



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DOS PROFESSORES
CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA

HELLOSMAN DE BRITO DIAS JUNIOR
RONNEY GONÇALVES MONTEIRO

DECLÍNIO COGNITIVO, FUNCIONAL E EMOCIONAL: Percepção do
acompanhante e real estado do idoso

Cajazeiras

2016

HELLOSMAN DE BRITO DIAS JUNIOR
RONNEY GONÇALVES MONTEIRO

**DECLÍNIO COGNITIVO, FUNCIONAL E EMOCIONAL: Percepção do
acompanhante e real estado do idoso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
Campus de Cajazeiras, como requisito parcial
obrigatório à obtenção de título de Bacharel em
Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Lameira

Cajazeiras

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

D541d Dias Júnior, Hellosman de Brito
Declínio cognitivo, funcional e emocional: percepção do
acompanhante e real estado do idoso. / Hellosman de Brito Dias
Júnior; Ronney Gonçalves Monteiro. – Cajazeiras: UFCG, 2015.
45f.
Bibliografia.

Orientador (a): Prof. Dr. Allan Pablo Lameira.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Saúde mental - idoso. 2. Idoso – Acompanhantes. 3. Envelhecimento-
qualidade de vida. 4. Independência funcional – idoso. 5. Depressão.
I. Monteiro, Ronney Gonçalves. II. Lameira, Allan Pablo. III. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –613.86

HELLOSMAN DE BRITO DIAS JUNIOR
RONNEY GONÇALVES MONTEIRO

DECLÍNIO COGNITIVO, FUNCIONAL E EMOCIONAL: Percepção do
acompanhante e real estado do idoso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
Campus de Cajazeiras, como requisito parcial
obrigatório à obtenção de título de Bacharel em
Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Allan Pablo Lameira

Aprovado em _____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Allan Pablo Lameira

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho

Prof. Dr. Luiz Jardelino de Larceda Neto

Cajazeiras

2016

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, irmãs, avós, tios e primos, além de todos os outros, que de forma direta ou indireta, contribuíram na nossa formação.

AGRADECIMENTOS

Eu, Hellosman de Brito Dias Junior, agradeço primeiramente a Deus, que iluminou meu caminho, me abençoou durante toda essa trajetória e me confiou o dom e destino de curar e aliviar a dor dos que mais sofrem. Aos meus familiares, em especial aos meus pais, Hellosman de Brito Dias e Fátima Batista Dias, a minha irmã, Priscylla Batista Dias, por serem a maior riqueza que Deus me deu, verdadeiros anjos que passam a vida inteira fazendo o possível e o impossível por mim, tornando nossa caminhada muito mais fácil. A minha avó Maria do Carmo Dias que é minha fonte de alegria e de experiência. Aos meus avós Moisés Batista (in memoriam), Josefa Pedroza (in memoriam) e em especial ao avô Manuel Dias (in memoriam) que por sua história de dedicação e ideologia de promover estudo aos filhos, com certeza está muito orgulhoso lá no céu. Saudades eternas de vocês.

Eu, Ronney Gonçalves Monteiro, agradeço a Deus que sempre me protegeu e guiou em toda essa caminhada, aos meus pais, José Gonçalves Monteiro Filho e Maria Marídia de Lima Monteiro, que sempre batalharam para garantir o melhor para educação dos filhos, a Greyce Palácio Paulino por sempre entender minha ausência, além de me apoiar e cuidar durante todo esse tempo, a minha irmã, Josefa Monalysa Lima Monteiro, que sempre deu todo apoio aos meus sonhos, aos meus avós, José Gonçalves Monteiro (in memoriam), Raimundo de Castro Lima, Joselita Nogueira de Oliveira Gonçalves (in memoriam) e Maria Divina de Lima, que são exemplos de perseverança e integridade, que sempre fizeram de tudo para dar uma boa criação aos filhos e netos

Agradecemos ainda a todos os nossos professores que foram peças fundamentais na construção e consolidação do nosso conhecimento, em especial ao nosso orientador Professor Doutor Allan Pablo Lameira, pela atenção, por nos apoiar e estar presente sempre que precisamos exigindo sempre um trabalho de qualidade e transmitindo todo seu conhecimento, tornando nossa monografia uma experiência excelente. Aos funcionários de toda a Universidade Federal de Campina Grande, campus Cajazeiras que tanto nos ajudaram em todos os momentos. Nosso muito obrigado. Sentimo-nos honrado de partilhar este momento com todos vocês. A todos, nosso muito obrigado!

*O homem não é nada além daquilo que a
educação faz dele."*

(Immanuel Kant)

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural humano caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma única em cada indivíduo. A pesquisa visa compreender como o idoso é percebido no meio em que vive. Foi avaliada a percepção do acompanhante sobre o estado geral do idoso, indagando-o como ele percebe o nível da qualidade de vida desse idoso. Essa percepção do acompanhante foi comparada com os resultados de três escalas validadas que mensuram aspectos específicos da qualidade de vida, a independência funcional para realização das atividades diárias, o nível cognitivo e o estado emocional. O presente estudo é uma pesquisa experimental, transversal e de caráter quantitativo, com a participação de 20 pares de idoso-acompanhantes. Foi realizada análise estatística utilizando medidas de associação através do teste de Spearman e os resultados mostraram que houve uma correlação significativa e positiva entre a variável percepção do acompanhante e nível cognitivo (ρ Spearman = 0.65; $p > 0,001$) e entre a independência funcional e o nível cognitivo (ρ Spearman = 0.45; $p > 0,046$). Concluímos que o estado geral do idoso é percebido parcialmente pelo acompanhante, que, por diversos fatores, acaba negligenciando aspectos importantes para a qualidade de vida do mesmo, tal como a independência funcional e o estado emocional.

Palavras-chaves: Idoso. Saúde Mental. Independência Funcional. Depressão.

ABSTRACT

Aging is a natural human process characterized by physical, psychological and social changes that affect uniquely in each individual. The research aims to understand how the elderly are perceived in their environment. It assessed the perception of the companion on the overall status of the elderly, asking how he perceives the level of quality of life of this elderly. This perception of the companion was compared with the results of three validated scales that measure specific aspects of quality of life, functional independence in activities of daily living, cognitive level and emotional state. This study is an experimental, transversal and quantitative character study, with the participation of 20 pairs of old-companions. Statistical analysis was performed using measures of association Spearman's test and the results showed a significative and positive correlation between the variable perception of the companion and cognitive level (ρ Spearman = 0.65; $p < 0.001$) and between the functional independence and the cognitive level (Spearman $\rho = 0.45$; $p > 0.046$). We conclusion that the overall status of the elderly is perceived partly by the companion, who, by various factors, while neglecting important aspects of the quality of life the same as the functional independence and emotional state.

Keywords: Ederly. Health Mental. Functional Independence. Depression.

