

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS
Departamento de Enfermagem

JULIANA GRACIELLE RODRIGUES

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NO PARANOÁ,
DISTRITO FEDERAL EM RELAÇÃO AOS DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E ESTADO
FUNCIONAL E MENTAL**

Brasília - DF

2015

JULIANA GRACIELLE RODRIGUES

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NO PARANOÁ,
DISTRITO FEDERAL EM RELAÇÃO AOS DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E ESTADO
FUNCIONAL E MENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ciências da Saúde como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof^o. Dra. Andrea Mathes Faustino

Brasília – DF

2015

JULIANA GRACIELLE RODRIGUES

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL EM
RELAÇÃO AOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E ESTADO
FUNCIONAL E MENTAL**

Brasília, ___/___/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Andréa Mathes Faustino

Faculdade de Ciências da Saúde / Departamento de Enfermagem

Universidade de Brasília-UnB

Orientadora

Prof.^aMs. Carla Targino Bruno dos Santos

Faculdade de Ciências da Saúde / Departamento de Enfermagem

Universidade de Brasília-UnB

Membro da Banca

Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz

Faculdade de Ciências da Saúde / Departamento de Enfermagem

Universidade de Brasília-UnB

Membro da Banca

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento de encerrar mais uma etapa e para que eu chegasse nela muitas outras foram concluídas. Neste percurso contei com o apoio de muitas pessoas, e é a elas que dedico este trabalho.

Aos meus avós agradeço o apoio, a oportunidade da convivência e amor transmitido da forma mais simples e pura que se pode ter. Obrigada pelas dicas de como envelhecer bem, e por me ensinarem a enxergar o envelhecimento da melhor forma possível.

Os meus amados pais que sem dúvidas escolhi como meus mentores nesta vida, e que trago sempre em meu coração. Obrigada pelo apoio, por acreditarem comigo, por julgar nos momentos corretos, por contribuírem em minha formação, por me ajudarem a ser um ser humano melhor.

Ao meu querido Cacau, amigo, namorado, namorido enfim, ao companheiro mais parceiro que eu poderia ter ao meu lado. Agradeço-lhe também pelo apoio em todas as suas formas, pela paciência, ternura, cobranças, rigidez todas elas fizeram parte deste processo, mas agradeço principalmente ao amor que tem norteado todo nosso caminho.

Aproveito para agradecer meus sogros que são parte desta construção e que sempre estiveram de portas abertas me apoiando e contribuindo para que este momento chegasse.

À Universidade de Brasília, aos meus mestres e especialmente a Professora Andréa que dedicou muitas horas de sua vida para me orientar não apenas neste trabalho, mas no decorrer de todo curso. Desejo-lhe o que de melhor a vida puder dar, pois sei que os frutos que colhemos são os que plantamos durante ela. Obrigada pelas oportunidades e por acreditar que eu poderia ir mais adiante.

Agradeço à equipe de saúde do Centro de Saúde nº1 do Paranoá, Distrito Federal, em especial a enfermeira Sandra Helena de Sousa pelo apoio durante o período da coleta de dados. Aos colegas que estiveram comigo durante a coleta de dados e a Liga de Geriatria e Gerontologia que muito contribuiu em minha formação.

Agradeço a todos os idosos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho. E a todos os outros que fizeram e fazem parte do meu processo de entender o envelhecimento: Arací-dindinha (bisavó), Benedito - Majó, Naura...

Deus, muito obrigada por todos!

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
1.INTRODUÇÃO.....	3
1.1 Definição de envelhecimento e o processo de envelhecer.....	3
1.2 Epidemiologia dos declínios funcionais e cognitivos em idosos.....	3
1.3 Capacidade funcional e cognitiva nas pessoas idosas.....	4
2.OBJETIVOS.....	7
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	8
3.1 Tipo e local do estudo.....	8
3.2 Coleta de dados.....	8
3.3 Critérios de inclusão.....	8
3.4 Instrumentos e variáveis estudadas.....	9
3.5 Aspectos éticos.....	10
3.6 Análise de dados.....	11
4. RESULTADOS.....	12
4.1 Dados sociodemográficos, epidemiológicos e dos estados funcional e mental.....	12
4.2 Relação entre os dados sociodemográficos, epidemiológicos, estado mental e funcional.	15
4.3 Relações entre resultados dos testes avaliados.....	21
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
7. REFERÊNCIAS.....	27
8. ANEXOS.....	31
ANEXO 1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	31
ANEXO 2. FICHA DE CADASTRO DOS PACIENTES IDOSOS DO DISTRITO FEDERAL.....	33
ANEXO 3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ).....	35
ANEXO 4. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (LAWTON).....	36
ANEXO 5. MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	37

RESUMO

RODRIGUES, J.G. Caracterização de idosos residentes no Paranoá, Distrito Federal em relação aos dados sociodemográficos, epidemiológicos e estado funcional e mental. 2015. Número de folhas totais. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia). Orientadora: Profa. Dra. Andréa Mathes Faustino. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2015.

INTRODUÇÃO: A presença de doenças crônicas, bem como outras variáveis sociodemográficas podem influenciar no estado de saúde ou doença de pessoas idosas, ou seja, no estado funcional e mental. A capacidade funcional pode ser definida como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária. A capacidade cognitiva se relaciona com a manutenção dos aspectos de orientação pessoal, espacial, temporal e a capacidade de ter novos aprendizados. **OBJETIVOS:** Objetivo geral foi caracterizar os idosos do Paranoá, Distrito Federal (DF), em relação às situações sociodemográficas, epidemiológicas, cognitivas e funcionais. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de estudo transversal, descritivo, observacional que explorou fonte de dados secundária, de cadastro dos idosos no serviço de saúde, em um Centro de Saúde (CS) de atenção primária, em uma área metropolitana de Brasília, que no caso a região foi a do Paranoá, que frequentaram o serviço entre os anos de 2011 e 2012. Foram utilizadas informações contidas na ficha de cadastro do idoso do DF e os resultados dos testes sobre capacidade funcional de Katz e Lawton, e avaliação cognitiva do Mini Exame do Estado Mental. **RESULTADOS:** A amostra final foi composta por 39 registros de idosos, tendo 72 anos de média de idade, 69% eram naturais da região nordeste, 67% do sexo feminino, 51% se autodeclararam da cor branca, 46% eram casados e 44% frequentaram a escola de 1 a 4 anos. O problema de saúde mais referido foi a hipertensão arterial (85%) seguido de doença osteoarticular (28%). Em relação a capacidade funcional 79% eram independentes para as atividades básicas e para as atividades instrumentais 51 % possuíam dependência parcial. Quanto ao estado mental em todos os níveis de escolaridade a média dos resultados ficou abaixo do esperado em relação ao escore mediano mínimo exigido pelo teste. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados podem favorecer na elaboração de programas voltados para a manutenção da capacidade funcional e cognitiva e intervenções em quesitos sociais que porventura sejam possíveis de modificar, pois trouxe alguns

aspectos, apesar da pequena amostra, um retrato da população de idosos de uma região metropolitana de Brasília.

Descritores: cognição; serviço de saúde para idosos; envelhecimento; perfil de saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Definição de envelhecimento e o processo de envelhecer

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006).

