 2012.

2.3 Impacto do declínio cognitivo nas atividades de vida diária nos idosos

O surgimento de alterações cognitivas na terceira idade propicia prejuízo suficiente para causar mudanças na capacidade funcional dos idosos, que tem como consequência a gradual perda da autonomia (COSTA; LOYALA; MATOS, 2007).

As funções cognitivas são as mais afetadas durante o processo de envelhecimento. Alterações na memória, orientação, espaço e raciocínio, geralmente acabam afetando a capacidade funcional dos idosos, abrangendo as ABVD e AIVD (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Segundo Trindade et al (2013), a

deficiência na realização de atividades do cotidiano também sofre influências de fatores psicossociais, culturais, demográficos e econômicos.

Idosos com comprometimento cognitivo apresentam ainda um maior risco para lesões, quedas e fraturas. Isso ocorre principalmente devido a diminuição do equilíbrio e da coordenação motora (DAVIS; HSIUNG; AMBORSE, 2011).

Na maioria dos estudos ficou evidente a influência do déficit cognitivo nas AVD's dos idosos. No estudo de Pereira et al (2014), sobre a funcionalidade global dos idosos submetidos a internação, quando avaliada a correlação existente entre as funções cognitivas e as AVD's, mostrou-se uma associação moderada e significativa. Foi observado que quanto menor a pontuação do MEEM, maior a pontuação para as ABVD. Nesse estudo, dos 94 idosos avaliados, (61,7%) foram considerados dependentes para as ABVD, (52,1%) nas AIVD, e (52,1%) possuíam mobilidade regular ou prejudicada.

Em contrapartida, o estudo de Oliveira, Goretti e Pereira (2006) que contou com uma amostra de 28 idosos, comprovou-se que as alterações cognitivas detectadas através do MEEM não tiveram associação estatisticamente significativa com o desempenho dos idosos submetidos ao teste de mobilidade Timed Up and Go (TUG) instrumento que avalia a agilidade e o equilíbrio do idoso ao levantar e caminhar, e ao teste que avalia as ABVD (Índice de Katz). Nesse estudo, a correlação entre as variáveis TUG e MEEM foi de (*Pearson* $r= 0,234$, $p=0,232$). O desempenho dos idosos no teste TUG em relação a cada tarefa do Índice de Katz, mostrou uma diferença significativa no valor médio de TUG nas atividades banho ($p=0,039$), vestiário ($p=0,000$) e transferência ($p=0,001$), avaliados através da análise de variância ANOVA. Porém, todos os idosos mostraram-se independentes para a tarefa alimentação, e não houve diferença no valor médio do TUG em relação à atividade continência, ($p=0,099$). Também não foi encontrada associação entre o MEEM e as AVD's, (banho: $p=0,774$; vestuário: $p=0,567$; higiene: $p=0,857$; transferência: $p=0,857$; continência: $p=0,947$, ANOVA).

O surgimento de doenças crônicas e degenerativas são as principais responsáveis pelos danos a função cognitiva e a incapacidade funcional dos idosos. No estudo de Santos et al (2011), ao investigar a capacidade funcional e cognitiva entre idosos com hipertensão arterial participantes do Programa de Assistência para o Controle da Hipertensão Arterial do Hospital Universitário Onofre Lopes e

idosos não hipertensos residentes na comunidade, foi observado que o declínio cognitivo é mais frequente em idosos hipertensos do que naqueles não hipertensos. Dos 56 idosos que compuseram a amostra, 69% dos hipertensos apresentaram declínio cognitivo, enquanto que no outro grupo a porcentagem foi de 43%.

Nas demências, as atividades cotidianas são comprometidas de forma progressiva. Naqueles que possuem a DA, as AIVD's são as mais afetadas, mostrando-se presentes desde o início dos sintomas. Já as ABVD apresentam-se nos estágios mais avançados da doença (GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Esse fato é confirmado pela pesquisa realizada por Zidan et al (2012), que ao avaliar as alterações funcionais e motoras nos diferentes estágios da DA, foi constatado que a dependência nas ABVD e AIVD e o declínio cognitivo foi piorando com o agravamento dos sintomas da doença. Quando avaliado a função cognitiva através do Teste do Relógio, o grupo dos pacientes com doença de Alzheimer no estágio leve, moderado e grave apresentaram valores em medianas de 2, 1, 0 respectivamente, ou seja, o comprometimento da função cognitiva foi aumentando de acordo com o avanço da doença. Quando avaliado as ABVD através do índice de Katz, as medianas foram de 6, 5, 2. Para a avaliação das AIVD foi utilizado a escala de Lawton que obteve as medianas de 26, 39, e 56. Percebe-se que o agravamento na capacidade funcional foi mais expressivo nas AIVD.

No estudo de Converso e Iartelli (2007) realizado com idosos institucionalizados, foi realizada uma avaliação do estado funcional e mental dos idosos através do Índice de Bathel e do MEEM. Dos 115 idosos que compuseram a amostra, observou-se uma alta taxa de idosos com suspeita de demência (76,7%). Apesar do elevado número de idosos com declínio cognitivo, a maioria foram considerados como independentes funcionalmente (75,6%).

Entre os transtornos psiquiátricos, a depressão apresenta-se com elevada prevalência nos idosos. Segundo Valcarenghi et al (2011), o transtorno depressivo é uma das principais causas de morbidade e incapacidade na terceira idade, seus sintomas geralmente levam ao comprometimento das atividades de vida diária e ao fraco desempenho nas atividades que envolvem cognição.

No estudo de Alencar et al (2012), sobre o perfil de idosos residentes em uma ILPI de Belo Horizonte- MG, quando investigado o risco de depressão através da

escala de depressão geriátrica, verificou-se que dos 47 idosos estudados, 59,6% obtiveram valores sugestivos.

Outro fator que contribui para um menor desempenho cognitivo e físico no idoso é a institucionalização. Na pesquisa realizada por Trindade et al (2013), ao avaliarem o declínio cognitivo e seu impacto nas habilidades funcionais em idosos institucionalizados e não institucionalizados, observou-se uma diferença entre os dois grupos, mostrando que os idosos institucionalizados apresentam pior desempenho em relação ao declínio cognitivo, assim como maior grau de dependência física. Os 22 idosos institucionalizados apresentaram MEEM médio de 11,73, escala de Lawton de 8,09 e escala de Yasavage de 4,68. Enquanto que o grupo dos 31 idosos não institucionalizados as médias foram de 26,39 no MEEM, escala de Lawton 15,32 e escala de Yasavage de 1,52.

Através da utilização de instrumentos adequados para a avaliação física e cognitiva, é possível avaliar quais os principais fatores que predispõem os idosos a alterações nessas esferas. Além de identificar os fatores de risco, esses instrumentos podem auxiliar na detecção precoce de doenças crônicas e degenerativas.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa com base em um estudo transversal, de natureza descritiva- exploratória, com abordagem quantitativa.

Os estudos transversais permitem a coleta de dados em um único momento, sendo possível realizar uma comparação entre os indivíduos (MOTA, 2010). Para Gil (2008), as pesquisas do tipo descritivas têm como objetivo descrever características pertencentes a uma população, possibilitando estudar sua distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade, estado de saúde físico, mental, etc.