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Quadro da correlação entre as variáveis-----	27
--	----

LISTA DE FIGURAS

- Gráfico 1: Correlação positiva entre a percepção do acompanhante e o nível cognitivo do idoso-----26
- Gráfico 2: Correlação positiva entre a independência funcional e o nível cognitivo do idoso-----27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
EE	Estado Emocional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IF	Independência Funcional
MEEM	Mini Exame de Estado Mental
NC	Nível Cognitivo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Percepção do Acompanhante
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivo específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1 Capacidade Funcional do Idoso	15
3.2 Estado Emocional e Cognitivo do Idoso	16
3.3 Alterações Sensoriais e Motoras do Idoso	18
3.4 Linguagem	18
3.5 Não Percepção dos Déficits pelos Acompanhantes	19
4 MÉTODO	21
4.1 Tipo de Estudo	21
4.2 Princípios Éticos	21
4.3 Participantes	21
4.4 Instrumentos de Pesquisa	22
4.4.1 <u>Mini Exame do Estado Mental</u>	22
4.4.2 <u>Escala de Barthel</u>	22
4.4.3 <u>Escala Abreviada de Zung</u>	23
4.5 Procedimento Experimental	23
4.6 Análise dos dados	24
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	33
ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	39
ANEXO 2 – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	44

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural humano caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma única cada indivíduo. Nesta fase da vida, dentre todas as mudanças, a saúde se destaca como um dos aspectos mais afetados (ZIMERMAN, 2000). A Organização Mundial de Saúde – OMS definiu como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos. Segundo o último censo do IBGE (2010), no Brasil, o número da população idosa cresceu muito comparado com o censo anterior, chegando ao número de mais de 14 milhões de idosos de ambos os sexos. Número que refere mudança no padrão de desenvolvimento do país, bem como na qualidade de vida dessa população, refletindo assim mudança do padrão da pirâmide etária (ARGIMON; STEIN, 2005).

Levando-se em consideração que a expectativa de vida é cada vez mais alta, vários estudos são desenvolvidos para melhorar a qualidade de vida na terceira idade (SANTOS et al., 2002). O conceito de qualidade de vida está relacionado a autoestima e ao bem-estar pessoal, abrangendo diversos aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (VELARDE; AVILA, 2002). O conceito de qualidade de vida, portanto, é um conceito subjetivo e dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo (BOWLING et al., 2003).

A perda ou diminuição da capacidade funcional ocasiona grave limitação da autonomia, e é este o principal problema que afeta a qualidade de vida na terceira idade (ROSA et al., 2003). O impedimento na realização das atividades diárias cotidianas pode levar o idoso a depender de outras pessoas, sendo que esta dependência envolve mais do que aspectos físicos; envolve também aspectos cognitivos, emocionais, sociais e econômicos (RAMOS, 2005). Portanto, Giacomini e colaboradores (2005) definem incapacidade como a deficiência de um órgão ou sistema sobre o funcionamento do indivíduo em termos de limitações de função ou de restrição de atividades levando a dependência. Por sua vez, Gordilho e

colaboradores (2000) definem dependência como sendo a condição que faz com que a pessoa necessite do auxílio de outrem para a realização de atividades do seu dia-a-dia.

Nesse contexto, o cuidador e/ou acompanhante é de fundamental importância na vida de um idoso. Gordilho e colaboradores (2000) descrevem o cuidador ou acompanhante como a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos do cotidiano. Na maioria das vezes esse acompanhante e/ou cuidador de idoso é parte integral da família como cônjuges ou filhos (CECAGNO et al., 2004). O grande problema é que geralmente, devido à baixa escolaridade, a falta de experiência, a idade avançada ou mesmo a falta de empatia por partes dos cuidadores, não é oferecido um suporte adequado para assistência ao idoso dependente (GARRIDO; MENEZES, 2004).

O presente trabalho de pesquisa visa compreender como o idoso é percebido no meio em que vive. Para este fim, avaliamos a opinião do acompanhante e/ou cuidador sobre o estado geral do idoso, indagando-o como ele percebe o nível da qualidade de vida desse idoso. Comparamos então essa percepção do acompanhante com os resultados de escalas validadas que mensuram aspectos específicos da qualidade de vida, dentre eles, a independência funcional para realização das atividades diárias, o nível cognitivo e o estado emocional.

Essa pesquisa apresenta relevância acadêmica, científica e social. Existe uma carência significativa na literatura sobre a abordagem quantificada da capacidade do acompanhante e/ou cuidador de entender o processo de envelhecimento e suas limitações. Além disso, poderemos oferecer com este estudo avanço na prospecção de empatia para tornar mais eficiente o cuidado com o idoso dependente.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Comparar a percepção do acompanhante sobre o estado geral de saúde e/ou qualidade de vida do idoso com escalas validadas de mensuração do nível cognitivo, da independência funcional e do estado emocional.

2.2 Objetivo específicos

- Verificar a correlação entre o nível de independência funcional e o nível cognitivo do idoso.
- Analisar a correlação entre o nível de independência funcional e o estado emocional do idoso.
- Investigar a correlação entre o nível cognitivo e o estado emocional do idoso.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Capacidade Funcional do Idoso

Segundo Santos e Cunha (2013) uma das grandes conquistas da humanidade foi garantir uma maior quantidade de anos vividos pela população. Não só a proporção de idosos está aumentando progressivamente em todo o mundo, como também estes estão vivendo cada vez mais. E assim é quase unanimidade que estes anos a mais vividos só valem a pena se forem vividos com boa qualidade de vida.

De acordo com o IBGE (2008), em 1980, havia no Brasil 591 mil idosos longevos (80 anos e mais), e as projeções indicam que, em 2050, eles serão 13,8 milhões, o que corresponde a um aumento de 2.226%, enquanto a população total aumentaria 81,6% e a de idosos 436%, no mesmo período. Observou ainda a concentração de mulheres idosas nas zonas urbanas da região sudeste e excedentes de homens idosos na região rural do Nordeste. Constatou que no país em seu conjunto, a razão de sexo caiu de 90 para 84 homens para cada 100 mulheres de 60 anos, apontando assim a existência de mudanças no padrão de mortalidade. Assim o envelhecimento não é um fenômeno que se manifesta de modo homogêneo, ele ocorre de forma diferenciada no contexto regional, refletindo diferenças de gênero, de raça e de condições socioeconômicas (BERCOVICH, 1993).

A qualidade de vida se torna um dos principais desafios a serem alcançados pela população idosa (BOWLING et al., 2003). Autonomia e independência são, portanto, resultantes do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico, e estão diretamente relacionados com a capacidade funcional da pessoa (RAMOS, 2005). Vários fatores estão associados ao comprometimento dessa capacidade funcional: idade avançada, gênero feminino, baixa renda e escolaridade, arranjo familiar multigeracional, hospitalização no último ano, visão ruim, declínio cognitivo, presença de depressão e várias comorbidades, além de baixa frequência de contatos sociais e de prática de atividade física.

A idade é um dos fatores mais importantes para a perda da capacidade funcional e conseqüentemente da qualidade de vida. O risco de declínio funcional aumenta cerca de duas vezes a cada 10 anos a mais vividos. Idosos de 80 anos ou mais tem uma chance 25 vezes maior de declínio funcional em comparação com

idosos mais jovens. As condições de saúde são bastante diferenciadas por gênero, as mulheres idosas experimentam uma carga maior de doenças crônicas, levando à maior prevalência de incapacidade funcional, fato que, em parte, pode ser explicado pela maior sobrevivência feminina, o que permite o desenvolvimento de condições desfavoráveis à saúde e maior vulnerabilidade em idades mais avançadas (SANTOS; CUNHA, 2013).