O envelhecimento, como o próprio nome nos remete à uma ação, um processo contínuo vivenciado individualmente de forma diversificada e nesse processo capacidades físicas e mentais sofrem alterações que acabam interferindo na realização de atividades cotidianas. Estudos trazem como a principal característica do envelhecimento saudável a capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade. Não sendo sinônimo de adoecer como é encontrado em alguns discursos, envelhecer pode ser visto como ter que reaprender a realizar atividades com algumas limitações advindas dos desgastes celulares em decorrência do tempo. Estas limitações são em grande parte dos casos relacionadas a comprometimentos físicos e mentais, não raras às vezes associados fatores epidemiológicos e socioeconômicos (CUPERTINO, 2007; DEL DUCA, 2009).

As variáveis epidemiológicas que culminam na geração de morbidades geralmente trazem como consequências doenças crônicas. As doenças crônicas no idoso associadas às alterações próprias do envelhecimento muitas vezes são acompanhadas de um fator não incomum nesta fase, que são relacionadas a conjuntura na qual o indivíduo estava inserido como: saída do mercado de trabalho, diminuição da participação em grupos sociais, abandono, viuvez, entre outros que mais a frente serão evidenciados. Tais condições começam a comprometer de forma significativa, a qualidade de vida do idoso, gerando o que se denomina de processo incapacitante, ou seja, processo pelo qual uma determinada condição (aguda ou crônica) afeta a funcionalidade dos idosos (BRASIL, 2006).

1.2 Epidemiologia dos declínios funcionais e cognitivos em idosos

Alguns estudos epidemiológicos quando avaliaram a relação do declínio cognitivo com a escolaridade observaram que os idosos com um ano de estudo ou menos apresentavam mais

chances de ter declínio cognitivo que os que têm de um a quatro anos de estudo (MACHADO, 2011). Outra pesquisa ainda trouxe uma forte relação entre aspectos sensoriais como a audição, a visão e a própria cognição, com o desempenho das atividades vida diária, os quais estariam associados a idade e ao próprio envelhecimento, bem como a aspectos que afetariam diretamente os domínios físicos e mentais (GIRO, 2013).

Outro fator que contribui para o declínio cognitivo é a solidão, ela pode estar associada a vários desfechos na vida do idoso e este por sua vez gerar comprometimentos fisiológicos e patológicos que acabariam por interferir na realização de atividades cotidianas (PERISSINOTTO, 2012). Em vista desses declínios alguns estudos trazem a atividade física como um fator que colabora para retardar as possibilidades de perdas funcionais e cognitivas, pois trabalha com aspectos de elaboração e execução de atividades (CATILLO, 2014).

Diante disso é possível identificar que somados ao envelhecimento celular, muitos outros fatores comprometem o desempenho das funções físicas e mentais que habitualmente o indivíduo possuía. O que poderia ser um fator protetivo para o idoso é a realização de atividade física. Geralmente a atividade física é um hábito que se adquire na fase adulta e este pode ser um fator que define se na velhice a pessoa irá ou não praticar exercícios. Em pesquisa realizada no ano de 2014, o IBGE apontou que 46% dos brasileiros não fazem atividade física e a Pesquisa Nacional de Saúde, mostrou que o número de pessoas que praticam atividade física tende a cair conforme a idade aumenta, e que apenas 13,6% das pessoas acima de 60 anos praticam alguma atividade. Além de trazer boas consequências para o organismo o exercício também é responsável por interações sociais (IBGE, 2014).

1.3 Capacidade funcional e cognitiva nas pessoas idosas

Existem diversas definições de capacidade funcional, todavia uma delas representou melhor a ideia que se pretende utilizar no presente estudo. A capacidade funcional pode ser definida como a eficiência do idoso em corresponder às demandas físicas do cotidiano, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária (JARVIS, 2011). É evidente a relação entre o pensar e o fazer, não há possibilidade de agir, realizar atividades cotidianas se não houver um planejamento mínimo para realização das mesmas e quando não se tem a prática do agir o planejar torna-se uma tarefa difícil.

A capacidade cognitiva se relaciona com a manutenção dos aspectos de orientação pessoal, espacial, temporal e a capacidade de ter novos aprendizados, assim avaliar as condições mentais implica em: observar a linguagem, o nível de consciência, a atividade intelectual, as qualidades da memória (imediate, fixação e de evocação), senso-percepção (sentidos básicos), afetividade e humor, pensamento, capacidade de adaptação a realidade, vontade, psicomotricidade e conduta na vida cotidiana (BARROS, 2006; MACHADO, 2007; MACHADO, 2011).

Estudos apontam que fatores sociodemográficos e epidemiológicos como: sexo, idade, escolaridade, renda, lazer, estado civil, doenças crônicas, deficiências, entre outros, interferem na capacidade funcional e cognitiva dos idosos. A saúde de um indivíduo resulta de condições biológicas, socioculturais, econômicas e psíquicas. Nesse sentido, é possível, visualizar em análises já existentes que há fatores protetivos capazes de atenuar ou prorrogar o declínio das funções funcionais e cognitivas deste público (APÓSTOLO, 2012; PEREIRA, 2012; TEIXEIRA, 2008).

Em termos de avaliação funcional em saúde, as atividades analisadas são conhecidas como Atividades de Vida Diárias (AVD's) e subdividem-se em: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) ,que estão relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, manter controle sobre as eliminações. E as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's) ,que indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive e inclui a capacidade de preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (DUARTE, 2007).

As avaliações podem ser definidas como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, verificando em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (DUARTE, 2007)

Atualmente existem vários instrumentos para avaliação da cognição, e um deles é o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Este é um instrumento de triagem e não de diagnóstico, recomendado pelo Ministério da Saúde e validado no Brasil como teste de rastreio, por meio de vários estudos na população brasileira. Possui boa consistência para a avaliação da função cognitiva

e rastreamento de quadros demenciais em idosos. Para avaliação funcional não é diferente, muitos instrumentos são utilizados para avaliação funcional em gerontologia. O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária desenvolvido por Sidney Katz e Lawton é, ainda, um dos instrumentos mais utilizados nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais (DUARTE, 2007; SANTOS, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- caracterizar os idosos do Paranoá, Distrito Federal, em relação às situações sociodemográficas, epidemiológicas, cognitivas e funcionais.

2.2 Específicos

- identificar as possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas, epidemiológicas, cognitivas e funcionais;

- verificar possíveis relações entre os testes de capacidade funcional e cognitiva para os idosos que apresentaram alteração nos escores.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de estudo transversal, descritivo, que explorou fonte de dados secundária, de cadastro dos idosos no serviço de saúde, em um Centro de Saúde (CS) de atenção primária, em uma área metropolitana de Brasília, que no caso a região foi a do Paranoá, que frequentaram o serviço entre os anos de 2011 e 2012.

O local escolhido é uma região metropolitana do Distrito Federal, denominada Paranoá, a qual teve sua fundação em 10 de dezembro de 1964, por meio da Lei nº 4.545. Nesse mesmo ano, iniciou-se a transferência e o assentamento definitivo do Paranoá. Localizado a 28 km de Brasília, o Paranoá ocupa uma área de 853,33 Km² e possui cerca de 60 mil habitantes, o que corresponde a 14,74% da população do Distrito Federal (LIMA, FAUSTINO, 2014).

