UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUANA FLÁVIA DA SILVA TALMELLI

**Nível de independência funcional de idosos com
Doença de Alzheimer**

**Ribeirão Preto
2009**

LUANA FLÁVIA DA SILVA TALMELLI

Nível de independência funcional de idosos com Doença de Alzheimer

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração:
Enfermagem Fundamental

Orientadora:
Prof. Dra. Rosalina AP. Partezani Rodrigues

**Ribeirão Preto
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL, DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Enfermagem
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Talmelli, Luana Flávia da Silva.

Nível de Independência Funcional de idosos com doença de Alzheimer / Luana Flávia da Silva Talmelli; orientadora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. - Ribeirão Preto, 2009.

112 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2009

1. Idosos. 2. Demência. 3. Doença de Alzheimer. 4. Atividades Cotidianas. 5. Medida de Independência Funcional. 6. escala de Avaliação Clínica da Demência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

TALMELLI, Luana Flávia da Silva

Nível de Independência Funcional de idosos com Doença de Alzheimer

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Em primeiro lugar, a Deus, por ter me dado a vida e oportunidade para seguir com saúde enfrentando os obstáculos e desafios encontrados em meu caminho.

Aos meus pais João e Rosângela, que foram o alicerce desta conquista, pelas orações, pelo apoio integral, e incondicional com muito amor e carinho, suportando por muitas vezes os momentos de ausência, cansaço, impaciência e falta de dedicação ao longo desta trajetória de estudo.

À professora Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues pela paciência, por acreditar em meu potencial e dedicação, mostrando sempre com carinho sua competência, responsabilidade e profissionalismo.

À minha avó Elza que tem vivido a velhice com sua beleza e simplesmente como mais uma das muitas fases da vida.

Aos idosos e seus cuidadores que me receberam em suas casas dispostos a colaborar com esta pesquisa.

Ao Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale pelo auxílio, aprendizado nas discussões de caso e incentivo para que eu pudesse concluir meu trabalho.

À enfermeira Dra Luciana Kusumota pelo auxílio, atenção, dedicação e profissionalismo.

*Ao professor **Vanderlei José Haas** pela sua competência, profissionalismo, atenção e paciência no tratamento dos dados.*

*À **Edma** pela paciência, carinho, compreensão, pela disponibilidade em sempre querer ajudar.*

*Às amigas **Aline e Camila**, uma convivência importante, que sempre estiveram ao meu lado torcendo, incentivando meu trabalho e colaborando para meu crescimento pessoal e profissional*

*Às pessoas que colaboraram, cada um a sua maneira, para realização deste trabalho, nas sugestões, coleta dos dados, na digitação do banco de dados, **Dr. Matheus, Thais e Ana Eugenia**.*

*À equipe do **ANCP-HCFMRPUSP**, pela oportunidade em trabalhar com os idosos atendidos e pelo aprendizado que cada um me proporcionou durante minha trajetória pelo serviço.*

***Enfim**, a cada um que de alguma forma contribuíram incentivando meu trabalho e que fazem parte da minha vida em momentos distintos, cada um a seu modo, tanto direta como indiretamente ofereceram auxílio para a construção desta pesquisa, muito obrigado*

RESUMO

TALMELLI, L.F.S. **Nível de Independência Funcional de Idosos com doença de Alzheimer**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009

Capacidade funcional surge como novo conceito quando aborda a saúde do idoso, principalmente em se tratando de idosos com doença de Alzheimer (DA) onde o déficit cognitivo é esperado aliado ao funcional. Dessa forma as pesquisas relacionadas à capacidade funcional do idoso com DA vêm ao encontro das questões relacionadas ao cuidado desse idoso. Trata-se de um estudo observacional e transversal que teve com objetivo identificar comorbidades dos idosos com DA, mensurar nível de independência funcional, segundo a Medida da Independência Funcional (MIF), comparando com o estagiamento da demência, segundo a Avaliação Clínica da demência (*Clinical Dementia Rating* scale - CDR). A amostra foi constituída de 67 idosos. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares, utilizando-se de instrumento para identificação e perfil sociodemográfico, do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação do déficit cognitivo, da Medida de Independência Funcional (MIF) para avaliação da funcionalidade e, para estagiamento da demência, foi utilizada CDR. A média de idade dos idosos foi de 79 anos ($\pm 7,2$), sendo 41,8% na faixa etária entre 75-79 anos. Houve predominio de mulheres 77,6% e viúvos 49,3%. Os idosos possuíam média de escolaridade de 5,6 anos, 73,1% tinham renda própria, 46,3% possuíam renda familiar de até 5 salários mínimos e residiam em média com 3,5 pessoas. Quanto às comorbidades existentes, 23,9 não possuíam e 53,7% tinham hipertensão arterial. O déficit cognitivo foi de 82%, e a média no MEEM de 9,3. Sobre o estagiamento da demência, 46,3% apresentavam demência grave, 22,4% demência moderada e 31,3% demência leve. Quanto a funcionalidade, a variação dos escores observados na MIF foi igual à variação possível para MIF motora. A média geral da MIF global encontrada foi 71,1, a médias da MIF global foram 107,9; 84,5 e 39,7 para os idosos com demência leve, moderada e grave respectivamente. Os idosos com demência leve possuíam independência modificada ou necessitavam de supervisão, aqueles com demência moderada possuíam dependência mínima ou necessidade de supervisão e os idosos com demência grave eram totalmente dependentes. Foi encontrada forte correlação entre o nível de independência funcional (MIF global) com o estágio da demência e com o desempenho cognitivo ($p < 0,001$). Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre a funcionalidade e idade, sexo e presença de (co)morbidades. Concluiu-se que a capacidade funcional dos idosos com DA está relacionada ao estágio da demência, isto é, quanto mais grave a demência, maior o nível da dependência.

Palavras-chave: idosos, demência, doença de Alzheimer, Atividades Cotidianas, Medida de Independência Funcional, Avaliação Clínica da Demência.

ABSTRACT

TALMELLI, L.F.S. **Functional independence level of elderly people with Alzheimer's disease.** 2009. 112 p. Master's Thesis in Fundamental Nursing – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2009

Functional capacity emerges as a new concept in elderly health, mainly with respect to elderly people with Alzheimer's disease (AD), when a cognitive deficit is expected, connected with a functional deficit. Thus, research on functional capacity in elderly people with AD is relevant for elderly care delivery. This observational, cross-sectional study aimed to identify co-morbidities of elderly people with AD, to measure the functional independence level according to the Functional Independence Measure (FIM), in comparison with the dementia staging according to the Clinical Dementia Rating scale (CDR). The sample consisted of 67 elderly. Data were collected during interviews at the elderly's home, using an identification and sociodemographic profile instrument, the Mini-Mental State Examination (MMSE) to assess cognitive deficit; the Functional Independence Measure (FIM) for functional assessment, and CDR to assess dementia staging. The mean age was 79 years (± 7.2), with 41.8% between 75 and 79 years old. Women 77.6% and widowed people 49.3% were predominant. The elderly's mean education level was 5.6 years, 73.1% gained their own income, 46.3% gained a family income of up to 5 minimum wages and lived with an average of 3.5 people. As to existing co-morbidities, 23.9 had none and 53.7% had arterial hypertension. The cognitive deficit was 82% and the mean MMSE score 9.3. In dementia staging, 46.3% presented severe, 22.4% moderate and 31.3% light dementia. With respect to functionality, the variation in FIM scores was equal to the possible variation for motor FIM. The mean global general FIM score was 71.1, the mean global FIM scores were 107.9 for light; 84.5 for moderate and 39.7 for severe dementia. Elderly with light dementia displayed modified independence or needed supervision; those with moderate dementia showed minimal dependence or supervision and elderly with severe dementia were fully dependent. A strong correlation was found between the functional independence level (global FIM) and dementia stage and with cognitive performance ($p < 0.001$). No statistically significant correlations were found between functionality and age, gender and presence of co-morbidities. It was concluded that the functional capacity of elderly people with AD is related with the stage of dementia, that is, the more severe the dementia, the higher the level of dependence will be.

Key words: aged, dementia, Alzheimer disease, Activity of Daily Living, Functional Independence Measure, Clinical Dementia Rating scale.

RESUMEN

TALMELLI, L.F.S. **Nivel de independencia funcional de ancianos con enfermedad de Alzheimer.** 2009. 112 h. Disertación (Maestría en Enfermería Fundamental) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009

Capacidad funcional surge como concepto nuevo cuando se trata de la salud del anciano, principalmente respecto a ancianos con enfermedad de Alzheimer (DA) en que el déficit cognitivo es esperado aliado al funcional. Así, las investigaciones relacionadas a la capacidad funcional del anciano con DA van al encuentro de cuestiones relacionadas al cuidado de ese anciano. Se trata de un estudio observacional, transversal con objeto de identificar co-morbilidades de los ancianos con DA, mensurar el nivel de independencia funcional según la Medida de la Independencia Funcional (MIF) comparando con la estadificación de la demencia según el *Clinical Dementia Rating scale* (CDR). La muestra incluyó a 67 ancianos. Los datos fueron recolectados en entrevistas domiciliarias utilizándose un instrumento para identificación y perfil sociodemográfico, Mini Examen del Estado Mental (MEEM) para evaluación del déficit cognitivo; Medida de Independencia Funcional (MIF) para evaluación de la funcionalidad y, para estadificación de la demencia, fue utilizada la escala de Evaluación Clínica de la Demencia (Clinical Dementia Rating – CDR). El promedio de edad de los ancianos fue de 79 años ($\pm 7,2$), siendo el 41,8% en el rango de edad entre 75-79 años. Predominaron mujeres 77,6% y viudos 49,3%. Los ancianos poseían escolaridad promedia de 5,6 años, el 73,1% tenía renta propia, 46,3% poseía renta familiar de hasta 5 salarios mínimos y vivían en promedio con 3,5 personas. Respecto a las co-morbilidades existentes, el 23,9 no poseía y el 53,7% tenía hipertensión arterial. El déficit cognitivo fue del 82% y el promedio en el MEEM fue 9,3. Sobre la estadificación de la demencia, el 46,3% presentaba demencia grave, 22,4% demencia moderada y 31,3% demencia leve. Con relación a la funcionalidad, la variación de los scores observados en la MIF fue igual a la variación posible para MIF motora. El promedio general de la MIF global encontrada fue de 71,1, los promedios de la MIF global fueron 107,9; 84,5 y 39,7 para los ancianos con demencia leve, moderada y grave respectivamente. Los ancianos con demencia leve poseían independencia modificada o necesitaban de supervisión, con demencia moderada poseían dependencia mínima o supervisión y los ancianos con demencia grave eran totalmente dependientes. Fue encontrada correlación fuerte entre el nivel de independencia funcional (MIF global) y el estadio de la demencia y el desempeño cognitivo ($p < 0,001$). No fueron encontradas correlaciones estadísticamente significantes entre la funcionalidad y edad, sexo y presencia de co-morbilidades. Se concluyó que la capacidad funcional de los ancianos con DA está relacionada a la estadificación de la demencia, esto es, cuanto más grave la demencia, mayor el nivel de la dependencia.