A baixa escolaridade influencia diretamente na capacidade funcional e no desempenho das atividades instrumentais da vida diária tais como o uso de meio de transporte, tomar medicamentos em doses e horários corretos e controlar finanças, e a falta destas tem relação direta em perda de autonomia e isolamento social. Isso porque, outras pessoas passarão a gerir a vida social do idoso e decidirão o que ele deve ou não fazer, o que resulta em alto grau de dependência (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). De acordo com Guedes e colaboradores (2012), o convívio com outras pessoas proporciona relações fundamentais de cooperação e interatividade favorecendo a conclusão das atividades cotidianas pelo idoso. A atividade laboral, por sua vez, pode envolver também mecanismos de competição que até certo ponto, são benéficos, pois explicam desafios diários que mantém o trabalhador ativo e auxiliam na manutenção da capacidade funcional.

Os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, e por esse motivo utilizam com maior frequência os serviços de saúde, mas mesmo assim os modelos de cuidado são estruturados à semelhança do adulto jovem. Deste modo, os modelos vigentes de atenção à saúde dos idosos se mostram ineficientes e de alto custo. É por este motivo que, do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso (GUEDES; et al., 2012).

3.2 Estado Emocional e Cognitivo do Idoso

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações físicas, sociais e psicológicas, o que provoca ansiedade, medo, insegurança, conflitos e sentimentos de solidão (PIOVESAN; PIVETA; PEIXOTO, 2011). Segundo Freitas (2014) o aparecimento de doenças durante essa fase da vida, a perda de vínculos afetivos, solidão, perda de um parente ou amigo, aposentadoria ou inativação social,

entre outros, constituem importantes fatores para que o indivíduo fique vulnerável a transtornos mentais como a depressão. A depressão consiste em um transtorno mental que envolve fatores biológicos e psicossociais e, em idosos, apresenta características particulares e ocorrência frequente. As principais características associadas à incidência desse transtorno são: idade avançada, sexo feminino, doenças crônicas, situação financeira e estado psicológico. Pode-se afirmar que essa doença é uma alteração emocional que está associada a elevado risco de morbidade e mortalidade (GORMAN; CAMPBELL, 1995).

Em idosos, a depressão é frequentemente subdiagnosticada e até mesmo ignorada, pois, em geral, os profissionais de saúde percebem os sintomas depressivos como manifestações decorrentes do processo de envelhecimento. O transtorno é de difícil apuramento quantitativo já que os sinais depressivos traduzem estados e sentimentos que diferem acentuadamente. No Brasil, a prevalência de idosos com depressão varia de 4,7% a 36,8% (SILVA; et al., 2014). O indivíduo idoso é diagnosticado com depressão quando estão presentes os sintomas desse transtorno por no mínimo duas semanas e causam prejuízo significativo na vida social e ocupacional do mesmo. Nesse contexto, a depressão torna-se comum no processo de envelhecimento e apresenta forte impacto entre os idosos e seus cuidadores. O tratamento da depressão é realizado, principalmente, por meio de medicamentos antidepressivos, os quais devem estar associados ao apoio familiar e psicoterapia, que auxiliam na reestruturação psicológica do indivíduo, aumentam seu nível de conhecimento sobre a mesma e facilitam o autocuidado em relação ao seu tratamento e sua recuperação (LOURENÇO; VERAS, 2006).

A depressão e os déficits cognitivos estão entre os principais problemas de saúde mental dos idosos, sendo muito comum que ambas as condições apareçam juntas e desencadeiem piora da qualidade de vida, queda da funcionalidade, aumento no uso de serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade. A demência culmina no declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência, e sua incidência e prevalência aumentam exponencialmente com a idade. As perdas cognitivas dependem mais da possibilidade de convívio social e das oportunidades que o idoso teve no curso de sua vida do que simplesmente um processo puramente biológico e de degradações progressivas. A alfabetização é importante porque pode tornar as pessoas menos dependentes de terceiros para ler, redigir documentos, para nível de localização, locomoção por meio de transportes,

acesso aos meios de comunicação e cuidados com a própria saúde (ROCHA et al., 2014).

O déficit cognitivo em idosos consiste em lentidão leves, generalizada e perda da precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionam situações do cotidiano. Ele é desencadeado pelo envelhecimento, especialmente observado, nas tarefas que exigiam rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo (SCHAIE; WILLIS, 1996).

3.3 Alterações Sensoriais e Motoras

É muito comum no envelhecimento acontecerem alterações progressivas no organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas ou extrínsecas. Um exemplo, dentro desta suscetibilidade é a queda, que pode estar relacionada a instabilidade postural e alterações dos sistemas sensoriais e motor. Sabe-se que o desenvolvimento das alterações devidas ao envelhecimento segue um padrão que é exclusivo de cada indivíduo, as quais se processam à medida que a idade avança. Tal fator faz repensar as repercussões da idade sobre a função, que podem levar à queda da pessoa idosa, entre as quais se observam: diminuição da força muscular, dos reflexos, da flexibilidade, da velocidade espontânea da marcha, acuidade visual e função vestibular (FREITAS, 2014).

As consequências das alterações sensoriais e motoras para o controle postural de idosos têm sido amplamente investigadas em diversos estudos, como aponta Toledo e Barela (2010). Doenças associadas ao envelhecimento estão presentes em grande parte da população idosa e elas podem exacerbar as deteriorações sensoriais e motoras consequentes do processo natural de envelhecimento e levar essa população a ter prejuízos no controle postural.

3.4 Linguagem

A habilidade da linguagem é uma das que se mantém mais preservada ao longo dos anos, independentemente da escolaridade dos idosos. Esse resultado vem reforçar uma prática diagnóstica usual para avaliação cognitiva na terceira

idade, haja vista que, no desenvolvimento das habilidades cognitivas dessa faixa etária, aquela ligada à linguagem é mais resistente à degeneração pela idade, sendo por isso muito utilizada como indicador pré-morbido na avaliação de condições cognitivas dos idosos. Por conseguinte, um desempenho prejudicado na área da linguagem tem sido utilizado como um marcador de uma demência em andamento. Por isso, pode-se dizer que o envelhecimento é um processo em que, para cada pessoa, as mudanças físicas, comportamentais e sociais desenvolvem-se em ritmos diferentes, sendo a idade cronológica apenas um dos aspectos, entre outros, que podem ou não afetar o bem-estar do idoso (RITCHIE; TOUCHON, 1997).

3.5 Não Percepção dos Déficits pelos Acompanhantes

Existem diversas alterações que ocorrem no organismo humano com o avançar da idade, isso faz com que a população idosa necessite de maior atenção por parte dos familiares e da sociedade, principalmente por parte dos profissionais de saúde. Esse cuidado faz com que exista a necessidade de um alto entendimento a respeito desse processo que é o envelhecimento. Diversos fatores relacionados tanto ao idoso quanto ao seu cuidador tornam difícil esse entendimento, como o fato de que na maioria dos casos o cuidador é um cônjuge, e por isso apresenta idade avançada, doenças crônicas e algumas vezes baixa escolaridade, tornando difícil assim a garantia de uma boa qualidade de saúde para ambos. (SANTOS; PAVARINI, 2010)

O baixo nível de escolaridade do acompanhante também é um fator que pode interferir na atenção e cuidados aos idosos, podendo influenciar negativamente no cuidado do idoso. Assim o cuidador pode desenvolver vários problemas como, por exemplo, no fornecimento adequado de alimentos ao idoso e a correta administração de medicamentos nos horários e quantidades prescritos. Fazendo com que os profissionais da área da saúde dediquem mais atenção ao idoso e também ao cuidador, para que assim possa ser prestado o melhor acompanhamento possível. (SANTOS; BORGES, 2015)