3.2 Coleta de dados

A coleta dos dados foi extraída de uma fonte de dados secundária, isto é, de uma planilha de cadastro de idosos da Sala de Acolhimento ao Idoso (armazenados no programa Microsoft Excel), do Centro de Saúde nº 1 do Paranoá. Os dados para construção da planilha foram retirados da Ficha de Cadastro dos Pacientes Idosos do Distrito Federal (ANEXO 2) e dos escores dos testes de Lawton, Katz e Mini Exame do Estado Mental (MEEM), sendo que todos os instrumentos foram aplicados por alunos e docentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília – UnB, vinculados a Liga Acadêmica de Gerontologia e Geriatria da UnB e pelos profissionais de enfermagem do serviço entre os anos de 2011 e 2012.

3.3 Critérios de inclusão

Por se tratar de uma amostra de conveniência, ou seja, foram analisados os dados presentes no período disponível pelo serviço, os critérios de inclusão para o estudo, era ter todos os dados das variáveis preenchidos da forma mais completa possível durante o período de análise, ao contrário, não seriam incluídos na amostra final.

3.4 Instrumentos e variáveis estudadas

As variáveis analisadas em relação às questões epidemiológicas foram as respostas autodeclaradas dos idosos frente aos problemas de saúde, se possuíam ou não: diabetes, hipertensão, doenças ósteo articulares, doença pulmonar, demências, osteoporose, doenças cardíacas, problemas de visão, incontinência, problemas de audição, neoplasia, acidente vascular cerebral (AVC), fraturas de ossos e infarto, e hábitos de vida como: tabagismo, álcool, uso de medicações de forma contínua e as variáveis sociodemográficas foram consideradas as seguintes: participação em grupos, idade, naturalidade, sexo, cor, estado civil, grau de escolaridade, moradia, com quem mora, renda, atividade profissional, animais domésticos.

O Index de Katz (ANEXO 3) é um instrumento de medida das atividades básicas de vida diária (ABVD's) hierarquicamente relacionada e organizada para mensurar independência no desempenho de seis funções, são elas: “banhar-se” avaliação realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se; “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito; “ir ao banheiro” compreendendo o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas; “transferência” avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa; “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar e por fim a “alimentação” relacionada ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.

Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social. (DUARTE, 2007). O resultado do escore de Katz pode variar entre 6 a 18 pontos, em que 6 são idosos classificados como independentes; 7-8 é classificado como dependente parcial em 1 ou 2 atividades; e ≥ 9 dependente parcial para 3 ou mais atividades. Para fins de análise, foi utilizada a seguinte classificação para a interpretação das pontuações, onde eram dadas as seguintes opções de respostas: não recebe assistência nenhuma, 3 pontos; recebe assistência parcial, 2 pontos; e não executa a atividade, 1 ponto.

O índice de Lawton (ANEXO 4) usado na Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's), exploram um nível mais complexo de funcionalidade, descrevendo as atividades necessárias para a adaptação ao ambiente, dando ênfase às atividades com maior influência cognitiva. Esse instrumento é composto por oito atividades que permitem avaliar o grau de dependência e comprometimento nas AIVD's, são elas: cuidar da casa; lavar roupa; preparar

comida; ir às compras; utilizar telefone; utilizar transportes; gerir o dinheiro e medicações. Este instrumento permite avaliar o grau de dependência.

Para avaliação destas AIVD's a escala escolhida foi a de Lawton, que avalia o desempenho funcional em atividades mais complexas, como usar o telefone, ir a locais distantes usando algum tipo de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar roupas, tomar remédios corretamente e cuidar das finanças. Os escores podem variar entre 9 a 27 pontos, assim sendo foi considerada a classificação em relação ao nível de dependência como: ≤ 18 para idosos totalmente dependentes; o intervalo de 19 a 22 pontos para idosos parcialmente dependentes, considerando que o idoso precisaria pontuar em mais de 50% do teste com resposta "com ajuda parcial", e ≥ 23 pontos para idosos independentes (APÓSTOLO, 2012).

O MEEM (ANEXO 5) é composto por questões de diferentes aspectos avaliativos de funções cognitivas específicas, onde estão agrupadas em sete categorias: orientação para o tempo (5 pontos), orientação para o espaço (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação, lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). A escala varia de 0 a 30 pontos. Para fins de análise foi adotada a classificação de escores sugerida por BRUCKI quando o escore mediano mínimo obtido de acordo com a escolaridade deve ser atingido pelo idoso avaliado, quando não pode se considerar presença de comprometimento cognitivo: para analfabetos escore mediano mínimo de 20; para escolaridade entre 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29 (BRUCKI, ET AL; 2003).

3.5 Aspectos éticos

No presente estudo foram consideradas as orientações da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, sendo que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde (FEPECS) sob o protocolo nº059/2012 CEP/SES-DF (ANEXO 1), sendo parte inicial de uma outra pesquisa ampliada como forma de mapeamento da população, desenvolvida no mesmo local, e para o tipo de dado coletado houve a dispensa do TCLE neste primeiro momento, pois houve somente a manipulação de dados secundários, sem o contato direto com os idosos.

3.6 Análise de dados

Foram analisadas as relações entre as variáveis epidemiológicas, sociodemográficas com os resultados obtidos nos instrumentos anteriormente citados, dos idosos residentes nesta região do DF e cadastrados neste serviço. A análise dos dados, quantitativa, foi realizada por meio de distribuição e frequência absoluta e percentual, com a elaboração de tabelas, em uma planilha eletrônica que foi construída utilizando o programa *Excel* da suíte *Microsoft*.

4 RESULTADOS

4.1 Dados sociodemográficos, epidemiológicos e dos estados funcional e mental

A amostra final do estudo foi composta por 39 registros de idosos. A idade variou de 62 a 88 anos, sendo a idade média de 72 anos, desvio padrão (DP) de 7,50 e coeficiente de variância resultando (CV) em 10%, ou seja, em relação a média das idades os dados estão distribuídos de forma homogênea, pois quanto menor o CV mais homogeneidade eles apresentam.

Em relação a faixa etária, 44% estavam com a idade entre 60 e 70 anos, 69% eram naturais do nordeste e 67% do sexo feminino. Quanto a cor 51% se autodeclararam brancos, 46% eram casados, 44% frequentaram a escola de 1 a 4 anos (Tabela 1).