A pesquisa exploratória tem como meta desenvolver hipóteses, aproximar o pesquisador do objeto de estudo e esclarecer conceitos a fim de formular problemas mais precisos (MARCONI; LAKATOS, 2003)

Segundo Moresi (2003), a pesquisa quantitativa busca descobrir o número de pessoas de uma determinada população que compartilham características. Nesse tipo de pesquisa é possível gerar medidas confiáveis que permitem uma classificação, assim como a realização de uma análise estatística.

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado em ILPI's nas cidades de Cajazeiras e Sousa – PB. Segundo dados do IBGE (2010), a cidade de Cajazeiras conta com uma população de 58.446 habitantes, enquanto o município de Sousa apresenta 65.803 habitantes.

As duas cidades contem um somatório de cinco ILPI's. Cajazeiras contem três unidades, todas em zona urbana quais sejam: “Luca Zorn”, mantido pela Comunidade Espírita Cristã; o “Lar dos Idosos o Reencontro”, mantido pelo Grupo Espírita Kardecista, e a Associação de Amparo ao Idoso de Rua “Joca Claudino”, administrada por entidade privada, contando respectivamente com 16,12 e 10 idosos.

Sousa possui mais duas unidades: uma em zona urbana chamada Centro de Amparo à Velhice Abrigo Jesus Maria José, com 24 idosos e outra na zona rural, denominada Comunhão Espírita Cristã A Casa do Caminho, com 12 idosos. A

escolha desse cenário deve-se pela acessibilidade da pesquisadora para realização da pesquisa, assim com pela necessidade de mais estudos voltados para essa temática.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por 74 idosos. Delimitou-se como critérios de inclusão: idosos com idade igual ou superior a 60 anos, e que aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão adotados foram: ser portador de deficiência visual ou auditiva grave e problemas mentais incapacitantes. No estudo, a amostra foi composta por 31 que preencheram os critérios de inclusão e exclusão.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi adotado uma entrevista semiestruturada composta por perguntas sobre o perfil sociodemográfico do idoso, onde possui itens relacionados às variáveis: idade, sexo, nível de escolaridade, tempo de institucionalização, etc.

O estado cognitivo foi avaliado através do MEEM, criado por Folstein; Folstein; Mchugh em 1975 e que avalia orientação, memória, atenção, cálculo, evocação e linguagem. Os escores do MEEM são de acordo com a escolaridade conforme indica o Quadro II, o mesmo é utilizado como instrumento de rastreio e não para fins diagnósticos.

A capacidade funcional foi determinada através do Índice de Katz, que avalia o desempenho das AVD's no idoso. Esses idosos foram classificados como independentes, parcialmente dependente ou dependente em relação às funções: banhar-se, vestir-se, utilizar o banheiro, locomover-se, ter continência e alimentar-se (Quadro V).

3.5 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora inicialmente foi até as ILPI's para solicitar a autorização da pesquisa. A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Os idosos foram convidados a participar do estudo de forma

voluntária. Na ocasião, a pesquisadora explicou os objetivos propostos e solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma com o idoso e a outra com a pesquisadora.

Os encontros foram previamente agendados e os idosos selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. O instrumento de coleta de dados foi aplicado de forma individual, contando com o auxílio de um funcionário da instituição.

Primeiramente foi realizada uma entrevista semiestruturada contendo os dados socioeconômicos dos idosos, em seguida foi aplicado o MEEM para a avaliação cognitiva e o índice de Katz para a avaliação funcional. O entrevistador realizou uma observação não participante, ou seja, enquanto observa e registra os fatos, o responsável pela pesquisa não interage com os sujeitos observados (APPOLINÁRIO, 2009).

3.6 Análise dos dados

A estatística foi a descritiva, que tem como finalidade descrever, totalizar, resumir e apresentar graficamente os dados da pesquisa. Fazem parte dessa estatística as distribuições de frequência, medidas de tendência central, representações gráficas, entre outras (APPOLINÁRIO, 2009).

Os dados quantitativos foram coletados através do instrumento de coleta de dados. Inicialmente os dados foram codificados em categorias de resposta de cada uma das perguntas ou funções analisadas, ou seja, foram atribuídos valores numéricos para cada possibilidade de resposta. Após a realização da codificação foi criado um planilha que contem os dados da tabulação.

Os resultados e a análise estatística foram transportados ao programa Microsoft Office Excel, para a elaboração de tabelas e gráficos com as variáveis da pesquisa, seguindo as normas preconizadas para um estudo descritivo. Em seguida, os resultados foram confrontados com a literatura pertinente.

3.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos e legais da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas

desenvolvidas com seres humanos, com o intuito de garantir o respeito pela dignidade e proteção aos participantes da pesquisa.

Previamente foram solicitadas autorizações das instituições por meio de termo de anuência. A coleta de dados foi iniciada após aprovação do CEP do Centro de Formação de Professores (CFP) via plataforma Brasil com parecer favorável N° 926.110. Para que a pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido, os participantes foram informados quanto à natureza, objetivos e métodos do estudo, através do TCLE.

Todas as informações obtidas foram sigilosas e o nome do idoso não foi identificado em nenhum momento. Os riscos envolvidos com a participação foram de constrangimentos ou ansiedade, porem a pesquisadora realizou a coleta de dados em local reservado, contando com o auxilio de um funcionário da instituição.

Houve benefícios quanto ao conhecimento de tais informações para o idoso, o meio acadêmico e a sociedade em geral, pois esse estudo contribui para subsidiar ações que proporcione a detecção precoce de déficits cognitivos, assim como, de incapacidades físicas nos idosos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro momento, os resultados serão apresentados a partir dos dados obtidos pelo instrumento utilizado para a avaliação do perfil sociodemográfico dos idosos e, em seguida será realizada a caracterização do perfil cognitivo pelo MEEM, e das AVD's através do Índice de Katz.

4.1 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra se deu considerando as variáveis sociodemográficas que incluíram idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, profissão, renda mensal e tempo de institucionalização.

Tabela I- Caracterização da idade e do sexo dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Sexo	Idades				Total n %
	60-69 anos	70-79 anos	80-89 anos	>90 anos	
Feminino	04	05	08	02	19 (61,2%)
Masculino	01	07	03	01	12 (38,8%)
					31(100%)

n = número de idosos, %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela I, considerando o sexo e a idade, o intervalo de idade entre os idosos variou de 60 a 97 anos, com média de 77,9 anos \pm 8,89. Em relação ao sexo, 19 eram mulheres (61,2%) e 12 homens (38,8%). A faixa etária com maior predominância entre o sexo feminino foi entre 80-89 anos, enquanto que no sexo masculino foi de 70-79 anos.

No estudo de Ferreira et al (2014), sobre o perfil cognitivo dos idosos residentes em ILPI de Brasília- DF, a maior parte da amostra também era constituída pelo sexo feminino. Dos 60 idosos estudados, 47 eram mulheres (78,3%) e 13 homens (21,7%).

Foi constatado que nos últimos anos tem ocorrido um acentuado aumento nas taxas de institucionalização de idosos, principalmente idosos do sexo feminino. Porém, embora seja uma classe mais vulnerável para a institucionalização, pode-se afirmar que as mulheres vivem mais do que os homens (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008). Segundo o censo demográfico do IBGE (2010), existe no Brasil

uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres, resultando em um excedente de 3.941.819 mulheres em relação à quantidade total de homens.