Palabras-clave: anciano, demencia, enfermedad de Alzheimer, Actividades Cotidianas, Medida de la Independencia Funcional, Evaluación Clínica de la Demencia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Escores da escala de Avaliação Clínica da Demência, traduzida, adaptada e validada por CHAVES et al. (2007).....	34
Figura 2	Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações (RIBERTO et al. 2001).....	36
Figura 3	Níveis de Independência Funcional, com suas respectivas pontuações. RIBERTO et al., 2001).....	37
Figura 4	Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, segundo número de comorbidades, Ribeirão Preto, 2009	43
Figura 5	Diagrama de dispersão, ilustrando correlação entre MEEM e escores da MIF total dos Idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009...	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda, número de pessoas que moram na residência e com quem mora. Ribeirão Preto, 2009.....	41
Tabela 2	Distribuição das comorbidades identificadas em prontuário médico dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009	43
Tabela 3	Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, por comorbidades, segundo faixa etária, Ribeirão Preto, 2009.....	44
Tabela 4	Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, segundo desempenho no MEEM, sexo e escolaridade, Ribeirão Preto, 2009 ...	45
Tabela 5	Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, por estágio da demência, segundo faixa etária, escolaridade, sexo e déficit cognitivo. Ribeirão Preto, 2009	46
Tabela 6	Coeficientes de correlação da MIF, com variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, renda familiar e dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009	47
Tabela 7	Medidas de tendência central e variabilidade, comparando valores da MIF segundo sexo dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009	48

Tabela 8	Valores e variações da MIF total e seus domínios e dimensões dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009	49
Tabela 9	Distribuição da dependência funcional nas dimensões e categorias da MIF total dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009	50
Tabela 10	Valores médios e mediana das dimensões da MIF segundo déficit cognitivo dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009 ..	51
Tabela 11	Distribuição da dependência funcional dos idosos nas dimensões e categorias da MIF total, segundo gravidade da demência dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009	53
Tabela 12	Valores médios das dimensões da MIF, segundo CDR dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCPHCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009	55
Tabela 13	Coeficiente de Correlação de Spearman do tempo de diagnóstico, CDR, MIF global e MEEM dos idosos com DA, atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009	56
Tabela 14	Resultado da análise de regressão múltipla, tendo como desfecho a MIF e as variáveis explicativas consideradas. Ribeirão Preto, 2009	56

LISTA DE SIGLAS

AVDS	Atividades da Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ANCP	Ambulatório Neuro Comportamental
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CDR	<i>Clinical Dementia Rating scale</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças
CURM	Central Única de Regulação Médica
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Demência por Corpos de Lewy
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
DV	Demência Vascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
NINCS-ADRDA	<i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke – Alzheimer disease and Related Disorders</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPT	<i>Physical Performance Test</i>
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFT	Taxa de Fecundidade Total
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Transição demográfica	17
1.2 Transição epidemiológica	18
1.3 Demência	20
1.4 Doença de Alzheimer	21
1.5 Capacidade Funcional.....	23
 2 OBJETIVOS.....	 27
2.1 Objetivo Geral	28
2.2 Objetivos Específicos	28
 3 MATERIAIS E MÉTODOS	 29
3.1 Tipo de estudo	30
3.2 Local de estudo	30
3.3 População e amostra do estudo	31
3.4 Coleta de dados	31
3.4.1 Instrumento de informações pessoais e perfil sociodemográfico	32
3.4.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	32
3.4.3 Escala Clínica de Demência – CDR	32
3.4.4 - Medida da Independência Funcional (MIF):	35
3.5 Análise dos resultados	37
3.6 Procedimentos éticos	38
 4 RESULTADOS	 39
4.1 Caracterização sociodemográfica	40
4.2 Comorbidades dos idosos	42
4.3 Avaliações do desempenho cognitivo	44
4.4 Avaliação da capacidade funcional	47
4.5 Comprometimento cognitivo e capacidade funcional	51
 5 DISCUSSÃO	 57
5.1 Caracterização sociodemográfica	58

5.2 Comorbidades dos idosos	60
5.3 Avaliação do desempenho cognitivo	62
5.4 Avaliação da capacidade funcional	65
5.5 Comprometimento cognitivo e capacidade funcional	68
 6 CONCLUSÃO	 73
 REFERÊNCIAS.....	 76
 APÊNDICES	 90
 ANEXOS	 95

*1 INTRODUÇÃO**

* Esta dissertação foi revisada de acordo com a Nova Ortografia da Língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009.

O envelhecimento é algo inevitável e esperado, cada vez mais tem preocupado autoridades tanto de países desenvolvidos quanto em desenvolvimento e tem sido motivo de interesse para os estudiosos das áreas de gerontologia e geriatria.

Pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos (senescência) o que, em condições normais, não provoca qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (senilidade) (BRASIL, 2006) afetando a capacidade funcional.

Segundo Organização PanAmericana de Saúde (2003) o processo de envelhecimento pode ser compreendido como:

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.

No Brasil, são idosas todas as pessoas com 60 anos ou mais, segundo define a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), com base no conceito da Organização Mundial da Saúde que define idoso do ponto de vista cronológico e grau de desenvolvimento do país, estabelece o corte etário de 65 anos para os países desenvolvidos, e a partir dos 60 anos, nos países em desenvolvimento e reconhece não só o idoso, mas criou uma nova terminologia, "muito idoso", para designar o indivíduo que chega aos 80 ou 85 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Um importante indicador do envelhecimento como alvo das preocupações no país foi a promulgação da Lei nº 8.842, em 4 de janeiro de 1994 (BRASIL, 1994), regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso que, de acordo com o texto da referida lei, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e da Lei 10.741, de 1.º de Outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003).

No que tange ao envelhecimento, destacam-se as questões relacionadas à transição demográfica que, no Brasil, tem se caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas idosas em relação aos jovens.

1.1 Transição demográfica

Os países desenvolvidos como o Japão, Europa e América do Norte já convivem há mais tempo com o crescente contingente de idosos e com os problemas associados. Países em desenvolvimento, como o Brasil e México, vêm aumentando rapidamente seu contingente e necessitam de estratégias para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional (GARRIDO; MENEZES, 2002).

As grandes inovações científico-tecnológicas e as melhores condições de vida da população são as responsáveis pela explosão populacional de idosos, e são atribuídas a fatores como urbanização das cidades, melhoria na infraestrutura, saneamento básico, moradia, ambiente de trabalho, higiene pessoal e qualidade nutricional. Avanços na área da saúde como a introdução de novas técnicas diagnósticas, substâncias e métodos terapêuticos também foram importantes para elevar a longevidade da população (PEREIRA, 2002; VERAS et al., 2002).

O aumento absoluto e relativo da população idosa é consequência do crescimento da esperança de vida ao nascer, combinado com a queda do nível geral da fecundidade, no início do século XX. Em 1940 a expectativa de vida ao nascer não chegava aos 50 anos (45,5anos). No decorrer dos próximos 40 anos, em 1980, a expectativa de vida havia aumentado cerca de 17 anos, já no ano 2000, a esperança de vida ao nascer chegou a 70,4 anos, podendo alcançar o patamar de 81,3 anos em 2050 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2004).

No caso do Brasil, o declínio da fecundidade teve impacto na redução do crescimento da população, resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) indicaram uma taxa de fecundidade total de 2,1 filhos/mulher (IBGE, 2006). Para Brito (2008), o horizonte da fecundidade futura para o IBGE, considerando a Taxa de Fecundidade Total (TFT) em 2030 como tendência, passará de 1,92 para 1,59 filho/mulher.

Estima-se que, para o ano 2050, existirão cerca de 2 bilhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no mundo, a maioria vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil. Atualmente 12,8% da população brasileira é idosa,

o que equivale a 1,1% da população total. A faixa etária acima de 80 anos também vem aumentando proporcionalmente e de forma acelerada, tornando-se o segmento populacional que mais crescerá nos últimos anos (BRASIL, 2006).

No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975 e 17 milhões em 2006, um aumento de 600% em menos de 50 anos (VERAS, 2007). Em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Para Brito (2008), as consequências desse grande incremento serão enormes, exigindo uma redefinição de todas as políticas públicas voltadas para esse segmento populacional.

Diante do exposto, a transição demográfica está intimamente relacionada à modificação da incidência e prevalência de doenças na população, alterando o perfil epidemiológico que antes era caracterizado pela ocorrência de doenças transmissíveis.

1.2 Transição epidemiológica

Nesse contexto de transição demográfica, o panorama epidemiológico também tende a mudanças, prevalecendo a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em substituição às doenças transmissíveis.

A transição epidemiológica é definida “por uma mudança nos padrões de morbimortalidade, principalmente por declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas” (PASCHOAL et al., 2007, p. 23).

As DCNTs é um grupo de patologias que se caracteriza por história natural prolongada, múltiplos fatores de risco, interação de fatores etiológicos conhecidos ou desconhecidos, período de latência longo, curso assintomático longo, curso clínico geralmente lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade ou para a morte (LESSA, 1998).

Condições crônicas são problemas de saúde persistentes que requerem

algum tipo de gerenciamento, englobando as doenças não transmissíveis como o câncer, o diabetes mellitus, a asma; as doenças transmissíveis persistentes como o HIV/AIDS; distúrbios mentais de longo prazo e deficiências físicas/estruturais contínuas (WHO, 2004).

As DCNTs correspondem à maior proporção das mortes nos países industrializados e emergentes, estes últimos concentrarão ainda em 2050 o maior número de população mundial com tais doenças (LESSA, 2004).

As DCNTs acometem principalmente os indivíduos mais velhos, se comparados com a população em geral. Em estudo de prevalência de doenças crônicas autoreferidas realizada pelo IBGE por meio da PNAD de 1998, no estado do Rio de Janeiro, observou-se que a prevalência de doenças crônicas variou de 17,7% na faixa entre 15 e 24 anos a 80,8% no grupo de 65 anos e mais. Em relação ao risco de apresentar doença crônica, o grupo com idade acima de 65 anos apresentou 4,57 vezes maior, se comparado com o grupo de jovens de 15 a 24 anos (IBGE, 1998).

As doenças crônicas, na maioria das vezes, são coexistentes e interferem na qualidade de vida dos idosos sem, no entanto, ser responsáveis por sua morte. Quando não adequadamente acompanhadas, tendem a ocasionar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia dessas pessoas (DUARTE, 2005).

Segundo Tamburini (1998), o controle dos sintomas desagradáveis e impedimento das sequelas e complicações são os principais objetivos para os indivíduos com DCNTs, que serão responsáveis por deterioração rápida da capacidade funcional, incapacidades, perda da autonomia e independência, necessidade de cuidados de longa duração e institucionalização.

As principais doenças crônicas que afetam o idoso no mundo são: cardiovasculares, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculoesqueléticas, doenças mentais, como demências, cegueira e diminuição da visão (WHO, 2005). Na maioria das vezes, o idoso é acometido por diversas destas doenças, múltiplas patologias, denominando-as comorbidades que estão associadas à maior incapacidade e dependência.

Lessa (1998) identificou as doenças cardiovasculares, osteoarticulares, respiratórias, digestivas, neoplasias, *diabetes mellitus* e diversos tipos de demências como as mais comuns em idades mais avançadas.

1.3 Demência

A demência, em suas diversas formas, tem particular importância nos processos mórbidos que acometem os idosos, não só pela frequência com que ocorre, mas também por ser possivelmente a mais devastadora das entidades patológicas, já que sua ação deletéria não se faz somente com a pessoa acometida, mas também, indiretamente, sobre o cuidador e a família, com repercussões sobre a sociedade (PAPALÉO NETTO; KLEIN 2007).

Definida como uma síndrome clínica de declínio global, a demência é caracterizada por declínio cognitivo, com caráter permanente e progressivo ou transitório, causada por múltiplas etiologias, suficientemente intensa para interferir nas atividades profissionais e sociais do indivíduo (CALDAS 2003; CARAMELLI; NITRINI, 1997; NITRINI 2002; PAPALÉO NETTO; KLEIN 2007).

Caixeta (2006) refere que o conceito de demência está apoiado no tripé constituído por alterações cognitivas, alterações do comportamento e prejuízo das atividades da vida diária. Mesulan (2000) define a demência como um declínio cognitivo e/ou comportamental crônico e geralmente progressivo que causa restrições graduais nas atividades da vida diária e que não pode ser explicado por modificações na consciência, na mobilidade ou no sensorio.

Vários estudos têm sido publicados internacionalmente, porém no Brasil ainda são poucas as publicações sobre idosos com demência.

Herrera et al. (1998) realizaram um estudo de base populacional na cidade de Catanduva, São Paulo, com 1660 pessoas de 60 anos ou mais, e detectaram prevalências variando de 1,3% na faixa etária de 65 a 69 anos e 36,9% para faixa etária de 85 anos ou mais, constatando que a prevalência da demência dobra a cada 5 anos, a partir dos 65 anos. Constataram, ainda, que a baixa escolaridade foi um fator de risco para desenvolver a demência e, dos analfabetos avaliados, 12,2% apresentaram demência em comparação aos 3,5% daqueles com escolaridade de oito anos ou mais.

Lopes e Bottino (2002) publicaram sobre a prevalência de demência em diversas regiões do mundo e encontraram uma taxa média de prevalência acima dos 65 anos em torno de 6% com tendência de elevação com a idade, no entanto, houve

diminuição do aceleração da taxa de prevalência nas faixas etárias mais elevadas, e com isso refere que a demência está relacionada à idade e não ao envelhecimento. Quanto ao sexo, encontraram maior número de casos para o sexo feminino, e a relação entre doença de Alzheimer (DA) e Demência Vascular (DV) fica acima de 4:1, nos países ocidentais.

Lopes (2006), em um estudo epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto, interior de São Paulo, avaliou 1.145 idosos que vivem na comunidade de diferentes níveis socioeconômicos e identificou prevalência de demência de 6% para idosos acima de 60 anos e 7,2% na população acima de 65 anos. Quanto à etiologia, DA apresentou prevalência de 2,7%, seguida de demência vascular 1,2% e demência mista 0,9%. O autor justifica esta prevalência de DA nessa população, devido à inclusão da categoria demência mista que inclui DA e DV, transferindo casos de DA para essa categoria.