Na amostra estudada 90% dos idosos referiram morar acompanhados e 44% relataram ter como renda de 1 a 3 salários mínimos mensais. Entre as atividades profissionais a aposentadoria evidenciou-se como maior fonte de renda entre 69% destes idosos, quando avaliado o convívio social relacionado à participação em grupos, 72% respondeu que não frequentavam nenhum tipo de atividade e 36% possuíam animais de estimação em suas residências (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de dados sociodemográficos de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Variáveis	n	%
Faixa etária		
60-70 anos	17	44
71-80 anos	15	38
81-90 anos	7	18
Naturalidade (Estado)		
Norte	1	3
Nordeste	27	69
Centro-Oeste	3	8
Sudeste	8	21
Sexo		
Feminino	26	67
Masculino	13	33
Cor		
Preta	4	10
Parda	15	38
Branca	20	51
Estado Civil		

Solteiro(a)	4	10
Casado(a)	18	46
Viúvo(a)	11	28
Divorciado(a)	6	15
Anos de escolaridade		
0	15	38
1 a 4	17	44
5 a 8	4	10
9 a 11	3	8
Com quem mora		
Acompanhado(a)	35	90
Só(a)	3	8
Missing	1	3
Renda (salário mínimo)		
Até 1	16	41
De 1 a 3	17	44
Mais de 3	2	5
Sem renda	4	10
Atividade Profissional		
<i>Aposentados por:</i>		
Idade	14	36
Tempo de serviço	7	18
Incapacidade	4	10
Problemas de saúde	2	5
<i>Outros:</i>		
Autônomo(a)	1	3
Desempregado(a)	2	5
Empregado(a)	4	10
Pensionista	1	3
Prendas domésticas	2	5
Missing	2	5
Participa de Grupos		
Sim	11	28
Não	28	72
Possui Animais de estimação		
Sim	14	36
Não	24	62
Missing	1	3

Quanto a prevalência de problemas de saúde autodeclarados pelos idosos, os mais observados foram: hipertensão arterial em 85%, seguida de doença osteoarticular em 28%, problemas na visão como miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, glaucoma em 44%, deficiência auditiva ou perda auditiva em 23%, fraturas em 21%. Quanto aos hábitos de vida 87% faziam uso de medicações de forma contínua para tratamento de doenças, e apenas 15% declarou

fazem uso de bebida alcóolica de forma contínua e o hábito atual de fumar apareceu somente em 8% dos idosos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de dados epidemiológicos de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Variáveis	n	%
Hábitos de vida		
Uso de medicações contínuas	34	87
Alcoolismo	6	15
Tabagismo	3	8
Problemas de saúde autodeclarados		
Hipertensão	33	85
Problemas na Visão	17	44
Doenças osteo-articulares	11	28
Deficiência Auditiva	9	23
Fraturas ósseas	8	21
Diabetes	5	13
Doenças Cardíacas	5	13
Acidente Vascular Cerebral	4	10
Osteoporose	3	8
Doenças Pulmonares	2	5
Demência de Alzheimer	1	3
Doença de Parkinson	1	3
Incontinência	1	3
Infarto	0	0

Em relação a capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária, a maioria da amostra (79,5%) apresentou escore igual a seis o que significa, independência total para a realização de todas as atividades de autocuidado. Já para as atividades instrumentais, 51,3% dos idosos apresentaram dependência parcial para as atividades de maior complexidade, ou seja, em pelo menos uma ou mais atividade estes idosos necessitavam de algum tipo de ajuda (Tabela 3).

Tabela 3. Índices da capacidade funcional de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Atividades de Vida Diária	Homens	Mulheres	Total
Capacidade Funcional	n (%)	n(%)	n(%)

Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)

Independente (score =6)	13 (33,35)	18 (46,15)	31(79,5)
Dependente parcial para 1 ou 2 atividades (score de 7-8)	0 (0,0)	5 (12,8)	5 (12,8)
Dependente parcial para 3 ou mais atividades (score \geq 9)	0 (0,0)	3 (7,7)	3 (7,7)
Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton)			
Independente (score =27)	8 (20,5)	8 (20,5)	16 (41,0)
Dependente parcial (score entre 26-18)	5 (12,8)	15 (38,5)	20 (51,3)
Dependente total (score <18)	0 (0,0)	3 (7,7)	3 (7,7)

Quando analisamos segundo o sexo, as mulheres apresentaram mais dependência nos vários níveis de atividades, por estarem distribuídas em todos os escores, para os dois testes, e para os homens houve maior concentração de escores finais nos níveis de independência ou dependência parcial (Tabela 3).

Tabela 4. Distribuição de idosos quanto à escolaridade em anos e a média dos escores e os máximos e mínimos do MEEM (n=39).

Escolaridade em anos	n (%)	Média do MEEM	Escore Mínimo MEEM	Escore Máximo MEEM
Analfabetos	15 (38,5)	18,86	11	27
1- 4	17 (43,6)	23,05	17	30
5-8	4 (10,2)	23,5	21	26
9-11	3 (7,7)	28	27	30

Quanto aos escores do teste Mini-mental, em todos os níveis de escolaridade a média dos resultados ficou abaixo do esperado em relação ao escore mediano mínimo exigido pelo teste (BRUCKI et al 2003), ficando de 1 a 2 pontos abaixo do escore em todas as faixas de escolaridade, somente para os idosos com 9 a 11 anos de escolaridade é que a pontuação média correspondeu ao esperado normal do teste, ou seja, o restante neste teste de triagem possui alguma alteração que precisa ser investigada em relação a alterações mentais ou cognitivas.

4.2 Relação entre os dados sociodemográficos, epidemiológicos, estado mental e funcional

Quanto à relação entre os escores do MEEM e as características sócio-demográficas dos idosos pertencentes à amostra foi observado que em relação a variável sexo, segundo as faixas de escolaridade as mulheres tiveram um desempenho ruim no teste quando possuíam de 1 a 4 anos de

escolaridade, pois ficaram abaixo do escore desejável (28,3%) e já para o homens idosos nesta mesma faixa de escolaridade a maioria teve um desempenho melhor (7,7%) (Tabela 5).

Em relação ao estado civil pode-se observar que entre os viúvos, os que não possuíam instrução ou os que apenas possuíam de 1 a 4 anos de escolaridade foram os que tiveram pior desempenho nos resultados do MEEM, o que foi melhor entre os casados e os divorciados, pois há uma maior concentração de idosos entre os resultados de melhor desempenho para estes idosos (Tabela 5).

Para os idosos que participavam de grupo ou não, não houve diferenças em relação aos resultados do teste mental, para a escolaridade de 1 a 4 anos, naqueles que tiveram pior desempenho, pois a distribuição foi a mesma do número de idosos. Mas aqueles que não participavam de grupo, nesta faixa de escolaridade foram prevalentes do que aqueles que participavam (Tabela 5).

Quanto a cor, a distribuição do resultado do teste para idosos de cor branca foi a mesma, entre as faixas de escolaridade, contudo na cor parda (10,2%) entre a faixa de escolaridade entre 1 a 4 anos, a maioria dos idosos tiveram desempenho abaixo do esperado para o teste (Tabela 5).

Em relação a renda do idoso, mesmo observando pela faixa de escolaridade e o aumento da renda, não há diferenças expressivas no número de idosos e a melhoria no desempenho do teste mental, mantém-se ainda a prevalência do baixo desempenho mesmo com melhores rendas e mais escolaridade (Tabela 5).

E para os idosos que moravam acompanhados com 1 a 4 anos de escolaridade, 28,2% tiveram pior desempenho no teste, o que não houve diferença em número entre os idosos que não possuíam instrução pois a distribuição foi a mesma (Tabela 5).