Tabela II- Caracterização do sexo e estado civil dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Estado civil	Sexo		Total n %
	Mulheres	Homens	
Viúvos	16	2	18 (58,1%)
Divorciados	1	8	9 (29%)
Solteiros	2	2	4 (12,9%)
			31(100%)

n = número de idosos, %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela II, apresenta-se dados referentes ao estado civil, onde 18 eram viúvos (58,1%), nove divorciados (29%) e quatro solteiros (12,9%). Entre as mulheres, 16 viúvas (84,2%), duas solteiras (10,6%), e apenas uma divorciada (5,2%). Entre os homens, oito divorciados (66,6%), dois solteiros (16,7%) e dois viúvos (16,7%). Percebe-se que a maior parte da amostra é composta por viúvos e divorciados. Na atual pesquisa não houve relatos de idosos casados.

Este estudo diverge da pesquisa realizada por Polaro et al (2012) com idosos em uma ILPI de Belém- PA. Dos 165 idosos que compuseram a amostra, a maior parte era constituída por solteiros 62,5%. No estudo de Duca, Silva e Hallal (2009) realizado em domicílio, com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional de 598 idosos residentes em Pelotas- RS, ao questionar sobre a situação conjugal, 80,2% dos homens relataram estarem casados ou em união estável, enquanto que 65,3% das mulheres são solteiras ou viúvas.

Segundo Pinhel (2011), a solidão compreende um dos principais fatores para institucionalização dos idosos. O fato de não terem um parceiro ou serem abandonados pela família acaba contribuindo para o isolamento social e favorecendo ao encaminhamento as ILPI's.

Tabela III- Caracterização do sexo e escolaridade dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Escolaridade	Sexo		Total n %
	Feminino	Masculino	
Analfabeto	16	9	25 (80,6%)
1-3 anos de escolaridade	3	3	6 (19,4%)
	19	12	31(100%)

n = número de idosos, %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na tabela III, considerando à escolaridade, necessária para a avaliação do MEEM, 25 idosos eram analfabetos (80,6%), e seis possuem de um a três anos de escolaridade (19,4%). Houve predomínio de analfabetos em ambos os sexos. Evidencia-se que nenhum dos idosos possuía acima de três anos de escolaridade.

Este estudo diverge da pesquisa realizada por Mello, Haddad e Dellaroza (2012) com 44 idosos residentes uma ILPI em Londrina- PR. Os autores evidenciaram que 39,3% da amostra eram analfabetos, 53,6% estudaram de um a quadro anos e 7,1% de cinco a oito anos. Em contrapartida, na pesquisa de Reis; Torres (2011) com 60 idosos residentes em ILPI em Jequié- BA houve um predomínio de idosos analfabetos com 73,3% da amostra.

Segundo o Censo de 2000, a maioria dos analfabetos do Brasil é composta por pessoas da terceira idade. A dificuldade de acesso a educação, principalmente aquela oferecida às regiões rurais e aos interiores dos estados, faz com que a região Nordeste possua o maior índice de analfabetismo do Brasil (PERES, 2009).

Tabela IV- Caracterização quanto à profissão/ocupação anterior dos idosos residentes em ILPI- Cajazeiras-PB, 2015

Ocupação anterior	n (%)
Agricultor (a)	22 (71%)
Costureira	2 (6,5%)
Do lar	2 (6,5%)
Empregada doméstica	1 (3,2%)
Comerciante	1 (3,2%)
Vigilante escolar	1 (3,2%)
Pedreiro	1 (3,2%)
Operador de máquinas	1 (3,2%)
	31 (100%)

n = número de idosos, %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela IV, no que se refere à profissão/ocupação anterior a institucionalização, 22 idosos eram agricultores (71%), duas costureiras (6,5%), duas do lar (6,5%), uma empregada doméstica (3,2%), um comerciante (3,2%), um vigilante escolar (3,2%), um pedreiro (3,2%), um operador de máquinas (3,2%). Houve predominância de idosos agricultores em ambos os sexos. É importante destacar, que todas as mulheres que relataram serem agricultoras também tinham como função serem donas de casa. Como referido anteriormente, o acesso a educação foi bastante reduzido entre os idosos avaliados, favorecendo o fato de a agricultura ter predominância em relação a outras atividades.

Tabela V- Caracterização do sexo quanto à renda mensal dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Renda mensal	Sexo		Total n %
	Feminino	Masculino	
1 salário mínimo	14	11	25 (80,7%)
Não recebe salário	03	1	4 (12,9%)
2-5 salários mínimos	2	-	2 (6,4%)
	19	12	31(100%)

n = número de idosos, %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela V, considerando à renda mensal, a maioria dos idosos possui renda de um salário mínimo (80,7%), quatro não recebem salário (12,9%) e dois recebem de dois a cinco salários mínimos. A maior prevalência da renda mensal de um salário mínimo esteve presente tanto no sexo feminino com 14 idosos (73,6%), como no sexo masculino com 11 (91,6%). A renda de todos os idosos era proveniente da aposentadoria.

Esse maior número de idosos com renda mensal de um salário mínimo é confirmado pelo estudo de Pelegrin et al (2008) com 72 idosos de ILPI de Ribeirão Preto- SP. Ao interrogar quanto à renda mensal, 100% dos idosos da instituição pesquisada eram aposentados com renda mensal de um salário mínimo.

Percebe-se que a renda dos idosos é considerada insuficiente para a demanda de cuidados necessários para uma velhice saudável. Essa realidade limita o acesso ao uma moradia adequada, predispondo esses idosos as ILPI's. A institucionalização é uma alternativa quase que inevitável para os idosos menos favorecidos economicamente que enfrentam um processo de declínio cognitivo e dependência, principalmente para aqueles que residem sozinhos ou quando

familiares que não têm condições financeiras e oferecer cuidados ou sustento adequados.

Tabela VI- Caracterização quanto ao tempo de institucionalização dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Tempo de institucionalização n %	
Menos de 1 ano	3 (9,7%)
1 a 5 anos	16 (51,7%)
6 a 10 anos	10 (32,2%)
Mais de 10 anos	02 (6,4%)
Total	31 (100%)

n = número de idosos, %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Conforme a Tabela VI, o tempo de institucionalização variou de um mês a 15 anos com média de 4,8 anos. Dos 31 idosos da amostra, 16 residiam de um a cinco anos (51,7%), 10 de seis a dez anos (32,2%), três a menos de um ano (9,7%), e dois a mais de 10 anos (6,4%). Percebe-se que a maioria dos idosos reside há muito tempo nas instituições. A ausência de familiares que se disponibilizem a prestar a devida assistência pode favorecer esse quadro.

Esta pesquisa corrobora com os dados citados por Smanioto e Haddad (2011), quando avaliado o tempo de institucionalização de 204 idosos residentes em ILPI da cidade de Londrina - PR. Dos 90,2% que possuíam os dados disponíveis, 12,5% residiam na instituição a menos de um ano, 50,5% de um a cinco anos, 20,1% de seis a 10 anos e 16,8% mais que 10 anos, com média de 6,1 anos.

4.2 Caracterização dos idosos acerca do declínio cognitivo

Para caracterização cognitiva foi utilizado o MEEM de acordo com a escolaridade, onde os idosos foram classificados quanto a presença ou não de declínio cognitivo.

Tabela VII- Descrição quanto à presença de declínio cognitivo de acordo com a escolaridade dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Escores do MEEM de acordo com o grau de escolaridade	n % de idosos sem declínio cognitivo	n % de idosos com declínio cognitivo
Analfabetos (19 pontos)	6	19
1-3 anos (23 pontos)	3	3
Total	9 (29%)	22(71%)

n = número de idosos, % = porcentagem dos idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela VII, observa-se que um número significativo de idosos apresentou alteração cognitiva, mais especificamente 22 dos idosos (71%), enquanto nove não apresentaram essa condição (29%). A média geral obtida no MEEM foi de 14,9 pontos.