1.4 Doença de Alzheimer

Doença de Alzheimer (DA) corresponde a cerca de 60% de todas as demências, sendo, portanto, sua principal causa (FRATIGLIONI, 2000). Acredita-se que a demência de Corpos de Lewy (DCL) seja a segunda causa mais comum, com cerca de 15% a 20% dos casos, deixando para o terceiro lugar a demência vascular, e em seguida situam-se as demais doenças (PAPALÉO NETTO, 2007). Outros referem a DV como a segunda causa mais frequente (CANINEU; SILVA; DAMASCENO, 2004; FRAGA JUNIOR, 2002). Existem outras condições clínicas menos frequentes que causam demência como o caso das síndromes relacionadas ao álcool, as inflamatórias, infecciosas, metabólicas, traumáticas, tóxicas e neoplasias (CANINEU; SILVA; DAMASCENO, 2004).

Ballone (2004) refere que existe em todo o mundo, entre 17 e 25 milhões de pessoas com DA, sendo a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para o câncer, representando 70% do conjunto das doenças que afetam a população idosa.

Pesquisas sugerem como etiologia da DA, o acúmulo do peptídeo beta

amiloide que, por superprodução ou por incapacidade de degradação, levaria ao acúmulo de substância amiloide causando as chamadas placas amiloides no tecido cerebral levando à morte celular (LEE et al., 2005). Segundo Reichman e Cummins (2002), os fatores de riscos relatados incluem: idade, gênero feminino, traumatismo craniano, história familiar, síndrome de Down, baixa escolaridade e a presença de uma forma específica de gene para a substância denominada de apolipoproteína E₄ (APOE 4).

A tomografia computadorizada e, particularmente, a ressonância magnética revelam atrofia da formação hipocampal e do córtex cerebral de distribuição difusa ou predomínio em regiões temporais mediais (DUBOIS et al., 2007).

A DA possui início insidioso e tem deterioração progressiva. O prejuízo de memória é o evento clínico mais marcante. Nos estágios iniciais, encontra-se perda de memória episódica e dificuldades no aprendizado de novas informações, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visoespaciais. Nos estágios intermediários, pode ocorrer apraxia ou disfasia, apresentando-se como anomia ou dificuldade para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia. Nos estágios mais avançados, encontram-se alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade, agressividade, delírios e alucinações; e ainda incapacidades de realizar cuidados pessoais (MANFRIN; SCHIMIDT, 2006). Em cada uma das etapas sucessivas, pode-se observar que à medida que a doença avança, os indivíduos necessitam cada vez mais de cuidados e supervisão de outras pessoas (LUZARDO; WALDMAN, 2004).

No decorrer dos estágios da demência, podem ocorrer déficits de capacidade funcional, levando à perda progressiva da autonomia e independência para realização das atividades da vida diária (AVD), como tomar banho, pentear os cabelos, usar o banheiro, e das atividades instrumentais como organizar a rotina diária, vestir-se, comer, preparar uma pequena refeição, caminhar dentro de casa, ou pela vizinhança, fazer compras, emitir julgamentos, ler e escrever, discar ou atender telefone. Essas tarefas, que, aparentemente, são simples, estruturam o cotidiano, oferecem suporte para realização de outras mais complexas e dão formato da história de vida das pessoas. Isso faz com que todo idoso com demência necessite de um sistema de suporte formal ou informal que lhe preste cuidados essenciais para manutenção da vida (BRESSAN, 2005).

Liu (2007), em seu estudo, demonstrou que há forte relação entre estágio da demência e capacidade para realização das atividades da vida diária, e que, mesmo no estágio mais leve da doença, houve comprometimento na realização destas atividades.

1.5 Capacidade funcional

A capacidade funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como componente fundamental na avaliação da saúde dessa população, principalmente daqueles com doenças incapacitantes como a doença de Alzheimer. A avaliação da capacidade funcional torna-se tão essencial à equipe de saúde quanto o diagnóstico, pois diz respeito ao impacto da doença ou condição limitante no indivíduo, impedindo ou dificultando a realização das atividades da vida diária, e os reflexos na sua qualidade de vida e de seus familiares, com repercussão para o sistema de saúde como um todo (DUARTE, 2006).

Pode ser definida segundo Araoz (1994), como a capacidade do indivíduo para adaptar-se aos problemas de todos os dias apesar de possuir incapacidade física, mental ou social. Gordilho et al. (2000), conceitua capacidade funcional como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma.

Para o WHO (2005), autonomia é “a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”.

Dependência pode ser definida como a ajuda indispensável para a realização de alguma atividade, de forma parcial ou total (CHAIMOWICS, 1997) ou como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de outra ou de tecnologia de assistência apropriada (materiais ou equipamentos) que lhe permitam adaptar-se a uma nova condição de desempenho funcional (CHAIMOWICS, 1998).

As definições de Ferreira (1986, p. 236) são mais complexas, define autonomia como:

Faculdade de se governar por si mesmo; direito ou faculdade de se reger por leis próprias; liberdade ou independência moral e intelectual; propriedade pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta.

Já independência é definida como “estado ou condição de quem ou do que é independente, de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem procura recorrer só aos seus próprios meios, de quem se basta” (FERREIRA, 1986, p. 624).

A avaliação da capacidade funcional representa o grau de dependência, da ajuda de outras pessoas para o desempenho das atividades da vida diária que o idoso possui (RAMOS, 2003).

Dentre as diferentes áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as atividades da vida diária (AVDs) que são divididas em físicas, de autocuidado ou básicas (ABVDs) e as chamadas instrumentais (AIVDs). Katz et al. (1963) descreve as ABVDs como atividades básicas desempenhadas pelo indivíduo na sua vida diária como banhar-se, vestir-se, alimentar-se, ter continência, uso do vaso sanitário e transferências, já as AIVDs são descritas por Lawton e Brody (1969) como atividades mais complexas que fazem parte do dia-a-dia do indivíduo que vive em sociedade como usar telefone, preparar refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, caminhar, utilizar meios de transporte e tomar medicamentos.

A importância da avaliação das AVDs, como componente importante para o diagnóstico, rastreamento e manejo da DA, está descrita nos estudos de Boyle (2004) que enfatiza que a compreensão dos determinantes da disfunção nas AVDs é importante para a identificação precoce dos fatores de risco para a incapacidade funcional e para melhorar o cuidado ao paciente.

O conceito de incapacidade funcional é bastante complexo, Rosa et al. (2003) definem como a presença de dificuldades no desempenho de algumas atividades cotidianas ou até mesmo, pela impossibilidade de desempenhá-las e refere que quando tal situação ocorre a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e o sistema de saúde pode ser grande e exaustiva .

Ricci, Kubotta e Cordeiro (2005) afirmam que idosos com dependência

para sete ou mais AVDs têm três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes. Diferente dos dados sociodemográficos, que não podem ser modificados pelo indivíduo, a dependência nas AVDs é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação (RAMOS; SIMÕES; ALBERT, 2001).

Segundo Elsen (1994), a família geralmente assume a responsabilidade pela saúde de seus membros, constituindo uma unidade que presta cuidados e desenvolvendo ações que visam à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Muitas vezes, as famílias não possuem adequada preparação, conhecimento ou suporte para assumir tal papel. Isso significa que embora tentem suprir a assistência usando seus próprios recursos, suas forças intrínsecas e sua autoridade como família passam a constituir um sistema informal de cuidado em que o desgaste e o estresse sobrevêm, podendo afetar o bem-estar e a saúde da família e do idoso (GRATÃO, 2006).

A avaliação da capacidade funcional dos idosos pela enfermagem e equipe multidisciplinar serve para que se obtenha uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e ao impacto da demência no convívio familiar. Segundo Wright (2002) o enfermeiro obrigatoriamente considera o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem. A avaliação funcional do idoso é parte integrante do cuidado de enfermagem com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com que ele pode contar, para que suas necessidades possam ser supridas. O enfermeiro elabora, executa e avalia o cuidado prestado ao idoso, servindo de suporte para que a família possa executá-lo de forma efetiva e desejável.

De acordo com Caldas (1995), a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado de um familiar é imensa. E não se deve esperar que os cuidados sejam entendidos e realizados corretamente sem que os responsáveis pelo idoso sejam habilitados para desenvolvê-lo.

Diante do exposto e considerando a vulnerabilidade da população idosa às condições crônicas incapacitantes como a doença de Alzheimer, o presente estudo é fundamental para que o nível de independência funcional do idoso com DA seja avaliado. Dessa forma, profissionais da saúde, sociedade e governantes podem desenvolver uma terapêutica mais adequada, assim como investir em educação e apoio aos familiares na realização das atividades necessárias ao cotidiano do idoso e família, para dinamizar medidas adequadas a essa população. Avaliar o nível de

independência funcional segundo a gravidade da doença irá fornecer dados que ajudem o enfermeiro a planejar o cuidado ao idoso com DA e atuar juntamente com a família na prestação desse cuidado. Diante dessas considerações, a questão norteadora do estudo é avaliar o nível de independência dos idosos com DA, nos diferentes estágios da demência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar o nível de Independência Funcional de idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer, nos diferentes estágios.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as comorbidades descritas no prontuário médico, segundo CID-10 de idosos com doença de Alzheimer.
- Mensurar o nível de independência dos idosos com doença de Alzheimer, empregando a Medida de Independência Funcional – MIF
- Correlacionar nível de Independência Funcional dos idosos com a escala de Avaliação Clínica de Demência (*Clinical Dementia Rating scale*) – ACD/CDR

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional e transversal, para verificação do nível de independência funcional de idosos com doença de Alzheimer.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Neurologia Comportamental (ANCP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

O hospital é centro de referência assistencial para a macrorregião, além de distribuir medicação de alto custo fornecida pelo governo aos pacientes com doença de Alzheimer, mantém convênio com Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como função prestar serviços de complexidade terciária à população, servindo de campo de ensino, pesquisa e assistência.

O ANCP do HCFMRP-USP tem como propósito oferecer atendimento à pessoa com demência de diferentes etiologias. Suas atividades iniciaram em 1995 com o trabalho de uma equipe multiprofissional, formada por médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional. Os pacientes que buscam atendimento no ANCP são procedentes de Ribeirão Preto e cidades da região. Referenciados por Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde (UBS), passam pela Central Única de Regulação Médica (CURM), cuja função é ordenar o fluxo de pacientes e garantir-lhes o acesso à rede hospitalar (SILVA de SÀ, 2001). De posse da guia de referência, após passarem pela triagem médica, são encaminhados à triagem da Neurologia Comportamental.

O diagnóstico da doença de Alzheimer é feito pelo médico em consulta de acordo com: a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition / DSM IV*), nos critérios McKhan et al. (1984) (NINCS-ADRDA - *National Institute of Neurological Disorders and Stroke –Alzheimer disease*

and Related Disorders) e na Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Todos os pacientes são submetidos à tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética e a exames laboratoriais para investigação (VALE 2002).

3.3 População e amostra do estudo

Foram incluídos no estudo idosos com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos, residentes em Ribeirão Preto/SP, com diagnóstico clínico de doença de Alzheimer atendidos no ANCP – HCFMRPUSP, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008.

Os sujeitos foram previamente identificados no ANCP e foram encontrados 103 que se enquadravam nos critérios de inclusão propostos, após conferência de endereço e telefone do idoso, foram agrupados por bairros e ruas para agilizar a coleta de dados. Dos 103 idosos, 36 foram excluídos, sendo 26 por óbito, 7 não foram encontrados, 2 se recusaram a participar e um por apresentar diagnóstico questionável da doença de Alzheimer segundo CDR.

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados em duas etapas: 1- entrevista semiestruturada com os idosos e cuidadores/ informantes em domicílio, após contato telefônico; e 2- consulta no prontuário médico dos idosos para identificação das comorbidades descritas segundo CID – 10 após consentimento dos idosos/ famílias.

As visitas domiciliares foram realizadas pela pesquisadora, no período de novembro de 2008 a fevereiro de 2009, munida de crachá de identificação, jaleco e pasta, contendo os instrumentos e termos de consentimento. Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.4.1. Instrumento de Informações Pessoais e Perfil Sociodemográfico que avalia informações pessoais (idade, sexo, estado civil, cor da pele, local de nascimento, número de filhos, religião); perfil social (escolaridade, renda do idoso e família), estilo de vida e problema de saúde (Anexo A).

3.4.2. Mini Exame do Estado Mental (MEEM); elaborado por Folstein; Folstein; Mchugh (1975) nos Estados Unidos. No Brasil, foi traduzido e validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003). O Mini Exame do Estado Mental – MEEM é um teste de avaliação cognitiva que tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial. Este teste é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação, lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de um mínimo (0) até o total máximo (30).

Bertolucci et al. (1994), após entrevista com 530 pacientes num serviço de triagem médica, concluíram que um fator muito importante para o desempenho no MEEM foi a escolaridade, e indicaram pontuar os níveis de cortes estratificados dos distintos graus de instrução, para que a avaliação das alterações cognitivas possam ser melhor realizadas, sendo os valores-limites respectivamente: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para pessoas com escolaridade baixa (1 a 4 anos incompletos) ou média (4 a 8 anos incompletos) e 26 para aquelas com escolaridade elevada (8 ou mais anos) (Anexo B).