Tabela 5. Relação entre escores do MEEM e a características sociodemográficas de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Anos de Escolaridade	Teste Mini-Mental Escores	Sexo		Estado Civil				Participa de grupos	
		Feminino (n / %)	Masculino (n / %)	Solteiro (n / %)	Viúvo (n / %)	Divorciado (n / %)	Casado (n / %)	Sim (n / %)	Não (n / %)
Sem Instrução	Menor que 20	5 (13,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	5 (13,0)	0 (0,0)	2 (5,1)	1 (2,5)	6 (15,4)
	Igual ou superior a 20	6 (15,4)	2 (5,1)	2 (5,1)	0 (0,0)	2 (5,1)	3 (7,7)	1 (2,5)	6 (15,4)
1 a 4 anos	Menor que 25	11 (28,3)	1 (2,5)	1 (2,5)	5 (13,0)	2 (5,1)	4(10,2)	6 (15,4)	6 (15,4)
	Igual ou superior a 25	2 (5,1)	3 (7,7)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	4(10,2)	1 (2,5)	4(10,2)
5 a 8 anos	Menor que 26	0 (0,0)	3 (7,7)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (5,1)	1 (2,5)	2 (5,1)
	Igual ou superior a 26	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)
9 a 11 anos	Menor que 28	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	2 (5,1)
	Igual ou superior a 28	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)

Cont. Tabela 5.

Anos de Escolaridade	Teste Mini-Mental Escores	Cor			Renda (salários mínimos)				Mora acompanhado	
		Branca (n / %)	Preta (n / %)	Parda (n / %)	Até 1 (n / %)	De 1 a 3 (n / %)	Mais de 3 (n / %)	Sem renda (n / %)	Sim (n / %)	Não (n / %)
Sem Instrução	Menor que 20	4(10,2)	0 (0,0)	3 (7,7)	2 (5,1)	5 (13,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	6(15,4)	1 (2,5)
	Igual ou superior a 20	4 (10,2)	0 (0,0)	4(10,2)	5 (13,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (15,4)	1 (2,5)
1 a 4 anos	Menor que 25	4(10,2)	4(10,2)	4(10,2)	6 (15,4)	4(10,2)	0 (0,0)	2 (5,1)	11(28,2)	0 (0,0)
	Igual ou superior a 25	4(10,2)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (5,1)	2 (5,1)	1 (2,5)	0 (0,0)	5 (13,0)	0 (0,0)
5 a 8 anos	Menor que 26	1 (2,5)	0 (0,0)	2 (5,1)	1 (2,5)	2 (5,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,7)	0 (0,0)
	Igual ou superior a 26	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)
9 a 11 anos	Menor que 28	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (5,1)	0 (0,0)
	Igual ou superior a 28	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)

Entre os idosos que faziam uso de álcool não houve diferença na distribuição em relação ao melhor ou pior desempenho no teste no mini- mental, já para os que faziam uso de cigarro atualmente na faixa de escolaridade de 1 a 4 anos, houve pior desempenho no teste (Tabela 6).

Quanto a problemas de saúde autodeclarados, os idosos na faixa de escolaridade de 1 a 4 anos apresentaram pior desempenho no teste, além disso, observou-se que houve uma distribuição significativa de indivíduos que referiram ter problema de saúde quando o grau de instrução não passava de 4 anos em relação a distribuição dos que tinham mais anos de estudo (Tabela 6).

Tabela 6. Relação entre escores do MEEM e a características epidemiológicas de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Teste Mini-Mental / Anos de Escolaridade	Teste Mini-Mental Escores	Alcoolismo		Tabagismo		Problemas de Saúde Autodeclarados	
		Sim (n / %)	Não (n / %)	Sim (n / %)	Não (n / %)	Sim (n / %)	Não (n / %)
Sem Instrução	Menor que 20	1 (2,5)	6 (15,4)	0 (0,0)	7 (18,0)	7 (18,0)	0 (0,0)
	Igual ou superior a 20	1 (2,5)	6 (15,4)	0 (0,0)	7 (18,0)	7 (18,0)	1 (2,5)
1 a 4 anos	Menor que 25	1 (2,5)	11(28,2)	2 (5,1)	10 (25,6)	12 (30,7)	0 (0,0)
	Igual ou superior a 25	1 (2,5)	4(10,2)	1 (2,5)	4(10,2)	5 (13,0)	0 (0,0)
5 a 8 anos	Menor que 26	0 (0,0)	3 (7,7)	0 (0,0)	3 (7,7)	2 (5,1)	1 (2,5)
	Igual ou superior a 26	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)
9 a 11 anos	Menor que 28	1 (2,5)	1 (2,5)	0 (0,0)	2 (5,1)	2 (5,1)	0 (0,0)
	Igual ou superior a 28	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	3 (7,7)	1 (2,5)	0 (0,0)

A tabela 7 traz as possíveis relações sociodemográfica e epidemiológica, com a pontuação obtida no índice de Katz referente às ABVD's.

Observou-se que a maior concentração é de homens independentes (n=13), com 1 a 4 anos de escolaridade (n=14), aposentados (n=23), que não participa de grupos (n=20), e que mora acompanhado (n=34) (Tabela 7).

Entre os fatores epidemiológicos houve maior concentração de morbidades nos idosos independentes, sendo a hipertensão a mais prevalente (n= 27).

Tabela 7. Relação entre os escores do Índice de Katz, características epidemiológicas e sociodemográficas de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Características	Índice de KATZ (escore/n)		
	6/31 Independente	7-8/5 Dependente para 1 ou 2 atividades	9-13/3 Dependente para 3 ou mais atividades
Sexo			
Feminino	18	5	3
Masculino	13	-	-
Anos de escolaridade			
0	11	3	1
1 a 4	14	1	2
5 a 8	3	1	-
9 a 11	3	-	-
Renda salarial média	1,3	1,6	0,6
Atividade Profissional			
Aposentado/Pensionista	23	4	1
Empregado/Autônomo	5	-	-
Desempregado	1	-	1
Prendas Domésticas	2	-	-
Missing	-	1	1
Participa de Grupos			
Sim	11	-	-
Não	20	5	3
Estado civil			
Solteiro(a)	4	-	-
Casado/Amasiado(a)	15	1	2
Divorciado/Separado(a)	6	-	-
Viúvo(a)	6	4	1
Com quem mora			
Sozinho(a)	2	-	1
Acompanhado(a)	28	5	2
Missing	1	-	-

Fatores epidemiológicos *			
Hipertensão Arterial	27	3	3
Uso de medicações contínuas	28	3	3
Fraturas ósseas	7	1	-
Problema de Visão	11	4	2
Problema auditivo	6	1	2
Demência	-	-	1
Acidente vascular cerebral	-	1	3
Doenças osteoarticulares	9	1	1

*Para os dados epidemiológicos considerou-se que um único indivíduo poderia manifestar mais de um problema de saúde autodeclarado.

A tabela 8 traz as relações sociodemográfica e epidemiológica, com a pontuação obtida na escala de Lawton referente às AIVD's.

Observou-se que a maior concentração é de mulheres independentes (n=19), com 1 a 4 anos de escolaridade (n= 14), aposentados (n= 23), que não participa de grupos (n=21), casados (n= 15) e moram acompanhados (n= 28).

Entre os fatores epidemiológicos a distribuição se concentrou mais em idosos independentes, sendo a mais prevalente (n=31) a utilização de medicação de uso contínuo (Tabela 8).

Tabela 8. Relação entre os escores da Escala Lawton, características epidemiológicas e sociodemográficas de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=39).