Os resultados desta pesquisa confirmam o elevado número de perda cognitiva nos idosos, evidenciados em outros estudos. Alencar et al (2012), quando avaliaram o perfil dos idosos em uma ILPI de Belo Horizonte- MG, observou que muitos idosos apresentaram valores abaixo da nota de corte no desempenho do MEEM. Dos 47 idosos avaliados, 93,3% apresentaram déficit cognitivo. Na pesquisa realizada por Ferreira et al (2014) com idosos de ILPI de Brasília- DF, a perda cognitiva foi menor, presente em 30% de uma amostra de 60 idosos. Quando avaliado a cognição por outro instrumento o (Teste de Trilha A), o déficit cognitivo esteve presente em 39% dos idosos. Bustamante et al (2003), defendem a utilização de diversos instrumentos para a avaliação cognitiva a fim de obter resultados mais precisos.

Contudo, em um estudo de Leite et al (2012) com idosos participantes de grupos de convivência, evidenciou-se um percentual menor de déficit cognitivo. De uma amostra de 85 idosos, o MEEM detectou que 23,6% apresentaram essa condição. Isso ocorre principalmente pela possibilidade de trocas sociais que atividades grupais oferecem, estimulando a verbalização e a autonomia dos idosos.

O declínio cognitivo é muito frequente em idosos residentes em ILPI e constitui um dos principais fatores de risco para a institucionalização. O comprometimento da memória, atenção, orientação e linguagem acabam afetando diretamente a independência dos idosos, levando-os a necessitar de ajuda constante (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

Quando observado a perda cognitiva em relação à escolaridade, foi observado que dos 25 idosos não alfabetizados, 19 apresentaram perda cognitiva (76%), dos seis que possuem de uma a três anos de escolaridade a perda cognitiva esteve presente em três (50%).

Entre os analfabetos com declínio cognitivo, houve uma predominância mínima do sexo masculino. Dos nove homens analfabetos, sete (77,8%) possuíam déficit cognitivo, enquanto que das 16 mulheres, este comprometimento esteve presente em 12 (75%). Em relação aos idosos que possuem de um a três anos de escolaridade, as três mulheres confirmaram a presença de déficit cognitivo (100%), enquanto que nenhum dos homens com esse tempo de escolaridade apresentou comprometimento na cognição.

Percebe-se que a escolaridade não teve influência entre as mulheres, pois mesmo aquelas que são alfabetizadas possuíam alto índice de alteração cognitiva. Porém, isso não ocorreu com os idosos do sexo masculino, já que todos que possuíam de um a três anos de escolaridade não apresentaram sinais de perda cognitiva. No estudo de Valle et al (2009) de base populacional com 1.588 sujeitos, os idosos com baixa escolaridade apresentaram pior desempenho no MEEM em relação aqueles que possuem mais anos de escolaridade.

Segundo Dinis, Volpe e Tavares (2007), a aprendizagem acerca da leitura e escrita contribui para mudanças funcionais no cérebro e influencia a capacidade cognitiva dos idosos, afetando funções como a linguagem, memória, pensamento, capacidade de processar informações, etc.

Tabela VIII- Descrição quanto à presença de declínio cognitivo de acordo com o sexo dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Sexo	n % de idosos sem declínio cognitivo	n % de idosos com declínio cognitivo
Feminino	4 (21%)	15 (78,9%)
Masculino	5 (41,6%)	7 (58,3%)
	9 (29%)	22 (71%)

n = número de idosos, % = porcentagem dos idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela VIII, demonstra que a perda cognitiva esteve mais presente no sexo feminino com 15 idosos (78,9%), do que do sexo masculino com 7 (58,3%). Segundo Foss, Vale e Speiali (2005) isso pode ser explicado pela maior longevidade

das mulheres em relação aos homens, assim como pela baixa escolaridade dessa geração. As mulheres obtiveram média de 14 pontos, e os homens 16,2.

Esses dados coincidem com os resultados da pesquisa de Converso e Iartelli (2007), que caracterizaram o estado mental de 115 idosos em três ILPI de Presidente Prudente- SP. O escore médio obtido através do MEEM foi de 13 pontos, onde os idosos do sexo feminino ficaram com média 11,6 e do sexo masculino 13,9.

O declínio cognitivo pode ocorrer como uma consequência do processo de envelhecimento normal ou como uma transição para quadros demenciais. Quando associado à senescência, esse processo ocorre de forma lenta, sem causar danos mais sérios à saúde do idoso. Porém, nos casos de transição para a demência a função cognitiva pode ser seriamente afetada, apresentando maior risco de desenvolver DA (FICHMAN et al., 2005). O declínio nas habilidades intelectuais, principalmente na memória, atenção e orientação são as principais características dessa doença. Segundo Zidan et al (2012), a DA é o tipo de demência com maior prevalência entre os idosos e apresenta forte associação com alterações cognitivas e funcionais.

4.3 Caracterização das atividades de vida diária dos idosos de acordo com o Índice de Katz.

Para caracterizar as AVD's foi utilizado o Índice de Katz. Os idosos foram avaliados de acordo com a pontuação do instrumento, sendo classificados como dependentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes.

Tabela IX- Caracterização do nível de dependência de acordo com a classificação do Índice de Katz dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras- PB, 2015

Classificação do Índice de Katz	
Independentes (6 pontos)	11(36%)
Parcialmente dependente (7-16 pontos)	19 (61%)
Totalmente dependente (Acima de 16 pontos)	1 (3%)
	31 (100%)

n= número de idosos; %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Conforme indica a Tabela IX, 19 idosos foram considerados parcialmente dependentes (61%), 11 independentes (36%) e um totalmente dependente (3%). Esta pesquisa corrobora com o estudo realizado no município de Jequié- BA com 60

idosos institucionalizados. Ao avaliar as AVD's através do Índice de Barthel, a maior parte da amostra foi classificada como dependentes (70%) (REIS; TORRES, 2011). De acordo com Araújo e Ceolim (2007), esse resultado contribui para manter a afirmativa de que a institucionalização ainda está, na maioria das vezes, associada à dependência física e cognitiva.

O maior número de idosos dependentes também foi observado no estudo de Polaro et al (2012) em ILPI de Belém- PA. Ao avaliarem as AVD's em 165 idosos através do Índice de Katz, 58% foram considerados dependentes, enquanto que 42% independentes. Na pesquisa de Marinho et al (2013), quando analisado o grau de dependência de 125 idosos residentes em três ILPI de Montes Claros- MG, observou-se que o número de idosos totalmente dependentes foi maior que no presente estudo, correspondendo a 43,2%. A prevalência de idosos independentes foi de 41,6% e de dependência parcial 15,2%.

Dessa forma, percebe-se em comparação com outros estudos o elevado número de idosos com alterações nas AVD's. Esses dados merecem atenção, pois essa diminuição na capacidade funcional pode acabar ocasionando o surgimento de doenças crônicas, favorecer a ocorrência de quedas, quadros depressivos e a consequente perda da autonomia dos idosos.

A ocorrência de quedas associado à perda da independência é bastante comum entre os idosos institucionalizados. A dificuldade na realização das AVD's tem um efeito cumulativo de prejuízos funcionais. Em caso de comprometimento, pode afetar o equilíbrio, a força muscular, a marcha e a mobilidade (SANTANA, 2007).