Segundo Marin e Angerami (2002) a falta de capacitação, de conhecimento e de prática por parte do cuidador é mais um problema frequente entre os cuidadores, fazendo com que muitas vezes, eles não observem e percebam alterações decorrentes do processo de envelhecimento, que pode assim desenvolver um

sentimento de insegurança no cuidador, sentimento de desorganização, até mesmo de irritação e falta de humanismo que prejudicam a assistência ao idoso. Conseqüentemente quem mais sofre com isso é o idoso que depende dos cuidados que não serão fornecidos adequadamente, prejudicando assim seu bem-estar. Portanto, é necessário o entendimento de que apenas alimentar o idoso na hora correta, dar banho e medicar, realizando apenas as tarefas rotineiras, não fazem dessa pessoa o profissional ideal para cuidar dos idosos, pois o desconhecimento do processo de adoecimento faz com que muitos desses cuidadores não compreendam as dificuldades enfrentadas por esses idosos, podendo assim dificultar a preservação da independência e autonomia destes, causando conflitos e desenvolvendo ansiedades e estresse tanto no idoso e também no cuidador. (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007)

Muitas alterações características de envelhecimento patológico como mudanças do humor, alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e também alterações de memorização podem ser percebidas todos os dias no processo do cuidar do idoso. Assim é extremamente essencial que o cuidador do idoso tenha satisfação no que faz e habilidade nesse trabalho, para que possa desenvolver a sensibilidade de percepção de pequenas mudanças que ocorrem no dia-a-dia e assim saber alertar a necessidade que o idoso apresenta de cuidados específicos ou até indicar a necessidade de profissionais especializados. Entretanto quando o cuidador não tem afinidade ou habilidade no cuidado do idoso dependente, as atividades se tornam exaustivas e estressantes, ficando assim o cuidador muito aquém da excelência (GARBIN; et al, 2010).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo.

Nesta pesquisa, um objeto de estudo foi determinado, as variáveis que participam e/ou interferem no processo foram identificadas, a existência (ou não) de relações de dependência entre as variáveis foi verificada, e, em outra etapa, analisamos a sua aplicabilidade prática, ou seja, de que modo esta pesquisa pode ser utilizada para interferir na realidade. Sendo assim, de acordo com Gil (2008), o presente estudo é uma pesquisa experimental, transversal e de caráter quantitativo.

4.2 Princípios Éticos

Todos os princípios éticos da Declaração de Helsinque foram seguidos na presente pesquisa. Foi preservada a confidencialidade das fontes de informações. Todos os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO 2) para participar do estudo. Portanto, foram respeitados todos os preceitos e orientações referentes à Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos conforme dispositivos presentes na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, a qual atualizou as diretrizes e normas regulamentadoras deste tema no país. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (5575-UFCG), conforme procedimentos da Plataforma Brasil e aprovado sem restrições conforme **Protocolo CAAE nº 45144215.3.0000.5575**.

4.3 Participantes

Os participantes foram escolhidos através de amostragem por conveniência, ou seja, os idosos podiam ser parentes, conhecidos, até aqueles que procuravam auxílio na Unidade Básica de Saúde, onde posteriormente era feita uma visita domiciliar para aplicação do questionário. Todos os idosos estudados eram residentes da cidade de Cajazeiras-PB. Participaram do estudo 20 pares de idoso-acompanhante. Para os idosos, a idade mínima foi estabelecida em 65 anos. Para os acompanhantes, um limite de idade não foi estabelecido, porém idosos acompanhados de seus cônjuges também com idade avançada e que eram o seu

acompanhante não participaram da pesquisa. Foram excluídos os idosos com doenças terminais, com demência grave, incapacidade de comunicação e aqueles que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os voluntários da pesquisa foram recrutados em residência própria, do idoso ou acompanhante. O processo de amostragem foi o de conveniência. A coleta dos dados foi realizada no período de 1 de outubro de 2015 a 15 de outubro de 2015.

4.4 Instrumentos de Pesquisa

Os instrumentos utilizados (ANEXO 1) foram um questionário para dados sociodemográficos do idoso, o Miniexame de Estado Mental (MEEM) para a avaliação do déficit cognitivo, a Escala de Barthel, para avaliação da funcionalidade e a Escala de Depressão Abreviada de Zung, para avaliar o estado emocional.

O questionário para dados sociodemográficos caracterizou a população estudada através das seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, ocupação, e uso de medicamentos. Essas informações são fundamentais para a compreensão do estado geral do idoso e complementação dos outros instrumentos de avaliação (SANTOS et al., 2010).

4.4.1 Mini Exame do Estado Mental

O MEEM é um instrumento que avalia as funções cognitivas. É composto por questões agrupadas, de acordo com as funções cognitivas: orientação temporal e espacial, registro de memória de fixação, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e praxia construtiva. A pontuação total deste escore varia de 0 a 30 pontos. Para o rastreio do estado cognitivo em idosos deve-se adequar o ponto de corte à escolaridade, conforme as "Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil" (BRUCKI et al., 2003). Desse modo, foram adotados 20 e 25 como pontos de corte para não- letrados e alfabetizados, respectivamente (SANTOS et al., 2010).

4.4.2 Escala de Barthel

Mahoney e Barthel (1965) criaram um instrumento (Escala de Barthel) que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: 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. A escala varia de 0 – 100 pontos, onde zero, significa dependência total para todas as atividades de vida diária (AVD) e 100 equivale a independência total para as mesmas AVD's. O ponto de corte, entre dependência e independência, seria de acordo com Sulter, Steen e Keyser (1999), de 60 pontos, pois nesse caso o idoso com esta pontuação ou mais seria independente para cuidados pessoais essenciais como deslocar-se sem auxílio, comer, asseio pessoal e controle de esfínteres, e com valores iguais ou superiores a 85, os indivíduos são habitualmente independentes necessitando apenas de uma assistência mínima.

4.4.3 Escala Abraviada de Zung

O estado emocional dos idosos foi avaliado pela Escala Abreviada de Zung. Surgiu nos Estados Unidos, desenvolvida por Zung (1965; 1972), que impulsionaram a melhora da qualidade dos diagnósticos, como também maior fidedignidade no acompanhamento clínico dos idosos com suspeita de depressão. A versão abreviada, validada por Díaz e colaboradores (2005), apresenta apenas 10 perguntas. Cada item da escala apresenta quatro alternativas que são pontuadas de 1 a 4 pontos, representando respectivamente, poucas vezes, algumas vezes, bastante vezes, quase sempre. De um total de 40 pontos possíveis, considera-se os escores abaixo de 22 = ausência de depressão, de 23 a 35 = depressão moderada; acima de 35 = depressão grave.

4.5 Procedimento Experimental

A realização do estudo se deu no domicílio do idoso e/ou acompanhante. A pesquisa iniciou com uma simples pergunta feita ao acompanhante do idoso. Vale a pena ressaltar que este acompanhante no momento da pesquisa não era necessariamente o cuidador direto desse idoso, mas poderia ser algum membro da família que tinha contato direto e constante com o mesmo. A pergunta feita era:

“Como é o estado geral do idoso?” ou “Como você acha que o idoso está: ruim, regular, bom ou ótimo?”

Essa pergunta era realizada para o acompanhante sem que o idoso estivesse presente. Após a resposta, que era conceitual (ruim, regular, bom ou ótimo), uma pontuação foi diretamente associada, sendo ruim = 0; regular = 1; bom = 2 e ótimo = 3. Portanto, a percepção do estado geral do idoso pelo acompanhante foi devidamente quantificada.