Características	Escala de LAWTON (escore/n)		
	≥23	19-22	≤18
	Independente	Parcialmente Dependente	Dependente
Sexo			
Feminino	19	3	4
Masculino	12	1	0
Anos de escolaridade			
0	10	2	3
1 a 4	14	2	1
5 a 8	4	-	-
9 a 11	3	-	-
Renda salarial média	1,2	1,1	1,2
Atividade Profissional			
Aposentado/Pensionista	23	2	3
Empregado/Autônomo	5	-	-
Desempregado	1	-	1
Prendas Domésticas	1	1	-
Missing	1	1	-

Participa de Grupos			
Sim	10	1	-
Não	21	3	4
Estado civil			
Solteiro(a)	4	-	-
Casado/Amasiado(a)	15	2	1
Divorciado/Separado(a)	5	1	-
Viúvo(a)	7	1	3
Com quem mora			
Sozinho(a)	2	-	1
Acompanhado(a)	28	4	3
Missing	1	-	-
Fatores epidemiológicos *			
Hipertensão Arterial	26	3	4
Uso de medicações contínuas	31	3	4
Fraturas ósseas	6	-	-
Problema de Visão	11	1	3
Problema auditivo	5	2	1
Demência	-	-	1
Acidente vascular cerebral	-	1	3
Doenças osteoarticulares	9	1	1

*Para os dados epidemiológicos considerou-se que um único indivíduo poderia manifestar mais de um problema de saúde autodeclarado.

4.3 Relações entre resultados dos testes avaliados.

A tabela 9 representa a pontuação obtida por n=8 no MEEM com escores abaixo do esperado para escolaridade que possuem e apresenta dados de que se havendo o déficit cognitivo há alteração nos testes de capacidade funcional de Katz e Lawton. Neste sentido os dados apontam que ainda que os resultados no MEEM tenham sido abaixo do esperado a independência total predominou tanto para ABVD's quanto para AIVD's, na maioria dos indivíduos desta amostra.

Tabela 9. Resultados dos testes de função mental e funcional em relação aos idosos com baixo desempenho nos no MEEM em uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=8).

Capacidade Cognitiva	n				
	(número de indivíduos)	Escolaridade	MEEM	KATZ	LAWTON
			18	Independente	Independente
				Dependente para 3	
	8	1 a 4 anos	18	ou	Dependente parcial
				mais atividades	
MEEM (baixo)			19	Independente	Independente

desempenho)

19	Independente	Dependente parcial
17	Independente	Independente
21	Independente	Independente
25	Independente	Dependente parcial
22	Independente	Independente

A tabela 10 representa a pontuação obtida por uma amostra n= 3 que dizem respeito à dependência para realização 3 ou mais ABVD's das 6 que compõem o índice, através dela constatou-se que todos os idosos da amostra dependem parcialmente de auxílio para desempenhá-las.

Tabela 10. Relação entre capacidade cognitiva e funcional para indivíduos que apresentaram dependência para ABVD de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=3).

Capacidade Funcional	n(número de indivíduos)	KATZ	LAWTON	MEEM
Teste de Katz (baixo desempenho)	3	Dependente para 3 ou mais atividades	Dependente parcial	18 pontos fundamental incompleto
		Dependente para 3 ou mais atividades	Dependente total	11 pontos analfabeto
		Dependente para 3 ou mais atividades	Dependente total	26 pontos fundamental incompleto

A tabela 11 representa a pontuação obtida por uma amostra n= 4 que dizem respeito a dependência para realização das AIVD's da escala de Lawton composta por 9 atividades. Avaliou-se nela se os mesmos indivíduos que apresentavam dependência nas ABVD's (Tabela 10) também a possuíam para as AIVD's e constatou-se que todos eles eram dependentes ou parcialmente dependentes para executá-las.

Tabela 11. Relação entre capacidade cognitiva e funcional para indivíduos que apresentaram dependência para AIVD de idosos de uma região metropolitana de Brasília - DF, 2013 (n=4).

Capacidade Funcional	n (número de indivíduos)	LAWTON	KATZ	MEEM
----------------------	--------------------------	--------	------	------

Teste de Lawton
(baixo
desempenho)

4

Dependente total	Dependente parcial para 3 ou mais atividades	11 pontos analfabeto
Dependente parcial	Dependente parcial para 1 ou 2 atividades 7	14 pontos analfabeto
Dependente total	Dependente parcial para 3 ou mais atividades	26 pontos fundamental incompleto
Dependente total	Dependente parcial para 1 ou 2 atividades	13 pontos analfabeto

5 DISCUSSÃO

O estudo da relação de fatores epidemiológicos e sociodemográfico com a capacidade funcional e cognitiva evidenciou um quadro complexo em que as variáveis podem se influenciar de maneira recíproca e dinâmica, esta relação de envolvimento entre elas também se confirmam em outros estudos (PIMENTA, 2013; FIEDLER, 2008; GIACOMIN, 2008; NITRINI, 2005; NOGUEIRA, 2010).

Ter baixa renda; níveis de escolaridade que não ultrapassam o fundamental 1º ciclo; não participar em grupos sociais e estar aposentado, podem ser fatores de risco que geram um grau de dependência funcional e cognitiva comprometendo a autonomia do idoso.

Aspectos cognitivos e funcionais são apontados por alguns autores como sendo duas capacidades de grande interação e dependência. O comprometimento cognitivo, afeta a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando na perda de independência e autonomia. A noção de autonomia reside na capacidade individual de cuidar de si mesmo, executar tarefas que lhe permitam a adaptação psicossocial e ser responsável pelos próprios atos (MACHADO, 2007).

O levantamento realizado apresentou que 67% da população é do sexo feminino, 44% estão na faixa de 60 a 70 anos, idosos jovens, a média de idade foi de 72 anos; 69% são procedentes do nordeste; 51% branca; 44% frequentaram de 1 a 4 anos a escola; 90% moram acompanhados o que pode ser um fator protetivos, mas também um fator de risco, pois o idosos tem perdas funcionais próprias do envelhecimento e muitas vezes o adulto ou o filho que pertence a este ambiente familiar não visualiza este declínio e mantém um alto grau de exigência com eles para realização das atividades diárias, o que implica em preservação das capacidades cognitivas e funcionais, que pode ser positiva, mas que pode colocá-lo em risco e lhe custar a liberdade.

Uma peculiaridade desta população é que as idosas inúmeras vezes tornam-se responsáveis por cuidados diários com os netos, uma vez que os pais saem durante o dia para trabalhar, ficando sob a responsabilidade do idoso, levá-los a escola, buscá-los, preparar alimentação e cuidar da casa. Diante da realidade explicitada não fica difícil entender o motivo de ter encontrado uma população idosa que mesmo estando acometida por inúmeras doenças e influencias sociodemográficas degradantes se mantém com um elevado nível de independência, 79% para o índice de Katz; 82%

para a escala de Lawton e um baixo comprometimento cognitivo, 21%. Pode-se dizer que este seja um tipo de envelhecimento bem sucedido.

Em alguns estudos encontramos definições de envelhecimento bem sucedido, e mesmo que seja uma condição de difícil definição, pois pode mudar de uma pessoa para outra, encontramos em muitos deles citações de possíveis indicadores do envelhecimento com sucesso, entre eles inclui-se a capacidade funcional. Ela é a medida responsável pela verificação da ausência de incapacidade, domínio/crescimento, participação social ativa, independência e adaptação positiva (CAMARA, 2008).