Para Tavares e Sacchelli (2009), a perda da autonomia pode propiciar o aparecimento de depressão nos idosos, uma vez que, além das limitações nas atividades do dia a dia, também pode comprometer a vida social.

O ambiente institucional acaba apresentando um maior risco para o desenvolvimento da depressão. O fato é confirmado pela pesquisa de Trindade et al (2012), com 53 idosos conduzidos no Setor de Geriatria da Clínica-Escola de Fisioterapia do Uniaraxá e em duas IPLI's. Ao avaliar a presença de depressão, observou que dos 22 idosos institucionalizados, 45,45% apresentaram depressão de grau moderado e grave, enquanto que dos 31 idosos não institucionalizados, a depressão esteve presente em 9,48%. Além de maior risco para desenvolver

depressão, este estudo sugere que idosos institucionalizados possuem menor desempenho nas atividades cognitivas e físicas. Ao analisar essas atividades através do MEEM e da escala de Lawton, as médias obtidas aos idosos institucionalizados foram de 11,73 e 8,09, respectivamente. Para os idosos não institucionalizados as médias foram de 26,39 e 2,91.

Tabela X- Caracterização do nível de dependência através com o Índice de Katz de acordo com o sexo dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Classificação	Sexo n %	
	Feminino	Masculino
Independentes	5 (26,3%)	6 (50%)
Parcialmente dependentes	13 (68,5%)	6 (50%)
Totalmente dependente	1(5,2%)	-
	19 (100%)	12(100%)

n= número de idosos; %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Na Tabela X, considerando o nível de dependência entre os sexos, as mulheres apresentaram uma prevalência maior de dependência em relação aos homens. No total de 19 mulheres, 13 apresentam dependência parcial (68,5%), cinco independência (26,3%) e uma dependência total (5,2%). Entre os homens, seis foram considerados independentes (50%) e seis parcialmente dependentes (50%). Percebe-se que nenhum dos homens apresentou dependência total.

O estudo de Oliveira e Mattos (2012) ao avaliar a prevalência da incapacidade funcional e os fatores associados de 154 idosos residentes em ILPI's de Cuiabá-MT, mostrou que 88,7 % dos idosos foram considerados dependentes para a realização das AIVD e 44,0% nas ABVD. Alterações nas AIVD podem sugerir quadro de declínio cognitivo, já que essas são as primeiras atividades a serem afetadas nos casos de demência. No mesmo estudo, verificou-se que o sexo feminino, ausência da família e déficit cognitivo, apresentaram probabilidade de maior prevalência de dependência nas AIVD.

Tabela XI - Descrição das AVD de acordo com cada função (Índice de Katz) dos idosos residentes em ILPI, Cajazeiras-PB, 2015

Atividades	n %
Banhar-se	
Independente	15 (48,3%)
Parcialmente dependente	3 (9,7%)
Totalmente dependente	13 (41,9%)
Vestir-se	
Independente	14 (45,1%)
Parcialmente dependente	-
Totalmente dependente	17 (54,9%)
Uso de banheiro	
Independente	15 (48,3%)
Parcialmente dependente	13 (41,9%)
Totalmente dependente	3 (9,7%)
Transferir-se	
Independente	19 (61,3%)
Parcialmente dependente	10 (32,2%)
Totalmente dependente	2 (6,4%)
Micção	
Independente	24 (77,4%)
Parcialmente dependente	5 (16,1%)
Totalmente dependente	2 (6,4%)
Alimentar-se	
Independente	29 (93,5%)
Parcialmente dependente	-
Totalmente dependente	2 (6,4%)

n= número de idosos; %= porcentagem de idosos

Fonte: Pesquisa em campo, 2015

Em relação a cada função das AVD's, percebe-se que os idosos foram considerados dependentes nas atividades vestir-se (54,8%), banhar-se (51,6%), e uso do banheiro (51,6%). A atividade relacionada a alimentação apresentou a menor proporção de auxílio recebido comparado com as outras funções, com 29 idosos, correspondendo a 93,5% da amostra. Segundo Oliveira, Goretti e Pereira (2006) a alimentação é uma atividade preservada até os últimos anos de vida por ser considerada uma tarefa de subsistência, realizada de forma automática pelos idosos.

Em discordância com essa pesquisa, o estudo de Alencar et al (2012), ao avaliar o desempenho nas AVD's em 47 idosos residentes em ILPI de Belo Horizonte- MG pelo Índice de Katz, constatou que a maioria dos idosos foram considerados independentes em todas as funções, sendo a micção a atividade com menor porcentagem de independência (59,6%). Entretanto, este estudo assemelha-se com a presente pesquisa quando relata que a atividade com maior porcentagem de independência foi a alimentação com 93,6%. A alta independência observada

nesse estudo pode de ocorrido pela foto dos autores terem excluído da pesquisa idosos portadores de demência grave e acamados, justamente os que apresentam maior probabilidade de apresentar alterações nas AVD's.

5 CONCLUSÕES

Conclui-se que a maioria dos idosos residentes nas ILPI's apresenta elevado grau de comprometimento cognitivo e físico. A presente pesquisa mostrou que a população de idosos residentes nas cinco ILPI's, caracteriza-se, em sua maioria por indivíduos com média de 77,6 anos, do sexo feminino (61,2%), viúvos (61,2%), analfabetos (80,6%), agricultores (70,9%), com renda mensal de 1 salário mínimo (73,7%), entre um e cinco anos de tempo de institucionalização (51,6%).

Em relação à avaliação cognitiva, 22 idosos tiveram pontos sugestivos para declínio cognitivo, correspondendo a 71% da amostra. A média geral obtida pelo MEEM foi de 14,9 pontos, sendo que as mulheres obtiveram média de 14 pontos e os homens média de 16,2 pontos. A maioria apresentou-se parcialmente dependentes para realização das AVD's avaliado através do Índice de Katz, com 61% enquanto 36% são independentes e 3% totalmente dependentes.

Uma possível limitação deste estudo está relacionada ao pequeno número da amostra, já que a maior parte dos idosos apresentava distúrbios auditivos e visuais graves ou problemas mentais incapacitantes, não sendo possível realizar a aplicação dos instrumentos. Outro contratempo estaria associado à dificuldade de acesso a uma instituição, já que a mesma localiza-se em zona rural. Apesar das limitações, a pesquisa mostra a necessidade de uma maior atenção voltada para a capacidade cognitiva e física dos idosos residentes em ILPI's, a fim de agregar uma melhor qualidade de vida a essa população.

A utilização de instrumentos para a avaliação física e cognitiva pode auxiliar a equipe de enfermagem para a detecção precoce de quadros demenciais e incapacidades físicas nos idosos, contribuindo para a elaboração de um plano de cuidados. Para obter uma visão global do idoso, são necessários mais estudos voltados para o declínio cognitivo e físico, assim como, a utilização de estratégias para encorajar os idosos em relação ao autocuidado. A capacitação dos profissionais para a utilização dos instrumentos e o estímulo as atividades físicas e cognitivas pode ser uma alternativa para reverter esse quadro.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. S. et al. Déficit funcionais de idosos correlacionados a cada década de vidas. **Rev Inspirar Mov Saúde**, v. 5, n.2, p.1-6, 2013. Disponível em: <<http://inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2014/10/artigo-279.pdf>. >Acessado em: 11 de dezembro de 2014.