O próximo passo foi aplicar os instrumentos de avaliação do estado cognitivo (MEEM), da independência funcional (Escala de Barthel) e do estado emocional (Escala Abreviada de Zung) no idoso. A sequência de aplicação desses instrumentos foi aleatória e o tempo de aplicação dependia, obviamente, do estado geral do entrevistado. Os instrumentos foram respondidos exclusivamente pelos idosos e sem a interferência do acompanhante.

4.6 Análise dos Dados

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, obtivemos os dados quantitativos para a percepção do acompanhante sobre o estado geral do idoso e também para o nível cognitivo, o nível de independência e o nível de depressão do idoso.

Esses dados foram tabulados no software Microsoft Office Excel 2007 para ambiente Windows. A análise estatística foi realizada para verificar a intensidade de relação entre as seguintes variáveis: *percepção do acompanhante (PA)*; *nível cognitivo (NC)*; *independência funcional (IF)* e *estado emocional (EE)*.

Foi utilizado o software Statistica 7.0 da Statsoft para ambiente Windows. Realizamos uma medida de associação de variáveis, calculando o coeficiente de correlação de Spearman. Esse coeficiente, o ρ de Spearman, mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Usa, em vez do valor observado, apenas a ordem das observações. Deste modo, este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, nem à presença de “outliers”, não exigindo portanto que os dados provenham de duas populações normais. O coeficiente ρ de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as variáveis variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão

associadas a categorias mais baixas da outra variável e vice e versa para o sinal positivo.

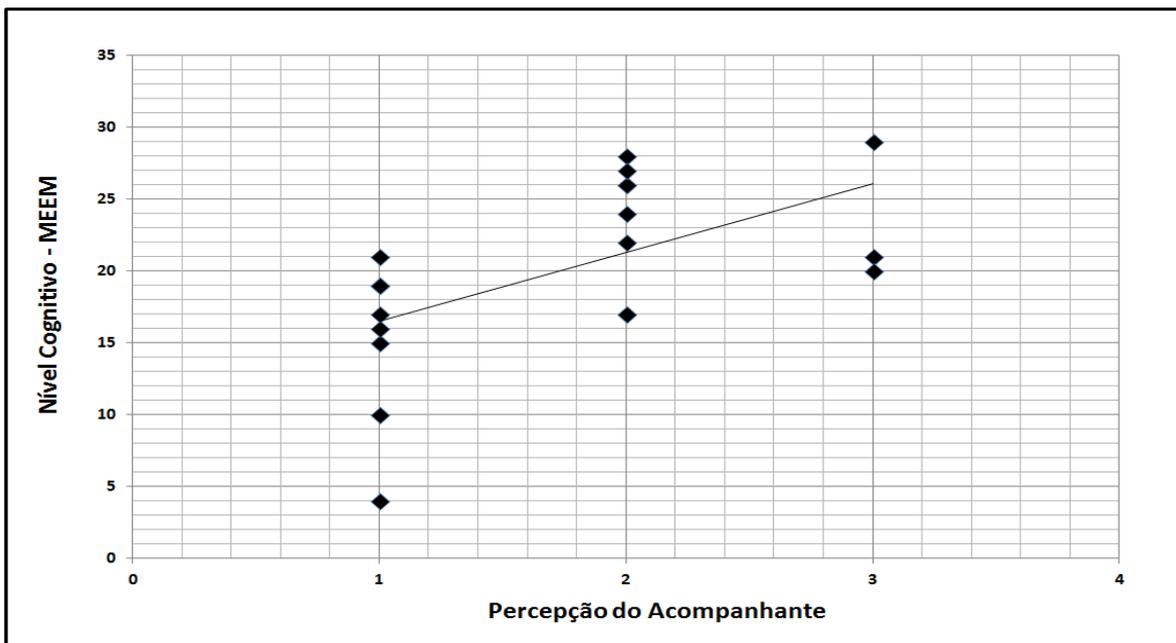
Foram consideradas significativas as associações com probabilidade menor que 5% ($p > 0.05$).

5 RESULTADOS

Os dados sociodemográficos informam que dos 20 idosos participantes da pesquisa 4 (20%) eram homens, com média de idade de 76,75 anos ($\pm 5,9$) e 16 (80%) eram mulheres, com média de idade de 73,62 anos ($\pm 5,6$). Dentre todos os idosos ($n=20$), 45% eram analfabetos, 45% apresentava o primeiro grau incompleto e 10% apresentavam nível superior completo.

Os resultados mostram que houve correlação significativa entre duas situações específicas. Houve uma forte correlação positiva e significativa entre a variável percepção do acompanhante e nível cognitivo (ρ Spearman = 0.65; $p > 0,001$). Essa correlação positiva significa que quanto maior é a pontuação atribuída ao idoso pelo acompanhante, maior será o nível cognitivo desse idoso avaliado pelo MEEM (Gráfico 1).

Gráfico 1: Correlação positiva entre a percepção do acompanhante e o nível cognitivo do idoso. Acima de 20 pontos no MEEM, considera-se bom nível cognitivo.



Houve também uma correlação positiva e significativa entre a independência funcional e o nível cognitivo (ρ Spearman = 0.45; $p > 0,046$). Sendo assim, quanto maior é a independência funcional do idoso avaliada pela Escala de Barthel, maior

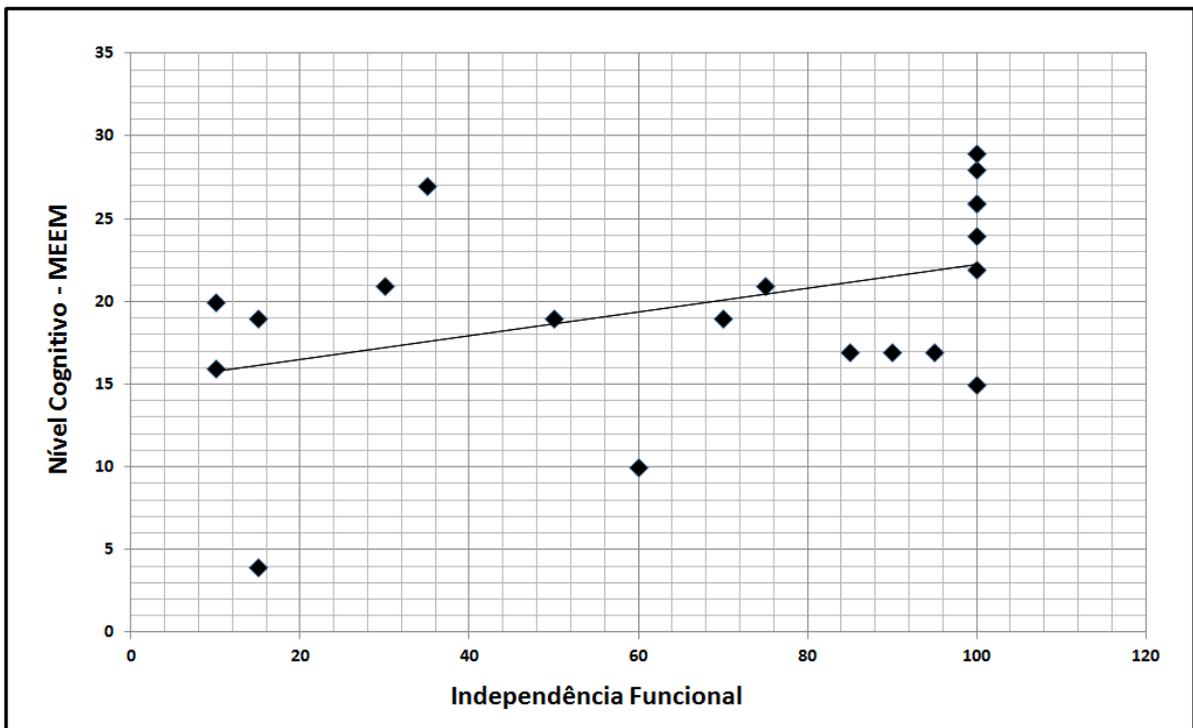
será o nível cognitivo desse idoso avaliado pelo MEEM (figura 2). Nenhuma outra correlação significativa entre as outras variáveis foi encontrada (Tabela 1).