Como os estudos estatísticos já apontam que as mulheres tem maior expectativa de vida , é pertinente dizer que as mulheres estão mais acometidas por doenças e influências sociais que os homens e por isso parecem estar mais vulneráveis sofrê-las, mas o cuidado que se deve ter é o de que este pode ser um viés bastante tendencioso e culminar em avaliações inadequadas.

Ao cruzarmos os três testes (tabelas 7, 8 e 9), encontrou-se indicativos de fatores epidemiológicos que podem estar intimamente relacionados à perda da capacidade funcional e certamente poderá gerar consequências cognitivas futuras.

A utilização de medicamentos contínuos foi referida por 92% da amostra estudada. Autores afirmam que o elevado consumo de medicamento acarreta em comprometimento funcional por causa de interações medicamentosas e potencialização de seus efeitos adversos com o aumento da idade, reduzindo assim a qualidade de vida do idoso (NOGUEIRA, 2010).

Estudos têm mostrado que idade e perda da capacidade funcional estão fortemente relacionadas. Um estudo Americano com idosos com mais de 70 anos analisou a diminuição da capacidade funcional está associada a idade, a problemas auditivos e visuais e ocorrência de tonturas e instabilidades levando a uma maior dependência (GIACOMIN, 2008; NITRINI, 2005). O Acidente Vascular Cerebral foi encontrado em um estudo com forte associação a diminuição da independência e ou total dependência funcional (GIACOMIN, 2008). A não participação em grupos sociais foi apresentada por estudiosos como tendo ação positiva na piora da capacidade funcional . No Brasil há uma forte relação entre o comprometimento cognitivo e a dependência para atividades da vida diária com a mortalidade (NOGUEIRA, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que estudos como o descrito podem contribuir de forma efetiva na construção de um conhecimento menos empírico e mais científico. Os dados aqui revelados podem ser estudados e utilizados na condução de ações de saúde que visem melhorar o atendimento a esses idosos.

Ainda são poucas as publicações que descrevem dados sociodemográficos e epidemiológicos associados a capacidade cognitiva e a funcional em idosos em um único estudo. Os dados compilados são importantes definidores de ações para os serviços de saúde de atenção ao idoso, e também poderá ser útil na produção de novos conhecimentos acerca do assunto.

Os resultados podem favorecer na elaboração de programas voltados para a manutenção da capacidade funcional e cognitiva e intervenções em quesitos sociais que porventura sejam possíveis de modificar, pois trouxe alguns aspectos, apesar da pequena amostra, um retrato da população de idosos de uma região metropolitana de Brasília.

Perder é parte do processo de envelhecer e lidar com as variáveis epidemiológicas e sociodemográficas são o desafio que os indivíduos e profissionais de saúde têm para melhorar a qualidade deste envelhecimento e favorecer a longevidade da melhor forma possível.

O envelhecimento é inevitável e a diminuição progressiva das capacidades cognitivas e funcionais serão consequências, logo, caberá a cada indivíduo buscar formas de envelhecer com qualidade, não pelo intuito de retardar o envelhecimento ainda que a realização de atividades promotoras de saúde física e mental gere uma maior expectativa de vida e leve o indivíduo a longevidade, mas com o intuito de preservar essas capacidades tão importantes para realização de atividades de vida diárias.

Tornou-se difícil ao longo do estudo analisar as variáveis de forma independente pois elas se correlacionam muito com questões ligadas a perda da capacidade funcional e cognitiva. Um ponto que limitou o estudo foi a não existência de dados nacionais que corroborassem para uma avaliação populacional comparativa, descritiva e analítica, entretanto outros estudos nacionais trouxeram com propriedade dados e análises que nortearam esta pesquisa.

7 REFERÊNCIAS

- 1- ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq. Neuro. Psiquiatria, 1998.
- 2- APÓSTOLO, J.L.A. Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.
- 3- BARROS, Alba L.B.L. et.al. Anamnese e exame físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Ed. Artmed, 2006.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006.
- 5- BRUCKI SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2003; 61 (3B): 777-781.
- 6- CAMARA, F.M., Gerez A.G., Miranda M.L.J, Velardi M. Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. ACTA FISIATR. Campinas-SP, 2008.
- 7- CASTILLO, Bruna Lencina Del; et.al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014.
- 8- COSTA, Maria Fernanda Lima; Barreto, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília-DF , 2003.
- 9- CUPERTINO, A.P.F.B., Rosa, F. H. M., Ribeiro, P. C. C. Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre-RS, 2007.

- 10- DEL DUCA GF, et.al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev. Saúde Pública, 2009.
- 11- DUARTE, YAO, Andrade CL, Lebrão ML .O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev. Esc. Enferm. USP,2007.
- 12- FIEDLER, Mariarosa Mendes; PERES, Karen Glazer. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. Caderno de Saúde pública. Rio de Janeiro- RJ, 2008.
- 13- GIACOMIN, KC et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de BH. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro-RJ, 2008.
- 14- GIRO, António; PAUL,Constança. Envelhecimento Sensorial, Declínio Cognitivo e Qualidade de Vida no Idoso com Demência. Actas de Gerontologia, 2013.
- 15- IBGE, Ministério da Saúde, FIOCRUZ , MPOG. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro-RJ, 2014.p. 28, 29, 30 e 31.
- 16- JARVIS. Exame físico e avaliação de saúde. 3^aed. Guanabara Koogan, 2011.
- 17- LIMA, P., FAUSTINO, A. Rede De Suporte Para Idosos Do Paranoá, Região Metropolitana Do Distrito Federal. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Saúde do Idoso. v. ESP.p.2915-27, 2014.
- 18- MACHADO, J.C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Rev. Bras. Epidemiol. 2007.
- 19- MACHADO, Juliana Costa, et.al. Idosos: Declínio cognitivo e sua associação com fatores epidemiológicos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro-RJ, 2011.

- 20- NITRINI, Ricardo et.al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Revista Bras. Psiquiatria. Vol 27. São Paulo, 2005.
- 21- NOGUEIRA, Silvana L. et.al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Revista brasileira de fisioterapia. São Carlos-SP, 2010.
- 22- PAULA, Fátima de Lima; et.al. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). Rev. bras. epidemiol. Niteroi-RJ, 2010.
- 23- PEREIRA G.N. et. al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. nov, 2012.
- 24- PERISSINOTTO, Carla M.; CENZER, Irena Stijacic; COVINSKY, Kenneth E. .Loneliness in Older Persons a predictor of functional decline and death. 2012. Disponível em: < <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1188033> > Acesso em : 13/06/2015.
- 25- PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa et al. Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com demência. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. vol.59, n.4, pp. 326-334, 2013.
- 26- R. Bonita; R. Beaglehole; T. Kjellström. Epidemiologia Básica. Tradução e Revisão científica: Dr. Juraci A. Cesar .Ed. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda. 2^aed, 2010. Tradução de: Basic epidemiology.
- 27- SANTOS, Cássia da Silva, et.al.Avaliação da confiabilidade do mini-exame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. Cogitare Enferm, Nova Alvorada do Sul-MS, 2010.
- 28- TAFNER, Elisabeth Penzlien; Silva, Renata. Apostila de metodologia científica. Fev, 2007. Disponível em: <http://blog.fimes.edu.br/gildomar/files/2011/08/apmetodologia02-2007.pdf>. Acesso em 08 jun 2014.