3.4.3. Escala de Avaliação Clínica de Demência – CDR (*Clinical Dementia Rating scale*): foi elaborada por Hughes et al. (1982) com intuito de graduar demência principalmente a doença de Alzheimer, posteriormente foi adaptada por Morris (1993). A escala foi traduzida em várias línguas como: holandês, belga, inglês da Inglaterra e Áustria, polonês, sueco, espanhol da Espanha e Argentina, português de Portugal e recentemente para o português do Brasil por Chaves (2007).

Tem como objetivo avaliar cognição, comportamento e influências das perdas cognitivas na capacidade de realizar adequadamente as AVDs. A escala apresenta uma sensibilidade de 91,2% e especificidade de 100%, e é usualmente utilizada em serviços de geriatria e gerontologia e em pesquisas científicas com a função de classificar a gravidade da demência, relacionando as perdas cognitivas com a habilidade dos idosos em conduzir as ABVDs e AIVDs (VIEIRA, 2002).

Para a determinação dos escores de cada uma das cinco categorias da escala CDR, foi utilizado um questionário proposto por Chaves (2007). O questionário contém 10 itens, sendo 6 para o informante, referentes ao idoso: questões de memória, orientação, julgamento e solução de problemas, atividades na comunidade, lar e lazer e cuidados pessoais; e 4 para o idoso: memória, orientação, juízo crítico e solução de problemas e desenho do relógio (Anexo C). Foi avaliado estágio da demência de acordo com graus da CDR, os 5 graus de comprometimento são: saudável (CDR 0), demência questionável (CDR 0,5), demência leve (CDR 1), demência moderada (CDR 2) e demência grave (CDR 3) de acordo com a figura 1, a seguir. Foram incluídos no estudo idosos com CDR 1, 2 e 3, desconsiderando os idosos saudáveis e com diagnóstico médico questionável da doença.

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; “esquecimento benigno”	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia a dia	Perda de memória grave; apenas material <i> muito</i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais	Geralmente desorientado	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia a dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais levemente afetados	Comprometimento leve, mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados	Realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos	Sem qualquer atividade significativa em casa
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita assistência ocasional	Requer assistência no vestir e na higiene	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente

Figura 1. Escores da escala de Avaliação Clínica da Demência, traduzida, adaptada e validada por CHAVES et al. 2007.

Para aplicação da escala, a pesquisadora realizou treinamento on-line (*Brief Reliability and Training Protocol BRT-P*) da Universidade de Washington, em setembro de 2008 (Anexo E).

3.4.4 Medida da Independência Funcional (MIF): foi desenvolvida, nos anos de 1980, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, na tentativa de padronizar conceitos e definições sobre incapacidade e de se obter um único instrumento que permitisse uma avaliação global da reabilitação de pacientes.

A medida foi criada com o objetivo de identificar e medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o indivíduo exige para realização de tarefas motoras e cognitivas (Riberto et al., 2001) (Anexo D). Foi traduzida e validada no Brasil por Riberto et al. (2001), em uma população de pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico em Reabilitação, porém ressalta utilidade em quadros clínicos de naturezas diversas, apresenta também uma boa confiabilidade para o escore total (ICC=0,98 interobservadores e 0,97 teste/reteste) e para as dimensões. Sua natureza é multidimensional, podendo ser utilizada para trazer resultados quanto ao tratamento, como forma de planejamento terapêutico.

Brito (2007) reforça sua utilização não só para reabilitação, mas também como instrumento de identificação com outros instrumentos geriátricos. A MIF avalia o desempenho do indivíduo e o nível de ajuda necessária para realização de 18 atividades (motora e cognitiva social) distribuídas em: autocuidado, controle de esfíncteres, locomoção, comunicação e cognição social, conforme mostra Figura 2 a seguir:

Figura 2. Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em MIF total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações (RIBERTO et al. 2001).

Cada item tem uma pontuação de 1 a 7, sendo: 1 correspondente à dependência total; 2 dependência máxima; 3 dependência moderada; 4 dependência mínima; 5 supervisão; 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa. Obtém-se escore mínimo de 18 e máximo de 126 pontos que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores, descritos na Figura 3 a seguir:

Nível	Dependência Funcional	Subescores
1	Dependência total (assistência total)	18 pontos
2	Dependência Máxima (assistência de até 75% na tarefa)	19 – 60 pontos
3	Dependência moderada (assistência de até 50% na tarefa)	
4	Dependência Mínima (assistência de até 25% na tarefa)	61 – 103 pontos
5	Supervisão, estímulo ou preparo	
6	Independência Modificada	104 – 126 pontos
7	Independência Completa	

Figura 3. Níveis de Independência Funcional, com suas respectivas pontuações (RIBERTO et al., 2001)

Para utilização da MIF, a autora foi capacitada pela Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas de São Paulo – FMUSP em agosto de 2007 (Anexo F).

3.5 Análise dos dados

Foi elaborado uma planilha de dados no programa *Microsoft Excel*, contendo um dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). A análise dos dados foi realizada no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 15.0, de forma descritiva, univariada (tabelas de frequência) e bivariada (tabelas de contingência para variáveis

qualitativas) e comparação de medidas de tendência central para variáveis quantitativas (Mann-Whitney). Além disso, foi calculada correlação de Spearman entre variáveis ordinais e quantitativas. As correlações foram consideradas como sendo fracas, moderadas ou fortes, conforme a convenção usual (MUNRO, 2001):

- a) fraca, se $|r| < 0,3$
- b) moderada, se $0,3 \leq |r| < 0,7$
- c) forte, se $|r| \geq 0,7$

Finalmente, elaborou-se um modelo de regressão linear múltipla, tendo como variável dependente ou desfecho principal a Medida de Independência Funcional e como preditores ou variáveis explanatórias (independentes) o estágio da demência, presença do déficit cognitivo, sexo, idade e escolaridade.

Em todos os testes, o nível de significância utilizado foi $\alpha = 0,05$. No entanto, é preciso ressaltar que os valores de p foram interpretados supondo que a casuística constitui uma amostra aleatória simples de uma população com características semelhantes.

3.6 Procedimentos éticos

Foi solicitada autorização pela pesquisadora e orientadora ao coordenador do Ambulatório ANCP do HCFMRPUSP, para coleta de dados (Apêndice A).

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, para apreciação e aprovado conforme Parecer nº8465/2008 em 13/10/2008 (Anexo G). Os termos de consentimento livre e esclarecido foram elaborados pela pesquisadora conforme Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro 1996.

O termo foi lido e assinado pelo cuidador/informante (Apêndice B) idoso (Apêndice C) e seu representante legal (Apêndice D), caso este se encontrasse restrito de suas capacidades de consentimento. Os termos foram assinados em duas vias por aqueles que aceitaram fazer parte da pesquisa; sendo que uma via ficou em posse do participante, e a outra, da pesquisadora.

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas

Observa-se na Tabela 1 os dados sociodemográficos dos 67 idosos entrevistados. Destaca-se que grande parte (41,8%) se encontra na faixa etária entre 75 e 79 anos (idade mínima de 60 e máxima de 100 anos). A média de idade foi 79 anos, e o desvio-padrão, de 7,2. Entre as mulheres, a média de idade também foi 79 anos ($\pm$ 6,8 anos), entre os homens 76 anos ($\pm$ 7,9 anos). Desses idosos, 52(77,6%) eram do sexo feminino, 33 (49,3%) viúvos, sendo 61,5% das mulheres e 34,3% dos homens, a maioria branca (52; 77,6), aposentados (38; 56,7%), 32 (47,8%) recebiam pensão, e uma minoria dos idosos (4,5%) ainda referia o trabalho próprio como fonte de renda.

Quanto à escolaridade, 38 (56,7%) estudaram de 1 a 4 anos, seguidos de 16 (23,9%) que estudaram mais de 9 anos. Quanto à renda do idoso, 73,1% referiram renda própria, quanto à renda familiar (incluindo o idoso), 31 (46,3%) tinham renda mensal de até 5 SM [▼](Tabela 1).

O número de pessoas que moram na casa com o idoso variou de 1 a 18, com média de 3,5 pessoas, sendo que, desses idosos, 4 viviam em instituições de longa permanência. Dos idosos que afirmaram renda familiar de até 5 salários mínimos, 40,2% residem com até 5 pessoas no domicílio.

[▼] Salário Mínimo Nacional em janeiro de 2009 R\$ 450,00

Tabela 1 - Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda, número de pessoas que moram na residência e com quem mora. Ribeirão Preto, 2009

Perfil sociodemográfico	Nº	(%)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão (DP)
<i>Faixa etária</i>			60	100	79	7,2
60 – 64	3	4,5				
65 – 69	3	4,5				
70 – 74	6	9,0				
75 – 79	28	41,8				
80 – 84	13	19,4				
85 – 89	9	13,4				
90 ou +	5	7,5				
<i>Sexo</i>						
Feminino	52	77,6				
Masculino	15	22,4				
<i>Estado civil</i>						
Viúvo	33	49,3				
Casado	23	34,3				
Solteiro	6	9,0				
Divorciado/desquitado	3	4,5				
Separado	2	3,0				
<i>Escolaridade (anos)</i>			0	18	5,6	4,5
Analfabeto	4	6,0				
1 a 4 anos	38	56,7				
5 a 8 anos	9	13,4				
9 ou +	16	23,9				
<i>Renda</i>						
Sim	49	73,1				
Não	16	23,9				
Não respondeu/não sabe	2	3,0				
<i>Renda mensal da família do idoso (incluindo o mesmo) em SM</i>						
1	3	4,5				
2	4	6,0				
3 – 5	24	35,8				
6 – 9	15	22,4				
10 ou +	4	6,0				
Não sabe	17	25,4				
<i>Número de pessoas que moram na casa do idoso (incluindo o mesmo)</i>			1	18	3,5	3,0
1	5	7,5				
2	25	37,3				
3	13	19,4				
4	11	16,4				

continua...

5	4	6,0
6	3	4,5
7	1	1,5
9	1	1,5
18	2	3,0
Não sabe	2	3,0

Com quem os idosos moram

Sozinho	5	7,5
Somente com o cônjuge	13	19,4
Cônjuge e filho(s)	8	11,9
Cônjuge, filhos, genro e nora	6	9,0
Somente com os filhos	6	9,0
Arranjos trigeracionais	11	16,4
Arranjos intrageracionais	6	9,0
Somente com os netos	1	1,5
Não familiares	3	4,5
Outros	8	11,9

conclusão.

Cálculo sobre n= 67.

Quanto à moradia, 19,4% moram somente com o cônjuge e 6 (9%) referiram morar somente com outros idosos, porém, 7,5% moram sozinhos. A maioria (58,2%) informou possuir convênio médico, enquanto 27 (40,3%) recorrem somente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste estudo, quatro idosos encontravam-se em instituições de longa permanência, sendo 6% da população em estudo.

4.2 Comorbidades dos idosos

De acordo com as comorbidades identificadas no prontuário médico dos idosos, além da doença de Alzheimer, observa-se na Tabela 2 e na Figura 4, que a maioria (53,7%) apresentava hipertensão arterial, seguida de diabetes *mellitus*. Obteve-se ainda que 23,9% dos idosos não apresentaram comorbidade. Na Figura 4, visualiza-se a distribuição dos idosos com comorbidades, o que se pode notar é a prevalência de uma comorbidade (38,8%), seguida de 22,4% com duas comorbidades.

Tabela 2 – Distribuição das comorbidades identificadas em prontuário médico dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009

CID 10	Morbidade	Total	Frequência (%)
	Sem comorbidades	16	23,9
I 10	HAS	36	53,7
E 11.9	Diabetes Mellitus tipo 2	12	17,9
M 81.9	Osteoporose	9	13,4
I 51.9	Cardiopatias	7	10,4
M13.9/ M19.9	Artrite/Artrose	6	9,0
	Diminuição da acuidade auditiva	3	4,5
H 54	Cegueira / visão subnormal	3	4,5
	Outros	13	19,4

CID 10= Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde (OMS, 2003).