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.785-796, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/17.pdf>>Acessado 14 de fevereiro de 2015.

ARAÚJO; F. et al .Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v. 25, n.2, p.59-66. Jul-dez, 2007. Disponível em: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>>Acessado em: 10 de setembro de 2014.

_____.Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: LEAL, I . et al. **Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde**, Lisboa, p.217-220, 2008. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/cliente%20especial/Meus%20documentos/Downloads/Valida%C3%A7%C3%A3o%20da%20escala%20de%20Lawton%20e%20Brody%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/cliente%20especial/Meus%20documentos/Downloads/Valida%C3%A7%C3%A3o%20da%20escala%20de%20Lawton%20e%20Brody%20(2).pdf) >Acessado em: 10 de setembro de 2014.

ARAÚJO, M. O. P. H; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.3, p.378-85, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/06.pdf>>Acessado em: 14 de fevereiro de 2015.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. São Paulo, Cengage Learning, 2009. >Acessado em: 20 de agosto de 2014.

APÓSTOLO, J. L. A. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Maio, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Documents%20and%20Settings/cliente%20especial/Meus%20documentos/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/cliente%20especial/Meus%20documentos/Downloads/Instrumentos_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Geri%C3%A1trica_MAIO_12%20(1).pdf)>Acessado em: 28 de setembro de 2014.

AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**, Lisboa, v.8, n.4, p.199-204, 2003. Disponível em: <http://www.fm.ul.pt/FMLPortal/UserFiles/File/RFML_4_2003.pdf. >Acessado em: 20 de janeiro de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

- BURLÁ, C. et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10: p.2949-2956, out, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n10/v18n10a19.pdf>>Acessado em: 29 de agosto de 2014.
- BUSTAMANTE, S. E. et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. **Arq Neuropsiquiatr**, v.61, n.3, p.601-6, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sciel>>Acessado em: 09 de fevereiro de 2015.
- CAIXETA, G. C. S; DONÁ, F; GAZZOLA, J. M. Processamento cognitivo e equilíbrio corporal em idosos com disfunção vestibular. **Braz. j.otorhinolaryngol**, São Paulo, vol.78, n.2 Mar-Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180886942012000200014&script=sci_arttext> Acessado em: 01 de fevereiro de 2015.
- CHARIGLIONE, I. P.F; JANCZURA, G. A. Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. **Psico-USP**, Bragança Paulista, v.18, n.1, p.13-22, jan/abril, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v18n1/v18n1a03.pdf>>Acessado em: 25 de agosto de 2014.
- COSTA, M. F. L. VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, n.3, p.700-701, mai-jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2003000300001&script=sci_arttext> Acessado em: 05 de fevereiro de 2015.
- CONVERSO, M. E. R; IRTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **J Bras Psiquiatr**, v.56, n.4, p. 267-272, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852007000400005> Acessado em: 30 de janeiro de 2015.
- COSTA, L. M. F; LOYOLA FILHO, A. I. MATOS, D. L. Tendências nas condições de saúde e uso e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n.10, p.2467-78, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/21.pdf>>Acessado em: 05 de dezembro de 2015.
- CUNHA, J. X. P. et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 657-664, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a18v36n95.pdf>>Acessado em: 28 de janeiro de 2015.
- DAVIS, D. C; HSIUNG, G. Y. R; AMBROSE, T. L. Challenges moving forward with economic evaluations of exercise intervention strategies aimed at combating impairment and demencia. **Br J Sports Med**, v. 45, p.470-2, 2011. Disponível em: <

<http://bjsm.bmj.com/content/early/2011/01/21/bjasm.2010.077990>>Acessado em: 30 de janeiro de 2015.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Rev Bras Enferm. Brasília**, v.66, n.6, p.914-20, nov-dez, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000600016&script=sci_arttext> Acessado em: 01 de setembro de 2014.

DINIZ, B. S. O; VOLPE, F. M; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho do Minixame do estado mental em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiq. Clín**, v.34, n.1, p.13-17, 2007. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n1/13.html>>Acessado em: 13 de fevereiro de 2015.

DUARTE, Y. A.O; ANDRADE, C.L; LABRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.2, p.317-25, jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000200021&script=sci_abstract&lng=pt>Acessado em: 15 de setembro de 2014.

DUCA, G. F. D; SILVA, M. C; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.5, p.796-805, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>Acessado em: 01 de fevereiro de 2015.

FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm**. São Paulo, v.44, n.4, p.1065-1069, dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000400030&script=sci_arttext>Acessado em: 13 de julho de 2015.

FERREIRA, P. C. S; TAVARES,D. M. S; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**. v. 24, n.1, p. 29-35, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/v24n1a04>>Acessado em: 05 de janeiro de 2015.

FERREIRA, L. S, et al. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. **Rev Bras Enferm**, mar-abr; v.67,n.2, p.247-51, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000200247&script=sci_arttext> Acessado em: 30 de janeiro de 2015.

FICHMAN, C. H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v.27, n.12, p.79-82, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100017>Acessado em: 01 de fevereiro de 2015.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. **J Psychiat Res**, 12: 189-198, 1975. Disponível

em:<http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf>Acessado em: 12 de setembro de 2014.

FOSS, P. M; VALE, F. A. C; SPEIALU, J. G. Influencia da escolaridade na avaliação neropsicológica de idosos. **Arq.Neuropsiquiatria**, v.65, n.1, p.119-26, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23610.pdf>>Acessado em: 06 de fevereiro de 2015.

GALLUCCI NETO, J; TALMELINI, M. G; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev Psiq Clín**, v.32, n.3, p.119-30, 2005. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/119.html>>Acessado em: 29 de janeiro de 2015.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. - 6. Ed.-São Paulo: Atlas, 2008.

HEIN, M.A; ARAGAKI, S.S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.8, p.2141-2150, 2012.Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/24.pdf>>Acessado em: 13 de setembro de 2014.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Censo Geográfico de 2010**. Disponível em <<http://7a12.ibge.gov.br/voce-sabia/calendario-7a12/event/44-dia-nacional-do-idoso> > Acessado em: 26 de Julho de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Geográfico de 2010**. Disponível em: < <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=260300>> Acessado em: 09 de Agosto de 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Geográfico de 2009**.Disponível<[http://censo2010.ibge.gov.br/noticiasencenso?%20view=noticia&id=1&idnoticia=%201866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799 pessoas](http://censo2010.ibge.gov.br/noticiasencenso?%20view=noticia&id=1&idnoticia=%201866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799%20pessoas)>Acessado em: 23 de janeiro de 2015.

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n.4, p.64-71, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400008>Acessado em: 09 de fevereiro de 2015

MARINHO, L. M et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n.1, p.104-110, 2013. Disponível em:<<file:///C:/Documents%20and%20Settings/cliente%20especial/Meus%20documentos/Downloads/25714-151011-1-PB.pdf>>Acessado em: 09 de fevereiro de 2015.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. - 5. Ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MELLO, B. L.D; HADDAD, M. C.L; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.34, n.1, p.95-102, Jan-Jun,

2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/7974/pdf>>Acessado em: 20 de julho de 2015.

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. 1ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORESE, E. **Metodologia da pesquisa**. Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Gestão do Conhecimento e Tecnologia da Informação- UCB. Brasília, 2003. 17 de agosto de 2014.

MOTA, M. M. P. E. Metodologia de Pesquisa em Desenvolvimento Humana: Velhas Questões Revisitadas. **Psicologia em Pesquisa UFRJ**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.144-149, jul-dez, 2010. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2010/12/v4n2a07.pdf>>Acessado em: 17 de agosto de 2014.