- 29- TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira e Anita LiberalessoNeri. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. Rev.Psicol.USP, São Paulo, 2008.
- 30- VIRTUOSO, Júnior JS, Guerra RO .Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. Ciência & Saúde Coletiva, pp. 2541-2548, 2011.

8 ANEXOS

ANEXO 1. APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 160/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 04 de junho de 2012.

Ilmº (a) Senhor(a)

DIRETOR(a) do(a): **HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ (com vistas à Chefia do Ambulatório e Gerência do Centro de Saúde nº01) – SES/DF**

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 059/2012 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto **VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NA REGIÃO DO PARANOÁ – DISTRITO FEDERAL** encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 04/06/2012

Validade do parecer: 04/06/2014

Pesquisador responsável e telefone: ANDREA MATHES FAUSTINO – (61) 3264-1618

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco "A" – Brasília – DF – CEP.: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 160/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 059/2012 – VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS NA REGIÃO DO PARANOÁ – DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 04/06/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 04 de junho de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
 Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
 Coordenadora

AL/FEPECS/SES-DF

ANEXO 2. FICHA DE CADASTRO DOS PACIENTES IDOSOS DO DISTRITO FEDERAL

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		CADASTRO DOS PACIENTES IDOSOS DO DISTRITO FEDERAL	
Nº: _____	Unidade de Saúde: _____	Regional: _____	Data: ____/____/____
Nome Completo _____			
Filiação _____			
Pai: _____			
Mãe: _____			
Data de Nascimento _____	Idade _____ anos	Naturalidade _____	Nacionalidade _____
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda		
Religião <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Outras	Qual? _____	Telefone _____	Tempo DF _____ Anos _____ Meses
Endereço _____			
Em caso de acidente/urgência, avisar _____			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
Filhos		Nº de filhas vivas _____	
Quantos? _____		Nº de filhos vivos _____	
Grau de Escolaridade			
<input type="checkbox"/> Nenhuma	<input type="checkbox"/> 1º Grau	<input type="checkbox"/> Completo	<input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> 3º Grau <input type="checkbox"/> Completo
<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Incompleto
Moradia			
<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Instituição Asilar
<input type="checkbox"/> Adaptada	<input type="checkbox"/> Inadequada (escadas, tapetes, pisos encorados, falta de hastes de sustentação em banheiros, etc)		
Mora <input type="checkbox"/> Só <input type="checkbox"/> Acompanhado Com quem? _____ Idade: _____ anos			
Renda familiar			
A família depende do salário do idoso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Independente economicamente da família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sem renda	<input type="checkbox"/> Até 1 Salário Mínimo (SM)	<input type="checkbox"/> De 1 a 3 SM	<input type="checkbox"/> Mais de 3 SM

ATIVIDADES E OCUPAÇÃO

<input type="checkbox"/> Aposentado p/ tempo de serviço	<input type="checkbox"/> Aposentado p/ incapacidade	<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado p/ idade		
<input type="checkbox"/> Participa ou participou de grupos da SES-DF	<input type="checkbox"/> Diabete Mellitus	<input type="checkbox"/> Automassagem	<input type="checkbox"/> Climatério	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Terapias corporais	<input type="checkbox"/> Reminiscências
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Outros. Quais?					
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Diabete Mellitus	<input type="checkbox"/> Automassagem	<input type="checkbox"/> Climatério	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Terapias corporais	<input type="checkbox"/> Reminiscências
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Outros. Quais?					
<input type="checkbox"/> Participa ou participou de grupos de outras instituições	<input type="checkbox"/> SESC/SESI	<input type="checkbox"/> Rotary	<input type="checkbox"/> UnB	<input type="checkbox"/> Outras. Quais?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> SESC/SESI	<input type="checkbox"/> Rotary	<input type="checkbox"/> UnB	<input type="checkbox"/> Outras. Quais?		
<input type="checkbox"/> Não						
Patologias (pregressas e/ou atuais)						
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/> Doenças ósteo-articulares	<input type="checkbox"/> Doenças pulmonares	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer		
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> Doenças cardíacas	<input type="checkbox"/> Deficiência Visual			
<input type="checkbox"/> Incontinência	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> Fezes	<input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva			
<input type="checkbox"/> Neoplasia. Quais?						
<input type="checkbox"/> AVC (acidente vascular cerebral)	<input type="checkbox"/> Sequêlas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Quais?		
<input type="checkbox"/> Fraturas. Quais?						
<input type="checkbox"/> Sequêlas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Reabilitação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Uso de Prótese Dentária						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Necessita de Prótese Dentária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Necessita de Prótese Dentária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tabagismo						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo uso _____ anos	Nº cigarros/dia _____	Parou há quanto tempo? _____		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo uso _____ anos	Nº cigarros/dia _____	Parou há quanto tempo? _____		
Alcool						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo uso _____ anos	Nº copos/dia _____	Tipo de bebida _____		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo uso _____ anos	Nº copos/dia _____	Tipo de bebida _____		
Medicações de uso controlado						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	Tempo uso _____ anos			
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais? _____	Tempo uso _____ anos			
Cirurgias						
	Quais? _____					
	Quais? _____					
Grupo Sanguíneo						
	No último ano <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? _____				
	No último ano <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? _____				
Animais Domésticos						
	Fator Rh: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? _____			
	Fator Rh: _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quais? _____			

ANEXO 3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)

Data de Aplicação: _____

Nome: _____

DN: _____ Idade: _____. Sexo: _____

Mora com quem?: _____

1) BANHO (1) I: não recebe assistência (2) A: assistência para uma parte do corpo (3) D: não toma banho sozinho	BANHO_____
2) VESTUÁRIO (1) I: veste-se sem assistência (2) A: assistência para amarrar sapatos (3) D: assistência para vestir-se	VESTU_____
3) HIGIENE PESSOAL (1) I: vai ao banheiro sem assistência (2) A: recebe assistência para ir ao banheiro (3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas	HIGPES_____
4) TRANSFERÊNCIA (1) I: deita, levanta e senta sem assistência (2) A: deita, levanta e senta com assistência (3) D: não levanta da cama	TRANSFER_____
5) CONTINÊNCIA (1) I: controle esfinteriano completo (2) A: acidentes ocasionais (3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente	CONTIN_____
6) ALIMENTAÇÃO (1) I: sem assistência (2) A: assistência para cortar carne/manteiga no pão (3) D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV	ALIMEN_____

Total: _____

ANEXO 4. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (LAWTON)

Data de Aplicação: _____

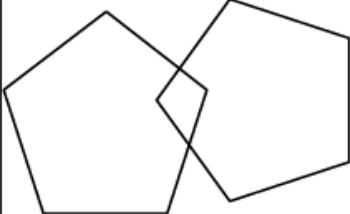
Nome: _____

DN: _____ Idade: _____. Sexo: _____

Mora com quem?: _____

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____ pontos	

ANEXO 5. MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO
Atenção e cálculo (5 pontos)	Subtrair: $100-7 = 93-7 = 86-7 = 79-7 = 72-7 = 65$
Memória de evocação (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Nomear 2 objetos (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	“Nem aqui, nem ali, nem lá”
Comando de estágios (3 pontos)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Ler e executar (1 ponto)	Feche seus olhos
Copiar diagrama (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção 

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto JH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B):777-81.