Figura 4. Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP segundo número de comorbidades, Ribeirão Preto, 2009

Quanto à faixa etária que mais apresenta comorbidades, como mostra a Tabela 3, os idosos que estão entre 70 – 79 anos apresentam hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, seguidos de osteoporose e cardiopatia, sendo que 15 (44,1%) apresentam pelo menos uma comorbidade, seguido de 7 (20,6%) que apresentam duas. Além dessas, verifica-se ainda a presença de outras comorbidades como: problemas de coluna, labirintopatia, Acidente Vascular Encefálico, câncer e outras.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, por comorbidades segundo faixa etária, Ribeirão Preto, 2009

Variáveis	HAS N (%)	DM N(%)	Osteoporose N(%)	Cardiopatia N(%)	Artrite/ Artrose N(%)	Problemas auditivos N(%)	Problemas visuais N(%)	Outros N(%)
<i>Faixa etária</i>								
60 – 69	1(2,8)	-	-	1(14,3)	-	-	1(33,3)	-
70 - 79	17(47,2)	8(66,7)	6(66,7)	5(71,4)	2(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	9(75,0)
80 - 89	17(47,2)	4(33,3)	2(22,2)	1(14,3)	4(66,7)	2(66,7)	1(33,3)	3(25)
90 ou +	1(2,8)	-	1(11,1)	-	-	-	-	-
Total	36(53,7)	12(17,9)	9(13,4)	7(10,4)	6(9,0)	3(4,5)	3(4,5)	12(17,9)

Cálculo sobre n=67

No presente estudo, houve fraca correlação entre o número de comorbidades e faixa etária ($r = 0,125$ e $p = 0,314$) e entre o número de comorbidades e o sexo ($r = 0,041$ $p = 0,744$).

4.3 Avaliação do desempenho cognitivo

Na Tabela 4, visualiza-se o desempenho dos idosos no MEEM, levando-se em consideração o sexo e a escolaridade, em anos completos.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, segundo desempenho no MEEM, sexo e escolaridade, Ribeirão Preto, 2009

DESEMPENHO NO MEEM							
Escolaridade (anos)	Feminino		Masculino		Total		Média (DP)
	Baixo N(%)	Alto N(%)	Baixo N(%)	Alto (%)	Baixo N(%)	Alto N(%)	
Analfabeto	3(7,1)	1(10)	-	-	3(5,4)	1(8,3)	4,8(5,7)
1 a 4 anos	24(57,1)	7(70)	6(46,1)	1(50,0)	30(54,5)	8(66,6)	7,9(7,9)
5 a 8 anos	5(11,9)	2(20)	2(15,4)	-	7(12,7)	2(16,6)	11,8(10)
9 ou +	10(23,8)	-	5(38,5)	1(50,0)	15(27,3)	1(8,3)	12,3(10,1)
Total	42(80,7)	10(19,3)	13(86,6)	2(13,4)	55(82,0)	12(18,0)	9,3(8,8)

Ao avaliar a escolaridade dos idosos e os resultados dos seus escores no MEEM, foram considerados com baixo desempenho cognitivo os que obtiveram escores inferiores aos apresentados por Bertolucci et al. (1994), isto é, escores abaixo de 13 para analfabetos, de 18 para 1 a 4 anos de escolaridade, de 26 para 5 a 8 anos e 30 para mais de 9 anos de escolaridade. Foi considerado alto desempenho cognitivo os que apresentaram resultados iguais ou superiores aos do escore proposto pelo autor.

Quanto ao desempenho dos idosos no MEEM, 82% apresentaram baixo desempenho cognitivo, sendo 86,6% do sexo masculino e 80,7% do sexo feminino. Entretanto, houve predomínio do déficit cognitivo em ambos os sexos, entre os que frequentaram a escola entre 1 e 4 anos.

A média total encontrada para o MEEM foi de 9,3 ($\pm 8,8$). Foi encontrada no presente estudo, pontuação máxima para idosos analfabetos 13 pontos; para os que frequentaram a escola até 4 anos, 21 pontos, para os idosos com 5 a 8 anos de escolaridade, 25 pontos, e para os que frequentaram mais de 9 anos, 26 pontos. Podemos afirmar que a escolaridade influenciou o desempenho no MEEM, mesmo para idosos com DA em diferentes estágios da demência.

A correlação segundo coeficiente de Spearman, encontrada entre a escolaridade em anos completos e o desempenho dos idosos no MEEM foi moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,337$ $p < 0,001$), demonstrando que a diminuição do tempo da educação formal foi um fator que influenciou o desempenho dos idosos no teste do MEEM.

Quanto ao estágio da demência de acordo com CDR, pode-se observar na Tabela 5 que 31 (46,3%) apresentam demência grave, seguidos de 21 (31,3%) que apresentam demência leve e de 15 (22,4%) com demência moderada. Observa-se ainda, na Tabela 5, a distribuição dos idosos de acordo com CDR, segundo faixa etária (em anos completos), escolaridade sexo e presença de déficit cognitivo.

A correlação das variáveis faixa etária e escolaridade com o CDR (Tabela 5) foi fraca sem significância estatística, assim como o sexo. Já entre o déficit cognitivo e CDR, tal correlação foi estatisticamente significativa. Portanto, pode-se inferir que o grau de severidade da demência não é influenciado pela idade, sexo ou escolaridade, porém, como esperado, influencia negativamente o desempenho cognitivo dos idosos.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, por estágio da demência segundo faixa etária, escolaridade, sexo e déficit cognitivo. Ribeirão Preto, 2009

Variáveis	Demência Leve n(%)	Demência Moderada n(%)	Demência Grave n(%)	Spearman	
				R	P
<i>Faixa etária</i>				0,046	0,711 ^a
60 – 69	1(4,8)	2(13,3)	3(9,7)		
70 – 79	13(61,9)	8(53,3)	13(41,9)		
80 – 89	6(28,6)	4(26,7)	12(38,7)		
90 ou +	1(4,8)	1(6,7)	3(9,7)		
<i>Escolaridade (anos)</i>				-0,127	0,307 ^a
Analfabeto	1(4,8)	-	3(9,7)		
1 a 4 anos	9(42,9)	12(80,0)	17(54,8)		
5 a 8 anos	5(23,8)	-	4(12,9)		
9 ou +	6(28,6)	3(20,0)	7(22,6)		
<i>Sexo</i>				-	0,948 ^b
Feminino	16(76,2)	12(80,0)	24(77,4)		
Masculino	5(23,8)	3(20,0)	7(22,6)		
<i>Déficit cognitivo</i>				-	< 0,001 ^b
Sim	9(42,9)	15(100,0)	31(100,0)		
Não	12(57,1)	-	-		
Total	21(31,3)	15(22,4)	31(46,3)		

a – Spearman; b – Mann-Whitney

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, a média de anos foi de 5,01 $\pm$ 2,5, com tempo mínimo de um ano e máximo de 14 anos de diagnóstico.

4.4 Avaliação da capacidade funcional

Os resultados a seguir referem-se à funcionalidade dos idosos, segundo avaliação pela Medida da Independência Funcional (MIF).

A Tabela 6 demonstra a correlação entre a funcionalidade dos idosos, segundo a MIF e as variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, renda familiar e do idoso.

Foi encontrada correlação moderada estatisticamente significativa entre a funcionalidade, segundo a MIF dos idosos com DA e a escolaridade como mostra a Tabela 6, ou seja, nesta população os idosos com maior nível de escolaridade apresentaram menor comprometimento funcional.

Tabela 6 – Coeficientes de correlação da MIF com variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, renda familiar e dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009

Spearman	Idade do sujeito^a	Escolaridade^a	Renda da família^b	Renda do idoso^b
MIF Global	0,112	0,390*	0,009	- 0,003
MIF Motora	0,144	0,392*	0,014	0,014
MIF Cognitiva	0,011	0,345*	0,056	0,047

a – Correlação de Pearson; b – Correlação de Spearman.

*p<0,01

Descritivamente as mulheres tiveram menor desempenho na MIF, porém não houve diferença estatisticamente significativa como mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Medidas de tendência central e variabilidade comparando valores da MIF, segundo sexo dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFRMPUSP . Ribeirão Preto, 2009

MIF	Sexo				P*
	Feminino		Masculino		
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	
MIF Global	67,3(37,7)	83	84,4(33,2)	89	0, 166
MIF Motora	51,7(29,7)	64,5	67(25,7)	73	0, 110
MIF Cognitiva	15,6(8,5)	17,5	17,3(8,7)	17	0, 565

*Mann Whitney

A correlação entre número de comorbidades e funcionalidade foi fraca mas estatisticamente significativa (Correlação de Spearman; $r = 0,289$ $p = 0,018$).

A variação observada para MIF motora foi igual à variação possível, o que faz supor que há idosos com funcionalidade prejudicada para esse domínio, mas também outros completamente independentes. Já para a MIF total e o domínio MIF cognitivo, houve diferença entre variação possível e observada, a hipótese é que estes idosos possuem algum déficit para realização das atividades desse domínio. A média total da MIF foi 71,1 com desvio-padrão de 37,1, para a MIF motora, a média foi $55,2 \pm 29,4$ e, para a MIF cognitiva, $15,9 \pm 8,5$, conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Valores e variações da MIF total e seus domínios e dimensões dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009

MIF	Variação possível	Variação observada	Média (d.p.)
MIF motor	13 - 91	13 – 91	55,2 (29,4)
Autocuidado	6 - 42	6 – 42	29 (14,3)
Controle de esfíncteres	2 - 14	2 -14	8 (5,0)
Transferências	3 - 21	3 – 21	14,7 (7,0)
Locomoção	2 -14	2 -14	8,8 (4,4)
MIF cognitivo	5 - 35	5 – 31	15,9 (8,5)
Comunicação	2 -14	2 – 14	7,6 (4,0)
Cognição social	3 - 21	3 – 17	8,3 (4,7)
MIF total	18 - 126	18 – 122	71,1 (37,1)

Calculo sobre n=67

Segundo a média da MIF total encontrada, os idosos deste estudo possuem dependência mínima/supervisão.

Os resultados apresentados na Tabela 9, mostram que no domínio da MIF motora na dimensão autocuidado, os idosos distribuem-se entre independência completa/modificada e dependência total, ou seja, podem realizar as tarefas com desempenho seguro ou requerendo um tempo maior, enquanto outros dependem totalmente de terceiros para realizá-las, exceto para a alimentação em que os idosos possuem dependência moderada maior que os totalmente dependentes.

Na dimensão controle de esfíncteres, observa-se que grande parte se encontra com independência completa e dependência total, isto é com perdas urinárias pelo menos uma vez ao dia enquanto outros não apresentam perdas.

Nas categorias transferências leito, cadeira/cadeira de rodas e marcha/cadeira de rodas, observa-se que a maioria dos idosos possui independência completa para essas atividades, já na categoria subir e descer escadas houve um prejuízo, além disso, 37,3% são totalmente dependentes. Vale ressaltar que muitos idosos adquiriram pontuação reduzida, considerando que este ato não seja rotineiro em suas vidas, já que a escala pontua somente tarefas do cotidiano.

Quando se refere aos domínios da MIF cognitiva, os idosos possuem dependência moderada (47,8%) para a categoria compreensão. Já para a categoria expressão, estes estão distribuídos uniformemente entre a independência total e dependência moderada, seguidos daqueles que são totalmente dependentes para se expressar. Quanto a dimensão cognição social, observa-se que muitos são totalmente dependentes para interagir socialmente (38,8%) e para resolver problemas (55,2%). Para a categoria memória, observa-se que a maioria (51,2%) é totalmente dependente, e que nenhum idoso foi totalmente independente para esta categoria (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da dependência funcional nas dimensões e categorias da MIF total dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009

MIF	Dependência completa N (%)	Dependência moderada N(%)	Independência modificada/completa N(%)
Autocuidado			
Alimentação	18 (26,9)	23 (34,3)	26 (38,8)
Higiene Pessoal	29 (43,3)	15 (22,4)	23 (34,3)
Banho	29 (43,3)	13 (19,4)	25 (37,3)
Vestir-se acima da cintura	28 (41,8)	13 (19,4)	26 (38,8)
Vestir-se abaixo da cintura	28 (41,8)	13 (19,4)	26 (38,8)
Uso do vaso sanitário	28 (41,8)	10 (14,9)	29 (43,3)
Controle de esfíncteres			
Controle da urina	32 (47,8)	9 (13,4)	26 (38,8)
Controle das fezes	25 (37,3)	10 (14,9)	32 (47,8)
Transferências			
Transferência leito, cadeira e cadeira de rodas	15 (22,4)	12 (17,9)	40 (59,7)
Transferência vaso sanitário	16 (23,9)	11 (16,4)	40 (59,7)
Transferência banheira ou chuveiro	16 (23,9)	11 (16,4)	40 (59,7)
Locomoção			
Marcha/ Cadeira de rodas	14 (20,9)	17 (25,4)	36 (53,7)
Escadas	25 (37,3)	16 (23,9)	26 (38,8)
Comunicação			
Compreensão auditiva/visual	19 (28,4)	32 (47,8)	16 (23,9)
Expressão verbal/não verbal	23 (34,3)	24 (35,8)	20 (29,8)
Cognição social			
Interação social	26 (38,8)	20 (29,9)	21 (31,3)
Resolução de problemas	37 (55,2)	28 (41,8)	2 (3,0)
Memória	41 (61,2)	26 (38,8)	-

Dependência completa= requer assistência máxima ou total; Dependência moderada= requer supervisão, assistência mínima ou moderada e Independência completa ou modificada= não requer assistência.