Tabela 1: Quadro da correlação entre as variáveis

	Amostra	ρ Spearman	t(N-2)	Significância (p)
PA & IF	20	0,370821	1,69404	0,107491
PA & EE	20	-0,266947	-1,17521	0,255224
PA & NC	20	0,653256	3,66054	0,001789
IF & EE	20	0,107780	0,45995	0,651059
IF & NC	20	0,450695	2,14202	0,046118
EE & NC	20	-0,025787	-0,10944	0,914064

PA: Percepção do Acompanhante; IF: Independência Funcional; EE: Estado Emocional; NC: Nível Cognitivo

Gráfico 2: Correlação positiva entre a independência funcional e o nível cognitivo do idoso. Acima de 20 pontos no MEEM, considera-se bom nível cognitivo e acima de 60 pontos na escala de Barthel (independência funcional) temos ótimo nível de independência.



6 DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde existem alterações funcionais, bioquímicas, morfológicas e/ou psicológicas que culminam na perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, tornando-o vulnerável à maior incidência de processos patológicos (CARVALHO FILHO e ALENCAR, 1994). Quando abordamos o processo de envelhecimento, que não é um processo homogêneo, observamos que cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma diferente e singular, pois devemos levar em consideração a história, aspectos estruturais de gênero, classe e etnia, educação, saúde e condições econômicas (MINAYO e COIMBRA JUNIOR, 2002).

A incapacidade funcional e a diminuição da autonomia são o principal problema que pode afetar os idosos, segundo Rosa e colaboradores (2003). A realização das atividades de vida diária, quando limitadas ou impossibilitadas de serem realizadas, podem levar os idosos a depender de outras pessoas. Essa dependência dos idosos pode ser ocasionada, principalmente, por enfermidades físicas, por doenças mentais ou ambas as condições (SANTOS et al., 2007).

Portanto, o presente estudo avalia a percepção do estado geral do idoso pelo acompanhante, verificando se quem vive próximo a este idoso o entende e percebe o seu estado físico, mental e emocional de forma adequada. A pesquisa foi conduzida com o intuito de comparar a avaliação feita pelo acompanhante sobre o estado geral do idoso com o resultado de três escalas validadas que quantificam diferentes aspectos da saúde do idoso, dentre eles, a independência funcional, o nível cognitivo e o estado emocional.

Segundo IBGE (2010), o último levantamento de senso realizado com a população brasileira demonstrou que a quantidade de idosos correspondia a 11,3% do total. O último índice de envelhecimento da população (número de pessoas residente de 60 anos ou mais de idade / número de pessoas residentes com menos de 15 anos de idade, multiplicado por 100) vem mostrando bastante alteração em comparação a períodos passados, indicando um aumento de mais de 40% entre os anos de 2001 e 2009. (INDO10104, 2012).

Pilger e seus colaboradores (2011), Barbosa e Oliveira (2012) e Almeida e Crocco (2000) demonstraram em seus estudos sociodemográfico que a porcentagem de mulheres idosas era maior do que a de homens, chegando a

representar cerca de 64,4%, 54% e 60%, respectivamente. Silva e colaboradores (2006), Torres e colaboradores (2009), também retrataram essa mesma perspectiva de um maior número de mulheres idosas do que homens, o que reafirma os resultados encontrados no nosso estudo em que houve uma presença de 80% de mulheres idosas em uma amostra de conveniência. Essa maior porcentagem é atribuída ao fato da população feminina expor-se menos a situações de risco do que a masculina, bem como, tem maior cobertura assistencial à saúde. (Pilger, et al 2011)

Os dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (PNAD) revelam que no Brasil o percentual de pessoas analfabetas com 65 anos ou mais é de 29,4%. (PNAD, 2010). Número bastante inferior com o que encontramos em nossa pesquisa, que foi de 45%. O motivo para essa diferença pode-se encontrar no fato da pesquisa ter sido realizada na Região Nordeste, em que segundo Lima-Costa e colaboradores (2011), existe uma diferença maior do que 15% no analfabetismo em relação a regiões como Sul e Suldeste.

Em seu estudo, Veras (2009) observou uma prevalência de 41,8 % das mulheres idosas eram analfabetas, dentre as quais 50% sabia escrever e reconhecer seu próprio nome. Observou ainda que a porcentagem de idoso com nível superior era de 1,4%. Barbosa e Oliveira (2012) e Almeida e Crocco (2000), apresentaram índices de analfabetismo de 32% e 23,3%, respectivamente. Em nosso estudo, observamos prevalências muito parecidas, com 43,75% das mulheres idosas sendo analfabetas, sendo que 85% sabiam escrever e reconhecer seu nome, e 1% dos idosos com nível superior completo. Isso nos remete o porquê do aumento no número de programas educacionais do governo voltado para a população idosa, pois o aumento da escolaridade reflete preferencialmente na vida social, econômica e na busca de melhores condições em saúde, melhorando assim a qualidade de vida. (INOUE; PEDRAZZANI, 2007)

Ino10103 (2012), traz uma prevalência de uma população idosa com até 7 anos de escolaridade de apenas 30%, representando assim, comparado aos outros grupos de faixa etária, uma baixa escolaridade. Em nosso estudo, observamos uma porcentagem maior, de 45%, que tinham até 7 anos de escolaridade, o que se mostra um bom resultado de idosos com melhor escolaridade, comparado à outras faixas etárias.

Segundo Pruchno, Burant e Peters (1997), deve-se observar que real estado do acompanhante pode levar à discordância na percepção dele sobre o idoso, pois cuidadores cansados ou deprimidos podem perceber erroneamente o idoso, que seria cuidado como um indivíduo mais ou menos debilitado do que de fato é.

No presente trabalho, não avaliamos o cuidador especificamente, mas estendemos a percepção do estado geral do idoso a qualquer acompanhante ou pessoa que tenha um contato direto e constante com ele. A proposta da pesquisa é verificar se o idoso tem seu estado cognitivo, funcional e emocional adequadamente percebido por quem vive com ele e não somente por quem é responsável pelo cuidado direto desse idoso.

Nossos resultados mostram claramente que o nível cognitivo do idoso (avaliado pelo MEEM) é adequadamente percebido pelos acompanhantes, visto que existiu uma correlação positiva e significativa dessas variáveis. Indicando que, quanto melhor é a avaliação do acompanhante, melhor é a pontuação no MEEM e conseqüentemente melhor é o nível cognitivo do idoso. Esse resultado corrobora os achados de Santos e colaboradores (2012), que desenvolveram um estudo para caracterizar os cuidadores de idosos que apresentavam déficits cognitivos e se encontravam num contexto de vulnerabilidade social. Santos e colaboradores observaram que o nível cognitivo do idoso era adequadamente percebido pelos cuidadores e estava diretamente relacionado com a situação de vulnerabilidade dentro do seio familiar.