NETTO, M. P. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2007.

OLIVEIRA, D. L. C; GORETTI, L. C. PERREIRA, L. S. M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev Bras fisioter**, v.10, n.1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-3552006000100012>Acessado em: 03 de fevereiro de 2015.

OLIVEIRA, P. H; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiol Serv Saude**, v.21, n.3, p.395-406, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742012000300005&script=sci_arttext>Acessado em: 01 de fevereiro de 2015.

PAVAN, F. J; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Cad. Saúde Pública**. Set, v.24, n.9, p.2187-2190, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000900025&script=sci_arttext>Acessado em: 06 de fevereiro de 2015.

PELEGRIN, A.K.A.P. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arq Ciênc Saúde**, v.15, n.4, p.182-8, out/ dez, 2008. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf>Acessado em: 10 de fevereiro de 2015.

PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.165-176, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf>>Acessado em: 30 de janeiro de 2015.

PERES, M. A. C. A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semiárido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo. **Verinotio revista on-line**, n.10, ano. v, out, 2009. Disponível em: <<http://www.verinotio.org/conteudo/0.4487509964488.pdf>>Acessado em: 02 de fevereiro de 2015.

PINHEL, M. J. J. M. **A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar**. 2011. Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Educação de Bragança (Mestrado em Educação Social). Instituto politécnico de Bragança- Escola Superior de Educação. Bragança, 2011. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6863/1/Relato%CC%81rio%20final.pdf>>Acessado em: 16 de fevereiro de 2015.

POLARO, S. H. I. et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.777-784, 2012. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1590%2Fs180998232012000400016>>Acessado em:14 de fevereiro de 2015.

REIS, L. A; TORRES, G. V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, Brasília, mar-abr; v.64, n.2, p. 274-80, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a09v64n2.pdf>>Acessado em: 29 de janeiro de 2015.

RONCONI; A. M. **Conteúdos e estruturas de baterias de testes que avaliam optidão física e a capacidade funcional de idosos: um estudo de revisão bibliográfica**. 2011. Trabalho de Conclusão do Curso (Licenciatura em Educação Física) Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Porto Alegre- RS, 2011. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39325/000825646.pdf?sequence=1>>Acessado em: 28 de janeiro de 2015.

SANTOS, C. C. C. et al. Análise da função cognitiva e capacidade funcional em idosos hipertensos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.241-250, 2011. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000200006&lng=pt&nrm=iss>Acessado em: 30 de janeiro de 2015.

SANTANA, V. A. **Avaliação dos Possíveis Fatores de Risco para Quedas em Domicílio de Idosos**. Tese (Dissertação de Mestrado). Goiânia: Universidade Católica de Goiás; 2007. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=344>Acessado em: 10 de janeiro de 2015.

SILVA. K. C. A.S; LOURENÇO. R. A. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo vol.42, n.5, out, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500020&script=sci_arttext>Acessado em: 30 de janeiro de 2015.

SMANIOTO, F.N; HADDAD, M. C. F. L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Rev Rene**, Fortaleza; v.12, n.1, p.18-23, jan/mar. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a03v12n1.pdf>Acessado em: 12 de janeiro de 2015.

STEFANELLI, M. C; FUKUDA, I. M. K; ARANTES, E. C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri, SP: Manole, 2008.

VALCARENGNI, R. V. et al. Alterações na funcionalidade/ cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n.6, p. 828-833, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000600017&script=sci_arttext>Acessado em: 29 de janeiro de 2015.

VALLE, E. A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.918-926, abr, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n4/23.pdf>>Acessado em: 30 de janeiro de 2015.

TAVARES, A. C; SACCHELLI, T. Avaliação da atividade funcional em idosos submetidos à cinesioterapia em solo. **Rev Neurocienc**. V.17, n.9, p.19-23, 2009. Disponível em: <<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2009/RN%202009%201/355.pdf>>Acesso em: 01 de fevereiro de 2015.

TALMELLI, L.F.S. et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.44, n.4, p.933-939, dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400011> Acessado em: 15 de julho de 2014.

TRINDADE, A. P. N. T. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioter Mov**, v.26, n.2, p.281-9, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n2/05.pdf>>Acessado em: 02 de fevereiro de 2015.

TONIOLO, R.A; LAGER, B. Transtorno Bipolar. IN: ALVARENGA, P. G.; ANDRADE, A. G. **Fundamentos em psiquiatria**. BARUERI, SP: MANOLE, 2008. P. 169-190.

ZIDAN, M. et al . Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. **Rev. psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.39 n.5, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000500003>Acessado em: 10 de janeiro de 2015.

APÊNDICE

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO IDOSO**

Idade_____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado civil:

() Casado(a) () Solteiro () Viúvo () Divorciado

Grau de escolaridade:

- () Analfabeto
- () De 1 a 3 anos de escolaridade
- () De 4 a 7 anos de escolaridade
- () Mais de 7 anos de escolaridade

Profissão:

Ocupação anterior:_____

Ocupação atual:_____

Renda:

- () Não recebe salário
- () 1 salário mínimo
- () 2 a 5 salários mínimos
- () 5 a 8 salários mínimos
- () Mais de 8 salários mínimos

Tempo de institucionalização:_____

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Suzana Fontes Leite, eu sou acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras- PB e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “***Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência***”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o problema do declínio cognitivo e físico em idosos é para possibilitar a detecção precoce de possíveis complicações, contribuindo para a elaboração de um plano de cuidados. A pesquisa se justifica pela necessidade de novas pesquisas nesta área, permitindo ampliar o conhecimento de acadêmicos e profissionais da saúde acerca do tema investigado, vale ressaltar também a importância de realizar estudos em idosos residentes em instituições de longa permanência, uma vez que, esses resultados podem contribuir para subsidiar ações que proporcionem melhor qualidade de vida. O objetivo dessa pesquisa compreende avaliar o estado cognitivo associado ao comprometimento da capacidade funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência. O procedimento de coleta de dados será realizado da seguinte forma: será adotado um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice A) composta por perguntas que atenderão aos objetivos propostos, ou seja, serão perguntas sobre o perfil sociodemográfico do idoso, as atividades de vida diária através do índice de Katz (Anexo A), e o estado cognitivo será avaliado através do mini exame do estado mental (Anexo B) .

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Os riscos envolvidos com sua participação serão de ansiedade ou constrangimentos, porém o pesquisador

realizará a coleta de dados em local reservado, contando com o auxílio de um funcionário da instituição. Haverá benefícios quanto ao conhecimento de tais informações para o idoso, o meio acadêmico e a sociedade em geral, pois esse estudo contribui para subsidiar ações que proporcione a detecção precoce de déficits cognitivos, assim como, de incapacidades físicas nos idosos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do Sr. (a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que o senhor apenas será submetido a uma avaliação física e cognitiva, assim como responderá a uma entrevista, não havendo necessidade de intervenção médica ou de outros profissionais de saúde.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para Sr. (a) e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa ao (a) Sr. (a), e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

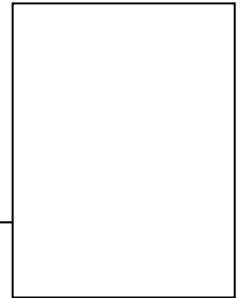
DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:Eu, _____

_____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de

participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Suzana Fontes Leite certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Suzana Fontes Leite através do e-mail: suzanafontesjp@hotmail.com ou a professora orientadora Álissan Karine Lima Martins do e-mail: alissankarine@gmail.com. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Campina Grande (CEP/UFCG), localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueirêdo s/n, Cajazeiras-; Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3532-2000.