4.5 Comprometimento cognitivo e capacidade funciona

Pode-se observar na Tabela 10, que os idosos com déficit cognitivo, segundo o MEEM, possuem pior desempenho na MIF em todas suas categorias, porém estas perdas se mostram menos intensa nas funções relacionadas à locomoção, por outro lado nota-se também que mesmo os idosos sem déficit cognitivo apresentam perdas significativas nas categorias resolução de problema e memória. Pode-se afirmar diante dos dados que a presença do déficit cognitivo compromete a funcionalidade destes idosos.

Tabela 10 – Valores médios e medianas das dimensões da MIF segundo déficit cognitivo dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009

MIF	Déficit Cognitivo				P*
	Sim N= 55		Não N=12		
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	
Autocuidado					
Alimentação	4,0 $\pm$ 2,3	4,0	6,5 $\pm$ 0,8	7,0	<0,001
Higiene Pessoal	3,3 $\pm$ 2,4	2,0	6,3 $\pm$ 0,8	6,5	<0,001
Banho	3,1 $\pm$ 2,4	2,0	6,2 $\pm$ 1,0	6,5	<0,001
Vestir-se acima da cintura	3,3 $\pm$ 2,4	2,0	6,2 $\pm$ 0,9	6,0	<0,001
Vestir-se abaixo da cintura	3,4 $\pm$ 2,5	2,0	6,2 $\pm$ 0,9	6,0	0,001
Uso do vaso sanitário	3,4 $\pm$ 2,6	2,0	6,4 $\pm$ 0,7	6,5	<0,001
Controle de esfíncteres					
Controle da urina	3,2 $\pm$ 2,5	2,0	6,2 $\pm$ 1,5	7,0	<0,001
Controle das fezes	3,8 $\pm$ 2,7	4,0	6,5 $\pm$ 1,2	7,0	0,001
Transferências					
Transf. para cama e cadeira	4,6 $\pm$ 2,5	6,0	6,3 $\pm$ 1,0	7,0	0,034
Transf. para o vaso sanitário	4,5 $\pm$ 2,5	6,0	6,5 $\pm$ 0,7	7,0	0,016
Transf. para chuveiro	4,5 $\pm$ 2,5	6,0	6,5 $\pm$ 0,7	7,0	0,020
Locomoção					
Marcha/ Cadeira de rodas	4,6 $\pm$ 2,3	5,0	6,3 $\pm$ 0,8	6,5	0,024
Escadas	3,5 $\pm$ 2,5	4,0	5,5 $\pm$ 1,2	5,5	0,023
Comunicação					
Compreensão auditiva/visual	3,3 $\pm$ 1,9	3,0	5,8 $\pm$ 0,7	6,0	<0,001
Expressão verbal/não verbal	3,4 $\pm$ 2,1	4,0	6,1 $\pm$ 0,9	6,0	<0,001
Cognição social					
Interação social	3,2 $\pm$ 2,1	4,0	6,4 $\pm$ 0,7	6,5	<0,001
Resolução de problemas	2,0 $\pm$ 1,4	1,0	4,2 $\pm$ 1,0	4,0	<0,001
Memória	1,8 $\pm$ 1,2	1,0	3,2 $\pm$ 1,0	3,0	<0,001
MIF Global	63,2(36,0)	49,0	107,7(11,3)	111,5	<0,001
MIF Motora	49,4(29,1)	42,0	81,7(9,1)	85,0	<0,001
MIF Cognitiva	13,8(7,8)	14,0	25,7(2,6)	25,5	<0,001

*Mann Whitney

A Figura 5 mostra a relação entre o declínio cognitivo (eixo-x score total do MEEM de 0-30) e o declínio funcional (eixo-y escores da MIF Global 0-126). Observa-se que os idosos, com melhores desempenhos no MEEM, apresentam maiores escores na MIF (Correlação de Spearman; $r = 0,869$ e $p < 0,05$). Porém pode-se observar também que apenas um indivíduo com MEEM = 0 apresentou MIF entre 60 e 80.

Figura 5. Diagrama de dispersão ilustrando correlação entre MEEM e escores da MIF total dos idosos com DA residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009

A Tabela 11 mostra o nível de dependência dos idosos, segundo a MIF nos diferentes estágios da demência. Em geral o nível de dependência está associado com o estágio da demência. Nota-se que a frequência de idosos com dependência completa foi 0 - 19,1% na demência leve, 0 - 46,7% para a demência moderada e 35,5 - 96,8% na demência grave. Para os 21 idosos com demência leve (CDR1), as atividades motoras que apresentaram maiores dificuldades foram

primariamente controle de urina, seguida de subir escadas e na mesma frequência, alimentar-se, higiene pessoal, vestir-se e marcha. Nota-se que para MIF cognitiva, já foram encontradas perdas significativas em compreensão, expressão, resolução de problemas e memória. Para os 15 idosos com demência moderada (CDR 2), as maiores dificuldades encontradas foram controle de urina, higiene pessoal, banho, vestir-se abaixo e acima da cintura, uso do vaso sanitário, marcha e escadas. Para os 31 idosos com demência grave (CDR 3), foram higiene pessoal, banho, uso do vaso sanitário e vestir-se. Para MIF cognitiva, os itens memória, resolução de problemas e interação social foram as atividades mais comprometidas na demência grave.

Tabela 11 - Distribuição da dependência funcional dos idosos nas dimensões e Categorias da MIF total, segundo gravidade da demência dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP. Ribeirão Preto, 2009

MIF	LEVE (n=21) (CDR1) %			MODERADA (n=15) (CDR2) %			GRAVE (n=31) (CDR3) %		
	ID	DM	DC	ID	DM	DC	ID	DM	DC
Alimentação	85,8	14,2	0,0	46,7	53,3	0,0	3,3	38,7	58,0
Higiene Pessoal	85,8	14,2	0,0	26,7	53,3	20,0	3,2	12,9	83,9
Banho	90,5	9,5	0,0	40,0	40,0	20,0	0,0	16,1	83,9
Vestir-se acima da cintura	85,8	14,2	0,0	40,0	40,0	20,0	6,4	13,0	80,6
Vestir-se abaixo da cintura	85,8	14,2	0,0	40,0	40,0	20,0	6,4	13,0	80,6
Uso do vaso sanitário	95,2	4,8	0,0	53,3	26,7	20,0	3,2	16,1	80,7
Controle da urina	76,2	14,3	9,6	46,7	6,7	46,7	9,7	16,1	74,2
Controle das fezes	90,5	9,5	0,0	66,7	20,0	13,3	9,7	16,1	74,2
Transf. para cama/cadeira	90,5	9,5	0,0	80,0	6,7	13,3	29,0	29,0	42,0
Transf. para o vaso sanitário	95,2	4,8	0,0	80,0	6,7	13,3	25,8	29,0	45,2
Transf. para chuveiro	95,2	4,8	0,0	80,0	6,7	13,3	25,8	29,0	45,2
Marcha/ Cadeira de rodas	85,8	14,2	0,0	66,7	13,3	20,0	25,8	38,7	35,5
Escadas	57,1	42,9	0,0	46,7	33,3	20,0	22,6	6,4	71,0
Compreensão auditiva/visual	61,9	38,1	0,0	13,3	80,0	6,7	3,3	38,7	58,0
Expressão verbal/não verbal	66,6	33,3	0,0	33,3	66,7	0,0	3,2	22,6	74,2
Interação social	81,0	19,0	0,0	26,7	66,7	6,7	0,0	19,3	80,7
Resolução de problemas	9,6	76,2	14,3	0,0	66,7	33,3	0,0	6,4	93,6
Memória	0,0	80,9	19,1	0,0	53,3	46,7	0,0	3,2	96,8

CDR – *Clinical Dementia Rating scale*; ID (independência) = independência completa ou modificada; DM (dependência moderada) = requer supervisão, assistência mínima ou moderada; DC (dependência completa) = requer assistência máxima ou total

Quando se comparam as médias da MIF com a gravidade da demência, observa-se, na Tabela 12, que as médias da MIF total foram 107,9; 84,5 e 39,7 para demência leve, moderada e grave respectivamente, para a MIF motora, as médias foram 82,5; 65,5 e 31,6 respectivamente e para MIF cognitivo, as médias foram 25,4; 19,0 e 8,0 respectivamente para as demências leve, moderada e grave.

Para os 18 itens da MIF, os escores ficaram entre 5 e 6 (supervisão e independência modificada) para os idosos com demência leve, 4 e 5 (dependência mínima e supervisão) para os idosos com demência moderada e 1 e 2 (dependência total e máxima) para os idosos com demência grave.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes no desempenho dos idosos nas atividades da MIF, segundo gravidade da demência, podendo então inferir que, à medida que a demência se agrava, maior é o comprometimento dos idosos tanto para MIF motora como para a MIF cognitiva.

Tabela 12 - Valores médios das dimensões da MIF, segundo CDR dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009

MIF	Demência leve CDR 1 N=21	Demência Moderada CDR 2 N=15	Demência Grave CDR 3 N=31	Correlação de Spearman r
Autocuidado				
Alimentação	6,5 ± 0,7	5,6 ± 0,9	2,4 ± 1,6	-0,850
Higiene Pessoal	6,4 ± 0,7	4,5 ± 1,2	1,8 ± 1,6	-0,819
Banho	6,4 ± 0,8	4,6 ± 2,0	1,8 ± 1,5	-0,820
Vestir-se acima da cintura	6,2 ± 0,9	4,6 ± 2,0	1,8 ± 1,7	-0,761
Vestir-se abaixo da cintura	6,3 ± 0,8	4,7 ± 2,0	1,9 ± 1,7	-0,777
Uso do vaso sanitário	6,5 ± 0,6	4,9 ± 2,0	1,7 ± 1,6	-0,821
Controle de esfínteres				
Controle da urina	5,9 ± 1,7	3,9 ± 2,5	2,1 ± 2,0	-0,672
Controle das fezes	6,4 ± 1,2	5,5 ± 2,0	2,1 ± 2,1	-0,718
Transferências				
Transf. para cama e cadeira	6,6 ± 0,8	5,7 ± 2,0	3,4 ± 2,3	-0,637
Transf. para o vaso sanitário	6,6 ± 0,6	5,7 ± 2,0	3,2 ± 2,3	-0,650
Transf. para chuveiro	6,7 ± 0,6	5,7 ± 2,0	3,3 ± 2,3	-0,663
Locomoção				
Marcha/ Cadeira de rodas	6,4 ± 0,7	5,5 ± 2,3	3,7 ± 2,2	-0,561
Escadas	5,7 ± 1,1	4,6 ± 2,1	2,3 ± 2,1	-0,579
Comunicação				
Compreensão auditiva/visual	5,9 ± 0,7	4,2 ± 1,0	2,3 ± 1,4	-0,815
Expressão verbal/não verbal	6,0 ± 0,9	4,9 ± 1,0	1,9 ± 1,3	-0,848
Cognição social				
Interação social	6,1 ± 0,8	4,8 ± 1,0	1,7 ± 1,4	-0,865
Resolução de problemas	4,0 ± 1,3	2,7 ± 1,2	1,2 ± 0,5	-0,811
Memória	3,4 ± 1,0	2,5 ± 1,1	1,0 ± 0,4	-0,836
MIF motora	82,5 ± 7,8	65,5 ± 23,5	31,6 ± 21,3	-0,901
MIF cognitiva	25,4 ± 2,7	19,0 ± 2,8	8,0 ± 4,1	-0,778
MIF TOTAL	107,9 ± 9,9	84,5 ± 26,0	39,7 ± 24,4	-0,825

p < 0,001

Quando se correlaciona o tempo de diagnóstico da doença com estágio da demência segundo CDR, o desempenho cognitivo segundo MEEM e funcionalidade segundo MIF, pode-se notar na Tabela 13 que a correlação é moderada, estatisticamente significativa e inversa para MIF e MEEM.

Tabela 13 - Coeficiente de Correlação de Spearman do tempo de diagnóstico, CDR, MIF global e MEEM dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRPUSP, Ribeirão Preto, 2009

Spearman	CDR	MIF global	MEEM
Tempo de Diagnóstico	0,495*	0,425*	0,426*
CDR	-	-0,825*	-0,917*
MIF global	-	-	0,869*

p<0,01

Diante do exposto na Tabela 13, pode-se notar que houve forte correlação entre os instrumentos utilizados no presente estudo para avaliação da funcionalidade e comprometimento cognitivo. Apesar deste estudo não se tratar de um estudo de validação, a correlação negativa entre CDR e MIF global e entre CDR e MEEM, aponta no sentido da validade concorrente de uma escala em comparação a outra neste estudo.

Realizou-se análise de regressão linear múltipla, tendo como desfecho (variável dependente) os escores totais da MIF e as variáveis preditoras: CDR, presença de déficit cognitivo, escolaridade, sexo e idade conforme mostrado na Tabela 14.