Porém, a ausência de correlação significativa entre a percepção do acompanhante e a independência funcional do idoso, evidencia que esse acompanhante avalia mal a capacidade de execução das atividades de vida diária pelo idoso. Ou seja, o acompanhante não percebe e/ou não leva em consideração a independência funcional do idoso. Essa percepção inadequada das capacidades funcionais do idoso faz com que o acompanhante exponha inadvertidamente o idoso a riscos desnecessários. Por exemplo, a falta de conhecimento sobre a capacidade de realizar diversas atividades cotidianas (subir escada ou tomar banho) pode aumentar o risco de quedas. Esse resultado contradiz os achados de Ricci e colaboradores (2005). No seu estudo Ricci e colaboradores (2005) demonstraram uma boa correlação da percepção do cuidador sobre as capacidades funcionais dos idosos. Essa diferença pode ter ocorrido por nosso estudo utilizar uma única escala de aferição da independência funcional (Escala de Barthel), diferentemente do

estudo de Ricci (2005), que utiliza mais de uma escala e também leva em consideração a percepção do profissional.

A pesquisa também observou que existe uma ausência de correlação significativa entre a percepção do acompanhante e o estado emocional do idoso. Ou seja, para avaliar o idoso, o estado emocional dele foi negligenciado e/ou não percebido. O tratamento do idoso depressivo está baseado em ações de caráter medicamentoso, psicoterápico e de mudanças do padrão de vida. Porém, é extremamente necessário que o acompanhante saiba perceber essas alterações emocionais para que possa solicitar e/ou encaminhar o idoso a um serviço de tratamento adequado. Segundo Andrade e colaboradores (2005), a desesperança, a sensação de inutilidade, alterações de sono e déficit de lazer são os principais sintomas relacionados a estados depressivos em idosos. Assim torna-se necessário uma percepção adequada dessas condições pelo acompanhante, com intuito de melhorar a qualidade de vida do idoso.

Trentini e colaboradores (2006), em seu estudo, demonstraram que existia uma proporcionalidade da relação entre má qualidade de vida e depressão, relatando ainda que quanto mais grave era a depressão do idoso, maior era a percepção desse problema pelo cuidador. Esses resultados são diferentes dos achados do presente estudo. Essas diferenças encontradas podem ser devido à metodologia utilizada pelos pesquisadores. É importante ressaltar que no presente trabalho nós não investigamos a percepção do cuidador propriamente dito, mas sim de qualquer acompanhante ou pessoa que tinha um contato direto com o idoso.

Houve, no presente estudo, uma correlação significativa entre o nível de independência funcional e o nível cognitivo do idoso. Esse resultado mostra claramente que idosos com maior independência funcional apresentam um nível cognitivo melhor. Talmelli e colaboradores (2010), investigando idosos com Alzheimer, também observaram essa correlação entre a capacidade funcional do idoso e seu estado cognitivo. Porém, não foi observada nenhuma correlação entre a independência funcional e o estado emocional e nem entre o estado emocional e o nível cognitivo. Essas ausências de correlação mostram que o estado emocional do idoso não depende da sua capacidade funcional e nem do nível cognitivo. Ou seja, o idoso pode ser independente funcionalmente e ter um bom nível cognitivo, mas sofrer de depressão.

7 CONCLUSÃO

Os resultados discutidos mostram que o estado geral do idoso não é percebido adequadamente pelo acompanhante. Dentro da perspectiva dos autores, o estado geral que representa a qualidade de vida dos idosos deve ser abordado de acordo com aspectos funcionais, cognitivos e emocionais. Essa tríade deve ser avaliada e percebida corretamente não só pelo acompanhante, mas também pelo profissional de saúde que aborda o idoso.

Existe na literatura uma ausência de estudos que abordem profundamente a percepção dessa tríade pelo acompanhante, avaliando se o idoso é notado adequadamente no meio que vive. Obviamente, se todos os aspectos que representam a qualidade de vida do idoso são monitorados, ocorrerá uma diminuição dos riscos e conseqüentemente uma diminuição da necessidade do idoso de acompanhamento com profissionais da saúde. Além disso, sugerimos uma maior qualidade de vida não só para o idoso, mas também para as pessoas que o cercam, tendo em vista que o meio em que se insere o idoso também é afetado pela presença de patologias e limitações das suas atividades diárias.

Concluimos que existe a necessidade de mais estudos que abordem o tema exposto para garantir o entendimento do idoso inserido no meio em que vive por parte das pessoas que o cercam e dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.P.; CROCCO, E.I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. **Arquivo Neuropsiquiátrico**. v. 58, n. 2, p. 292-299, 2000.
- ANDRADE, A.C.A.; et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 57-66, abr. 2005.
- ARGIMON, I.I.L.; STEIN, L.M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64-72, jan/fev. 2005.
- BARBOSA, A.M.; OLIVEIRA, C.L. Prevalência de quedas, fatores de risco e nível de atividade física em idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 57-70, jan./abr. 2012.
- BERCOVICH, A.M. Características regionais da população idosa no Brasil. **Revista Brasileira de Estatísticas Populacional**, Campinas, SP, v. 10, n. 1/2, 1993.
- BOWLING, A.; et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 56, n. 4, p. 269-306, 2003.
- BRUCKI, S.M.D.; et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo Neuro-Psiquiátrico**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, set., 2003.
- CARVALHO FILHO, E.T.; ALENCAR, Y.M.G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALEO NETO, **Manual de Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, p. 1-8, 1994.
- CECAGNO, S.; SOUZA, M. D.; JARDIM, V. M. R. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde doença. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, Maringá, v.26, n. 1, p. 107-112, 2004.
- DÍAZ, L.A.; et al. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. **Colombia Médica**, v.36, n.3, p. 168-172, jul/sep. 2005.
- 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 Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 29-35. 2011.
- FREITAS, M.C. **Efeito da idade e do gênero sobre os afetos em idosos: medicação da capacidade motora percebida ou da competência funcional percebida?**. 2014. 64f. Tese (Mestrado em Psicologia), Departamento de Psicologia, Escola de Saúde Sociais, Universidade de Évora, Évora, 2014.
- GARBIN, C.A.S.; et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n. 6, p. 2941-2948, 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004.

GIACOMIN, K.C.; et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan/fev 2005.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GORDILHO, A.; et al. **Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2000.

GORMAN, W.F.; CAMPBELL, C.D. Mental acuity of the normal elderly. **J. Okla. State. Med. Assoc.**, v. 88, n. 1, p. 119-123, 1995.

GUEDES, H.M.; et al. O olhar do idoso sobre o atendimento em Unidades Básicas de Saúde de Coronel Fabriciano-MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n.1, p. 75-80, 2012.

INDO10103 – Proporção de idosos na população, por ano, segundo região e escolaridade. Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. **CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ**, Rio de Janeiro. 2012. [acesso em 28 Jan 2016]. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind010103-20120130.pdf>>

INDO10104 – Índice de envelhecimento da população, por ano, segundo região e escolaridade. Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. **CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ**, Rio de Janeiro. 2012. [acesso em 28 Jan 2016]. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind010104-20120130.pdf>>

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 742-747, 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. **Censo: informações das cidades**, Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

_____. [homepage na Internet]. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIS [acesso em 2016 Jan 28]. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

LIMA-COSTA, M.F.; et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 19, p. 3689-3696, set., 2011.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-790, 2006.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, v. 14, n. 1, p. 61-65, 1965.