Cajazeiras - PB, ____/____/____

Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

**APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

EU, Álissan Karine Lima Martins, professor (a) da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação de Suzana Fontes Leite, discente do curso de graduação em enfermagem, assegurando que não haverá desistência de minha parte que acarrete em prejuízo para o término das atividades desenvolvidas no trabalho de conclusão de curso – TCC pelo (a) discente.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo cumprimento da Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem, pelos prazos estipulados junto à disciplina TCC, e pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelo resultado obtido e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao comitê de ética sobre qualquer alteração no projeto ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem com arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado, durante a execução da mesma.

Cajazeiras- PB, 16 de outubro de 2014.

Álissan Karine Lima Martins

PROFESSORA DOUTORA ÁLISSAN KARINE LIMA MARTINS
SIAPE 1815976-1

**APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**



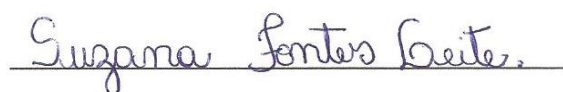
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE**

EU, Suzana Fontes Leite. Aluno (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me junto com meu orientador (a), Álissan Karine Lima Martins, a desenvolver projeto de pesquisa para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem seguindo a Resolução 01/2009 do Colegiado do Curso de Enfermagem e a seguir os prazos estipulados na disciplina TCC; comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previsto na resolução 466\12 do conselho Nacional de saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador, nas atividades de pesquisa, e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa, para posterior divulgação no meio acadêmico ou científico.

Cajazeiras- PB, 16 de outubro de 2014.



SUZANA FONTES LEITE- MAT: 210220085

ANEXOS

ANEXO A- ÍNDICE DE KATZ

Índice de KATZ.

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro.		
() Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	() Recebe assistência no banho somente uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	() Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir – pega a roupa do armário e veste, incluindo roupas íntimas roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
() Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	() Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	() Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro – dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
() Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	() Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	() Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	() Não sai da cama
Continência		
() Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	() Tem “acidentes” * ocasionais *acidentes = perdas urinárias ou fecais	() Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
() Alimenta-se sem assistência	() Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar ou passar manteiga	() Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou

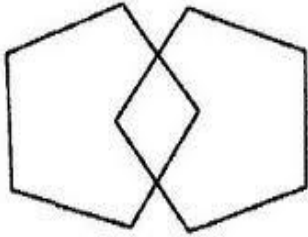
	no pão	totalmente por sonda enteral ou parenteral
--	--------	---

Fonte: Duarte; Andrade; Lebrão, 2007.

ANEXO B- MINE EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)			
1. Orientação temporal (0-5pontos)	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.	Soletre 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
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		1

	completa.		
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: Brasil, 2006.

ANEXO C- PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE DE CAJAZEIRAS ABRIGO DE IDOSOS- “LUCA ZORN”, RUA: ANÉZIO ROLIM, Nº: 88

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “***Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência***”, que será realizada com idosos, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora Suzana Fontes Leite, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

CAJAZEIRAS – PB, 29 de setembro de 2014.



RESPONSÁVEL

LAR DE IDOSOS- GRUPO ESPÍRITA KARDECISTA O REENCONTRO, RUA:
FLÁVIO MARQUES SOARES MEDEIROS, Nº: 201 BAIRRO: FÁTIMA SOARES

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “***Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência***”, que será realizada com idosos, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora Suzana Fontes Leite, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

CAJAZEIRAS – PB, 08 de setembro de 2014.




RESPONSÁVEL

GRUPO DE IDOSOS JOCA CLAUDINO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “***Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência***”, que será realizada com idosos, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora Suzana Fontes Leite, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

CAJAZEIRAS – PB, 09 de outubro de 2014.


Liduino Maciel de Oliveira
Presidente da Casa de Idoso Joca Claudino
CNPJ: 10427556/0001-12

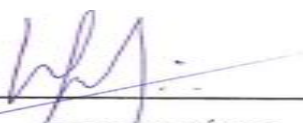
RESPONSÁVEL

COMUNHÃO ESPÍRITA CRISTÃ A CASA DO CAMINHO, RUA: BR 230, KM 470,
Nº: 31 BAIRRO: ZONA RURAL.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “***Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência***”, que será realizada com idosos, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora Suzana Fontes Leite, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

SOUSA – PB, 29 de Setembro de 2014.



RESPONSÁVEL
WALTER SARMENTO DE SA FILHO.

CENTRO DE AMPARO A VELHICE ABRIGO JESUS MARIA E JOSÉ, RUA DOMINGOS AFONSO, S/N BAIRRO: ANGELIM.

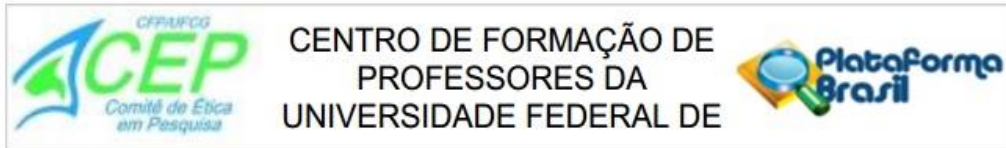
TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Declínio cognitivo e atividade de vida diária: estudo em idosos residentes em instituições de longa permanência**”, que será realizada com idosos, com abordagem quantitativa, tendo como pesquisadora Suzana Fontes Leite, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

SOUSA– PB, 11 de outubro de 2014.


Alexandre Fernandes da Costa
Enfermeiro
CONEM 28-338-874
CPF- 056 712 294-80
RESPONSÁVEL

ANEXO D- PARECER FAVORÁVEL DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DÉFICIT COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Pesquisador: Álissan Karine Lima Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38578614.4.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 926.110

Data da Relatoria: 02/12/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado DÉFICIT COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, 38578614.4.0000.5575 e sob responsabilidade de Álissan Karine Lima Martins trata de uma pesquisa será com base em um estudo transversal, de natureza descritiva- exploratória, com abordagem quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto DÉFICIT COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA tem por objetivo principal avaliar o estado cognitivo associado ao comprometimento da capacidade funcional de idosos residentes em instituições de longa permanência.

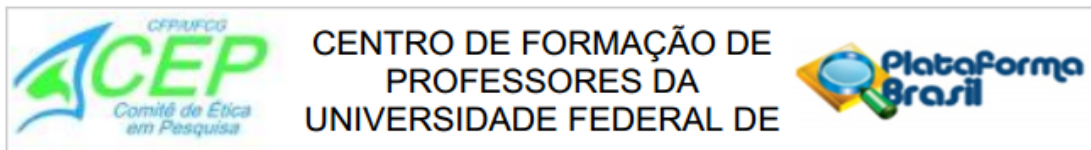
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa DÉFICIT COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA é importante por contribuir para para possibilitar a detecção precoce de possíveis complicações, contribuindo para a elaboração de um plano de cuidados e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 926.110

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Álissan Karine Lima Martins redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto DÉFICIT COGNITIVO E ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA: ESTUDO EM IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, número 38578614.4.0000.5575 e sob responsabilidade de Álissan Karine Lima Martins.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 23 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
 (Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 **E-mail:** cep@cfp.ufcg.edu.br