Tabela 14 - Resultado da análise de regressão múltipla tendo como desfecho a MIF e as variáveis explicativas consideradas. Ribeirão Preto, 2009

Variáveis	Coeficiente de regressão β	T	p
Sexo	-0,126	-1,718	0,091
Idade	-0,035	-0,480	0,633
Escolaridade	0,187	2,390	0,020
Presença de déficit cognitivo	0,025	0,265	0,792
CDR	-0,752	-7,958	< 0,001

Pode-se observar na Tabela 14, que continua havendo associação entre MIF e CDR e entre MIF e escolaridade, mesmo considerando a presença das outras variáveis.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica

De acordo com os dados da Tabela 1, houve predomínio do sexo feminino, sendo que a faixa etária que mais prevaleceu foi entre 75 – 79 anos, com média de 79 anos. Os dados corroboram com outros estudos como de Camarano (2003) que destaca mudanças nas condições de vida das mulheres idosas brasileiras, de acordo com o censo demográfico de 2000, aponta que 55% do contingente populacional acima dos 60 anos é composto por mulheres e justifica pela maior mortalidade masculina. Lopes e Bottino (2002), realizaram uma análise de 38 artigos nacionais e internacionais publicados no período de 1994 a 2000 no PubMed, para identificar a prevalência de demência em diversas regiões do mundo e constataram o predomínio do sexo feminino em 75% dos casos pesquisados. Os dados do presente estudo também são coerentes com outros estudos nacionais e internacionais como os de Almeida (1998), Camacho (2002), Gratão (2006), Lemos, Gazzola e Ramos (2006), Livingston et al. (2006), Martínez (2004), Shiau et al. (2006), Suh et al. (2004) e Tascone et al. (2008). Dados divergentes também são encontrados nos estudos como de Vale e Miranda (2002) com 186 pacientes com demência em Ribeirão Preto, São Paulo, atendidos, no período de 1997-99, em um serviço terciário de neurologia onde encontraram maior prevalência do sexo masculino.

Outro estudo, realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, avaliou 26 pacientes com diagnóstico de demência e encontrou equivalência entre os sexos e idade acima dos 71 anos (BRESSAN, 2005). Herbert et al. (2001) também não encontraram diferença significativa entre os sexos na prevalência da demência e ainda questionaram se haveria algum fator relacionado ao sexo feminino aumentando o risco para demência, ou se a diferença das taxas de mortalidade entre homens e mulheres justificaria tais diferenças epidemiológicas.

Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que a frequência de demência aumenta com a idade, tendendo a duplicar a cada 5 anos (NITRINI, 2002). Gratão (2006) destaca que a média de idade de idosos estudados com demência, em Ribeirão Preto, foi de 75,5 anos, dados esses semelhantes ao presente estudo.

Com relação ao estado conjugal dos entrevistados, destaca-se que a

maioria das mulheres era viúva e os homens, casados. Dados semelhantes foram descritos nos estudos de Camarano (2003), Chaimowicz (1997) e Lange (2005), em que a população do sexo feminino manteve-se sem companheiro, após a viuvez, com maior frequência quando comparada ao sexo masculino.

As diferenças existentes por sexo quanto ao estado conjugal, segundo Camarano (2003), são devidas, por um lado, à maior longevidade das mulheres e, de outro, às normas sociais e culturais, prevaletentes na sociedade brasileira, que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens que eles, além de que o novo casamento para idosos viúvos é maior do que para viúvas.

Quanto à escolaridade, observa-se que a maioria da população estudada frequentou a escola entre um e quatro anos.

Segundo Barreto e Mitululis (2001), no início do século XX, o Brasil apresentava índices de retenção escolar elevados comparando-se a outros países da América Latina, como por exemplo, 57,4% ficavam na passagem da 1ª série para a 2ª série do ensino fundamental. As recorrentes repetências e a evasão escolar atingiram proporções consideráveis no Brasil, sendo que de cada 100 crianças matriculadas na 1ª série, apenas 16 concluíam as quatro séries do ensino primário sem reprovação.

O que chama a atenção nesta população, é que pequena parcela dos idosos era analfabeta, ou seja, não frequentaram a escola e não sabiam ler nem escrever, e que uma grande porcentagem estudou mais de 9 anos. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Tascone et al. (2008) realizado em São Paulo, porém divergentes de outros estudos sobre demência onde o analfabetismo se mostrou muito mais significativo como de Herrera (1998), Bressan (2005), Gratão (2006), Lange (2005), Shiau et al. (2006), Suh et al. (2004) e Vale (2002).

A escolaridade tem sido apontada como fator de risco para demência. Herrera et al. (1998) fazem referência da associação entre a demência e a baixa escolaridade que frequentemente é consequência do nível socioeconômico baixo.

Sobre a condição socioeconômica dos idosos, a maioria, como mostra a Tabela 1, possuía renda própria, sendo a maior parte dos homens aposentados, enquanto as mulheres, pensionistas, já que estas em sua maioria são viúvas. Camarano (2003) encontrou que 77% das mulheres idosas brasileiras em 2000 estavam recebendo algum benefício da Seguridade Social, o que favoreceu 94% das viúvas. Segundo Chaimowicz (1997), as aposentadorias e pensões constituem a

principal fonte de rendimentos da população idosa brasileira. Em 1988, quase 90% dos idosos, aposentados no Brasil, recebiam contribuições de até 2,5 salários-mínimos, existindo pouca valorização profissional, em parte devido às baixas condições de alfabetização dessa população.

No que tange a com quem moram os idosos, como mostra a Tabela 1, grande parte vive com o cônjuge e/ou com os filhos, fato esse indicativo de uma rede de suporte familiar importante para o idoso com demência. Pedrazzi (2008), em seu estudo com idosos mais velhos na comunidade em Ribeirão Preto, encontrou predomínio de idosos que residem com cônjuge seguido daqueles que moram com os filhos. Arranjos bigeracionais, com idosos morando com seus filhos e casais de idosos, também foram encontrados no estudo de arranjos domiciliares na América Latina e Caribe realizado por Duarte (2005).

Os arranjos trigeracionais também têm destaque na população em estudo, para Duarte (2005), estes são os arranjos que mais suprem as demandas assistenciais dos idosos juntamente com aqueles que contavam com a presença de não familiar, possivelmente cuidadores. Os arranjos domiciliares formados por mais de uma geração, surgem para garantir a assistência ao idoso, devido à incapacidade física, financeira, ao desemprego dos filhos, à morte de um dos cônjuges, casamento ou divórcio dos filhos. A coresidência beneficia tanto os idosos quanto as gerações mais jovens (CAMARANO et al., 2004).

Também se pode notar que havia idosos morando somente com o cônjuge e em arranjos intrageracionais, ou seja, com outros idosos somente, sugerindo que esses possam estar sendo cuidados por outros idosos no domicílio.

Karsch (2003) encontrou em seu estudo que 59% dos cuidadores estavam acima dos 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos e que 39,3% dos cuidadores entre 60 e 80 anos cuidavam de 62,5% de idosos da mesma faixa etária.

5.2 Comorbidade dos idosos

De acordo com as comorbidades identificadas no prontuário médico dos idosos, vale ressaltar que 23,9% não apresentam comorbidades à doença de

Alzheimer, porém, dos que referiram, lidera a hipertensão arterial, seguida do diabetes *mellitus* e osteoporose (Tabela 2). De acordo com dados apresentados pelo DATASUS (BRASIL, 2007), as doenças do aparelho circulatório lideram as internações do Sistema Único de Saúde, perfazendo 28,9% das internações, seguidas pelas doenças respiratórias (17,7%) e digestivas (10,2%). Biazin (2006), em seu estudo de avaliação da capacidade funcional de idosos pós-trauma na cidade de Londrina, Paraná, encontrou a hipertensão arterial e a depressão com alta frequência seguidas do diabetes *mellitus*, doenças musculoesqueléticas como osteoporose, artrite e artrose. Rodrigues et al. (2008), avaliando a interferência das comorbidades na capacidade funcional do idoso, em Ribeirão Preto, também identificaram a hipertensão arterial como a mais citada.

Zaslavsky e Gus (2002) apresentaram as doenças cardíacas: insuficiência cardíaca congestiva, doença coronariana, cardiomiopatia, doença valvar, arritmias e hipertensão arterial, ocupando o primeiro lugar das comorbidades em idosos. Em seguida, diabetes *mellitus*, doença pulmonar, doença vascular periférica, as doenças musculoesqueléticas, as renais, as hepáticas, as neoplasias, a depressão e as doenças neurológicas como a demência.

Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) encontraram que a doença relatada com mais frequência pelos idosos participantes de seu estudo foi hipertensão arterial, seguida por artrite/reumatismo, doença do coração, diabetes *mellitus*, asma/bronquite, doença renal crônica, câncer e cirrose. Os autores mostram ainda que 69% deles relataram ter, pelo menos, uma doença crônica, sendo esta proporção maior entre as mulheres do que entre os homens e que o relato de pelo menos uma doença crônica aumenta com a idade. No presente estudo, a correlação, entre o número de comorbidades existentes entre sexo e idade do sujeito, foi fraca e não apresentou significância estatística.

Neste estudo, além da hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* apresentou também uma frequência considerável (17,9%); vale ressaltar que, quando associados, podem aumentar a possibilidade de ocorrência de Acidente Vascular Cerebral.

Ramos (1993), em inquérito domiciliar multidimensional realizado com idoso na cidade de São Paulo, apontou que 86% destes referiram ao menos uma doença crônica, sendo que mais da metade (53%) referia necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária.

Rodrigues et al. (2008) encontraram que as comorbidades comprometem a funcionalidade do idoso, levando ao declínio de algumas atividades da vida diária.

Poucos são os estudos nacionais que abordam o índice de comorbidades que combina o número de doenças coexistentes e a gravidade delas nos idosos; os trabalhos enfocam as morbididades ou causas de internação dessa população (BLAZIN, 2006), porém em idosos com doença de Alzheimer, tais estudos são ainda mais escassos.

Bynum et al. (2004), em seu estudo sobre a relação entre demência, doenças crônicas e custos médicos, refere que quanto maior o número de comorbidades, maior o risco de mortalidade desses idosos, independente da gravidade da demência, e maior o custo em relação ao tratamento. Veras et al. (2007) avaliaram os gastos com o cuidado do idoso com demência e encontraram que a associação da demência, com outra condição crônica, pode comprometer até 80% da renda familiar.

Idosos com demência apresentaram maior mortalidade após hospitalização por algumas doenças como insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio (LEE et al., 2003; SLOAN et al., 2004).

Para Kikuchi e Jacob Filho (2006), o manejo das comorbidades em idosos com demência é mais desafiante pela dificuldade do relato dos sintomas e efeitos adversos, menor capacidade de decisão do idoso, dificuldade de adesão às recomendações de tratamento e pela menor expectativa de vida desses pacientes, o autor refere ainda que algumas condições clínicas agravantes, não investigadas no presente estudo, estão associadas à demência como as quedas, imobilidade, dores, distúrbios nutricionais e infecções.

5.3 Avaliação do desempenho cognitivo

Quanto ao desempenho cognitivo dos idosos, segundo MEEM do presente estudo, optou-se pelos níveis do corte dos escores sugeridos por Bertolucci et al. (1994) para aplicação deste instrumento onde os autores constataram a grande influência da escolaridade quando comparada à versão original de Folstein, Folstein e McHugh (1975).

Folstein, Folstein e McHugh (1975) e Antony et al. (1982) categorizaram a escolaridade em seus estudos em maior ou menor de 8 anos e preconizaram nível de corte em 24. Para Bertolucci et al. (1994), o corte de 24 para a população brasileira considerando a maioria de analfabetos, a escala apresentaria baixa especificidade (5%), e os resultados seriam falsos positivos. Por essa razão, os autores consideraram o valor de corte 13 para analfabetos, o que proporcionou sensibilidade de 82,4% e especificidade de 97,5%. Para os indivíduos com baixa e média escolaridade, os valores seriam respectivamente 75,6% e 96,6%. Os melhores resultados ocorrem na população de maior escolaridade (mais de 8 anos), com sensibilidade de 80% e especificidade de 95,6%, que também são os valores preconizados por Antony et al. (1982).

Em se tratando de uma população heterogênea como a brasileira, provavelmente os indivíduos com maior atividade intelectual sejam o melhor índice para a separação de grupos do que o número de anos de educação formal (BERTOLUCCI et al., 1994).