MARIN, M.J.S.; ANGERAMI, E.L.S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP, v. 36, n. 1, p. 33-41, 2002.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. Necessidades de Educação em Saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-262, abr/jun. 2007.

MINAYO, M.C.S; COIMBRA JUNIOR, C.E.A. Entre a liberdade e dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.11-24, 2002.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009**. 2010. [acesso 28 Jan 2016]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/comentarios2009.pdf>>

PILGER, C.; et al. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set-out. 2011.

PIOVESAN, A.C.; PIVETA. H.M.F.; PEIXOTO, J.M.B. Fatores que Predispõem a Quedas em Idosos residentes na Região Oeste de Santa Maria, RS. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 75-83, 2011.

PRUCHNO, R. A.; BURANT, C. J.; PETERS, N. D. Understanding the wellbeing of care receivers. **The Gerontologist**, v. 37, n. 1, p. 102-109, 1997.

RAMOS, L.R. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: RAMOS, L.R., TONIOLO NETO, J. (Coord.). **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri, SP: Manole; 2005 p.1-7.

RICCI, N.A.; et al. Concordância de Observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.4, p. 655:662, 2005.

RITCHIE, K.; TOUCHON, J. Establishing the limits and characteristics of normal age-related cognitive decline. **La Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v. 45, n. 5, p. 373-381, 1997.

ROCHA, J.P.; KLEIN, O.J.; PASQUALOTTI, A. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 115-128, 2014.

ROSA, T.E.C.; et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev., 2003.

SANTOS, S.R.; et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, dec., 2002.

SANTOS, K.A.; et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-2788, nov., 2007.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 1, p. 115-122, mar. 2010.

SANTOS, C.S.; et al. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 406-412, 2010.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1141-1147, oct., 2012.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Revista de Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p. 820-828, set/dez. 2013.

SANTOS, M.D.; BORGES, S.M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339-349, 2015.

SCHAIE, K.W.; WILLIS, S.L. Psychometric intelligence and aging. In: BLANCHARD-FIEDS, E.; HESS, T.M. (edit.). **Perspectives on cognitive change in adulthood and aging**. New York: McGraw Hill, 1996. p. 293-322.

SILVA, G.E.M.; et al. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em unidades de saúde da família no município de Limoeiro-Pe. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-87, jan/mar. 2014.

SILVA, M.J.; et al. A avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza- Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 14-20. 2006

SULTER, G.; STEEN, C.; KEYSER, J. **Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials**. *Stroke*. v. 30, n. 8, p. 1538-1541, 1999.

TALMELLI, L.F.S.; et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-939, dez., 2010.

TOLEDO, D.R.; BARELA, J.A. Diferenças sensoriais e motoras entre jovens e idosos: contribuição somatossensorial no controle postural. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 3, p. 267-275, jun. 2010.

TORRES, G.V.; et al. Características sociodemográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. **Revista Espaço Saúde**. v. 10, n. 2, p. 12-17.

TRENTINI, C.M.; et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador. **Estudos de Psicologia**, Natal-RN, v. 11, n. 2, p. 191-197, ago. 2006.

VELARDE, J.E.; AVILA, F.C. Methods for quality of life assessment. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 4, p. 349-361, 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-554.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

ZUNG, W.W.K. A self rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, London, n. 12, p. 63-70, 1965.

_____. The depression status inventory: an adjunct to the self rating depression scale. **Journal of Clinical Psychology**, Canadá, v. 28, n. 1, p. 539-543, 1972.

ANEXOS

ANEXO 1 - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

<u>Nome do Paciente:</u>		
<u>Idade:</u>	<u>Sexo:</u>	<u>Escolaridade:</u>
<u>Ocupação:</u>		
<u>Morbidades:</u>		
<u>Medicações em uso:</u>		
Grau de Parentesco		

RESULTADOS

<u>Conceito do Acompanhante:</u>	
<u>Índice de Barthel:</u>	
<u>Escala de Zung:</u>	
<u>Tarefa de Declínio Cognitivo:</u>	
<u>Mini Mental:</u>	

QUESTIONÁRIO DO ACOMPANHANTE

1 – Como você acha que ele(a) está? ou Qual o estado geral dele(a)?

Ruim () / Regular () / Bom () / Ótimo ()

ESCALA DE BARTHEL

ATIVIDA	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	

<p>ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear</p>	
<p>VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)</p>	
<p>INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente</p>	
<p>SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente</p>	
<p>USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	

ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	
TOTAL	

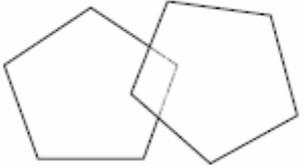
ESCALA DE DEPRESSÃO ABREVIADA DE ZUNG

<u>Período/Características</u>		<u>Nunca</u>	<u>Algu mas Vezes</u>	<u>Boa Parte do Temp o</u>	<u>Sempr e</u>	<u>Tota l</u>
1	Sente-se triste?	1	2	3	4	
2	Tem dificuldade de dormir a noite?	1	2	3	4	
3	Sente-se melhor pela manhã?	4	3	2	1	
4	Alimenta-se como sempre?	4	3	2	1	
5	Fica cansado sem razão?	1	2	3	4	
6	Acha difícil tomar decisões	1	2	3	4	
7	Sente-se com esperança acerca do futuro?	4	3	2	1	
8	Sente-se útil e necessário?	4	3	2	1	
9	Sua vida é vazia?	1	2	3	4	
10	Ainda tem prazer em fazer o que fazia?	4	3	2	1	
<u>TOTAL</u>						

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1

. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos? (consultório, enfermaria, andar)		1
. Qual é o nome deste lugar? (hospital)		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, pois depois você terá que repeti-las novamente. (dê 1 ponto para cada palavra) Use palavras não relacionadas.		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (Considere somente se a repetição for perfeita)		1
COMANDO		
Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHÉ OS OLHOS. E peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são		1

considerados erros gramaticais ou ortográficos)		
CÓPIA DO DESENHO		
<p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.</p> 		1
TOTAL		

FRASE:

ANEXOS 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa sobre ESTADO EMOCIONAL E COGNITIVO e sua participação não é obrigatória.
2. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
3. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
4. Os objetivos deste estudo são DE VERIFICAR COMO O ACOMPANHANTE PERCEBE O ESTADO EMOCIONAL E COGNITIVO DE IDOSOS E COMPARAR COM OS RESULTADOS DE AVALIAÇÕES FEITAS ATRAVÉS DE MÉTODOS VALIDADOS
5. Sua participação nesta pesquisa consistirá em RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS DE QUESTIONÁRIOS.
6. Os riscos relacionados com sua participação estão relacionados com a quebra de sigilo dos dados constrangimento.
7. Os benefícios relacionados com a sua participação são RELACIONADOS COM O DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO PARA AS CIÊNCIAS DA SAÚDE.
8. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
9. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

Coordenador do Projeto:

Dr. Allan Pablo do Nascimento lameira

Contato: (83) 8132-1099 – allanpablolameira@gmail.com

Endereço:

Universidade Federal de campina Grande – UFCG

Centro de Formação de Professores – CFP

Unidade Acadêmica Ciências da Vida

Laboratório de Anatomia Humana

Cajazeiras – Paraíba

Essa pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Formação de Professores – Cajazeiras, Paraíba. Contato (83) 3252-2074.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa (acompanhante)

Sujeito da pesquisa (Idoso)