Salemi et al. (2002) avaliaram o impacto das características sociodemográficas sobre o desempenho cognitivo na população idosa da Itália, encontrando 13,1% de analfabetos do sexo masculino e 14,3% do feminino. A escolaridade de até 5 anos para o sexo masculino foi de 30% e para o feminino de 38%, com 6 a 8 anos de escolaridade a proporção dos homens foi de 34,5% e a das mulheres de 36,5%, enquanto com 9 anos ou mais de escolaridade o sexo masculino era de 22,4% e o feminino, de 11,2%. Concluiu-se então, que a idade, sexo, escolaridade, nível socioeconômico, podem estar relacionados ao declínio cognitivo em idosos (BERTOLUCCI et al., 1994; ERZIGKEIT, 2001).

Observa-se neste estudo que a maioria dos idosos tem no máximo 4 anos de escolaridade, o que pode favorecer o baixo desempenho cognitivo aliado ao diagnóstico médico de DA.

A média total do MEEM encontrada neste estudo foi baixa, segundo dados da Tabela 4. Liu et al. (2007) avaliaram o desempenho dos idosos com DA em realizar AVDs em Hong Kong, China, e encontraram média 14,1, sendo que a maioria dos idosos não era alfabetizada e 30,2% possuíam menos de 5 anos de escolaridade, o que leva a pensar sobre a qualidade do ensino no Brasil.

Suh et al. (2004) encontraram média para o MEEM 11,2 para idosos com DA na Coreia, com média de escolaridade de 1,8 ano, encontrou ainda em

seguimento destes idosos por um período de 12 meses, um declínio de 2,3 pontos no escore do MEEM ao ano do início da doença até a morte.

As médias encontradas no MEEM também foram muito mais baixas aos pontos de corte proposto por Bertolucci et al. (1994), em idosos saudáveis segundo escolaridade. Bustamante et al. (2003), em seu estudo sobre combinação de instrumentos para avaliar DA, encontraram também diferenças segundo escolaridade, das médias quando comparadas ao grupo-controle, porém, não tão diferentes como no presente estudo, mas vale ressaltar que a população estudada por Bustamante et al. (2003) era composta por idosos com demência leve e moderada e neste estudo consideram-se também idosos com demência grave, o que pode ter diminuído ainda mais a média encontrada.

Almeida (1998), em seu estudo feito no Brasil, identificou pontos de escores para idosos com DA de 10 a 18 para escolaridade até 4 anos; para os idosos com até 11 anos de escolaridade, os valores variavam entre 10 e 25, e para idosos com mais de 12 anos de escolaridade, entre 23 e 30.

Alguns autores como Boller et al. (2002) e Bullock e Hammond (2003) ainda consideraram pontos de corte para o desempenho dos idosos no MEEM de acordo com a severidade da demência, considerando pontuação maior que 20 para demência leve, entre 15 e 19 para demência moderada e menores que 15 para demência grave, para idosos com mesmo nível médio de escolaridade.

No presente estudo, a idade e o sexo não apresentaram correlação estatisticamente significativa sobre o desempenho dos idosos no MEEM. Brucki et al. (2003) também não encontraram diferenças relacionadas ao sexo no desempenho do MEEM, já para a idade, em uma população geral, encontraram melhor desempenho nos indivíduos mais jovens, o que também pode ser justificável provavelmente pela escolaridade destes indivíduos. Bertolucci et al. (1994) também não encontraram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos.

O número de idosos com demência grave do presente estudo foi maior do que o número de idosos com demência leve e moderada, já no estudo de Herrera et al. (1998) ocorreu o inverso: 39% com demência leve, 37% moderada e 24% demência grave.

O mesmo ocorreu no estudo de Marra (2007) que avaliou idosos atendidos em um ambulatório especializado de Belo Horizonte, Minas Gerais, e encontrou também maior proporção de idosos com demência grave, tal fato pode ter

se dado pela origem da amostra. No estudo de Herrera et al. (1998) foram avaliados idosos na comunidade de Catanduva, e, no presente estudo, foram avaliados idosos atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do HCFMRP-USP em Ribeirão Preto, já em tratamento. Pode-se pensar que muitos idosos com diagnóstico de demência leve e moderada na cidade podem estar em atendimento à saúde nas unidades básicas da cidade ou então residirem na comunidade e ainda não possuem o diagnóstico da demência e, portanto, não são atendidos no referido Ambulatório de referência.

Shiau et al. (2006), comparando a capacidade funcional entre doença de Alzheimer e demência vascular em Taiwan, encontraram entre os idosos com DA, maior número de idosos com demência leve, seguido dos que possuíam demência grave e moderada, o mesmo foi encontrado no estudo de Livingston et al. (2006) realizado no Reino Unido.

A média do tempo de diagnóstico de DA dos idosos deste estudo foi semelhante à média encontrada por Suh et al. (2004), em estudo longitudinal de idosos com DA atendidos pelo Departamento de Psiquiatria na Universidade da Coréia, de 4,1 anos $\pm$ 3,6 anos.

A DA é uma patologia de início insidioso e progressivo como já descrito anteriormente, por isso o começo da doença somente é estimado baseado no início do aparecimento dos sintomas, por ser incerto e subjetivo, considerou-se o tempo de diagnóstico relatado pelo cuidador e/ou encontrado no prontuário dos idosos estudados.

Neste estudo, encontrou-se que o grau de severidade da demência não é influenciada pela idade, sexo e escolaridade como descrito na Tabela 5, estes dados corroboram com estudo de Shiau et al. (2006).

5.4 Avaliação da capacidade funcional

A capacidade funcional surge como um novo conceito quando aborda a saúde dos idosos, e sua importância se faz na medida em que a detecção precoce de incapacidades pode diminuir as chances de dependência. A avaliação da

capacidade funcional combinada com testes cognitivos proporciona maior precisão diagnóstica para detecção de demência precocemente (BUSTAMANTE et al., 2003; NITRINI et al., 2005).

Vários são os instrumentos que mensuram a capacidade funcional, entre eles a MIF (RIBERTO et al., 2004). Ricci (2005) avaliou a concordância entre as medidas da MIF realizadas pelo cuidador e pelo profissional da saúde e concluiu que a reprodutibilidade das medidas é grande, mesmo para diferentes formas de avaliação.

Na análise entre capacidade funcional e algumas variáveis sociodemográficas como idade, sexo, escolaridade e renda, obteve-se que a escolaridade influenciou o desempenho funcional dos idosos, este dado corroborou com os achados de Rosa et al. (2003), em seu estudo sobre fatores determinantes da capacidade funcional de idosos no município de São Paulo, que encontraram que idosos com nível mais baixo de escolaridade apresentaram chance cinco vezes maior de ter dependência para as AVDS, por outro lado, não foram encontradas correlações significantes no presente estudo entre a funcionalidade e as variáveis idade, sexo e renda como no estudo de Rosa et al. (2003) e Shah et al. (2004).

Parahyba e Simões (2006) avaliaram a prevalência de incapacidade funcional de idosos no Brasil, segundo dados do PNAD de 2003 realizado pelo IBGE, e encontraram caráter progressivo da incapacidade funcional entre os idosos em relação ao aumento da idade, assim como diferenças entre sexo e renda. Kaneda, Zimmer e Tang (2005) conduziram um estudo com 3.000 chineses idosos e encontraram que 50% dos indivíduos com mais de 80 anos referiam dependência para realização de pelo menos uma AVD, e que, entre as mulheres, essa dependência aumentava. Não haver correlação entre a capacidade funcional e as variáveis, idade, sexo e renda no presente estudo pode ter se dado pelo fato de os sujeitos serem idosos com DA e é sabido que a doença compromete a capacidade cognitiva, levando à perda progressiva da funcionalidade independente de tais variáveis, já a escolaridade, sabe-se que é um protetor para perdas cognitivas e consequentemente menor comprometimento da capacidade funcional.

No que tange à influência da existência de comorbidades com o comprometimento funcional, a correlação foi fraca, o que difere do estudo de Rodrigues et al. (2008).

No presente estudo, a maioria dos idosos se mostra com necessidade de

algum tipo de supervisão para desempenhar as AVDs. Segundo Christensen e White (2007), os déficits em particular dos domínios cognitivos na doença de Alzheimer comprometem a realização das AVDs, na **apraxia** o idoso perde a habilidade de coordenação de movimentos, sem comprometimento motor e cerebelar, relacionada à habilidade de usar utensílios para alimentar-se, vestir-se, pentear os cabelos, barbear-se, a **agnosia** refere-se à incapacidade de reconhecer objetos comuns, pessoas e lugares, resultando em comportamentos agressivos, agitação, medo e comprometimento da interação social, a **afasia** que é a incapacidade de falar ou reconhecer a língua, compromete a expressão, compreensão e interação social e o **déficit das funções executivas** que envolvem uma complexa função do lobo pré frontal relacionada ao planejamento, à decisão, e ao pensamento abstrato, à resolução de problemas e iniciativa, comprometendo atividades como preparo das refeições, finanças e tomada de decisão.

O idoso com DA apresenta comprometimentos cognitivo, funcional e comportamental. Por definição todos os idosos com DA possuem comprometimento na memória e outras habilidades cognitivas suficientemente severas que interferem na sua funcionalidade (MCKHANN, 1984).

Alguns estudos, como de Cahn-Weiner et al. (2000), Royal et al. (2005) e Van Hooren et al. (2005), propuseram que o comprometimento das funções executivas é o fator chave para o baixo desempenho funcional de idosos com demência. Distúrbios das funções executivas estão fortemente associados à grande necessidade de auxílio para realização das AVDs e progressão rápida da demência (MANN et al, 1992). Para Bell-McGinty et al. (2002) e Cahn-Weiner, Boyle e Malloy (2002), o déficit das funções executivas estão mais fortemente associadas ao declínio da capacidade funcional do que o déficit de memória, linguagem, habilidades visoespaciais e psicomotoras na doença de Alzheimer. Apesar de não ter sido utilizado instrumentos específicos que avaliem as funções executivas, pode-se notar que os idosos deste estudo, mesmo com demência leve já apresentam déficit considerável na categoria da MIF resolução de problemas e memória, que estão relacionadas ao déficit destas funções presentes na DA.

No presente estudo, os idosos apresentaram diferentes níveis de dependência para realização das AVDs descritas na MIF. De acordo com a média total encontrada (Tabela 8), os idosos possuem dependência mínima/supervisão, para a realização das atividades descritas, dados semelhantes encontrados por

Shiau et al. (2006) que avaliou comparativamente idosos com DA e demência vascular, utilizando a MIF, e encontrou média 82,7 para MIF total, 61,6 para MIF motora e 21,1 para MIF cognitiva dos idosos com DA.

Nota-se ainda que, na Tabela 9, que os idosos deste estudo estão distribuídos entre independência modificada/completa e dependência total, quando se analisa a MIF motora, tal fato pode ter se dado devido à diferença entre o número de idosos com demência leve, moderada e grave. Liu et al. (2007) estudaram idosos com DA acompanhados na Clínica de Memória do Hospital de Hong Kong, encontraram idosos, em sua maioria, com demência leve, porém independentes para a maioria das ABVDs e que apresentaram comprometimento para as AIVDs, encontraram moderada correlação entre comprometimento cognitivo e atividades básicas da vida diária e ($r=0,54$ e $P< 0,01$) atividades instrumentais da vida diária ($r=0,58$ e $P< 0,01$) e referiram ainda que estes idosos podiam manter uma vida apropriada no domicílio desde que com suporte adequado.

Para Coelho e Alvin (2004), o processo de cuidar na fase inicial da demência, envolve principalmente cuidados focados na supervisão com vistas à prevenção de acidentes, uma vez que o idoso não consegue discernir as situações que envolvam risco ou perigo e também pela existência de erros na realização das AVDs.

A finalidade da assistência ao idoso com DA está principalmente relacionada: à manutenção da segurança física, à redução da ansiedade e agitação, à melhoria da comunicação, à promoção da independência nas atividades de autocuidado, ao atendimento das necessidades de socialização e privacidade, à manutenção da nutrição adequada, e ao controle dos distúrbios do padrão do sono (PAES; SANTO, 2005).

5.5 Comprometimento cognitivo e capacidade funcional

Com relação ao comprometimento cognitivo e funcional, os resultados deste estudo mostraram que, quanto mais avançado o estágio da demência, pior o desempenho dos idosos na MIF e MEEM, ou seja, pior o desempenho funcional e

cognitivo. Tal achado corrobora com diversos estudos nacionais e internacionais como Liu et al. (2007), Livingston et al. (2006), Marra et al. (2007), Shah et al. (2004) e Suh et al. (2004). A análise de correlação mostra que a MIF tem correlação significativa com CDR.

Para as funções motoras, observa-se que, na demência leve, nenhum idoso é completamente dependente, exceto controle de urina, já nas funções cognitivas, uma pequena porcentagem é completamente independente para resolução de problemas. Nota-se que mesmo nos idosos com demência leve, o comprometimento na memória é um importante fator e observa-se que nenhum idoso é completamente independente. Para Green et al. (1993) e Suh et al. (2004), os idosos com DA podem apresentar déficits cognitivos severos antes de apresentarem o déficit na capacidade funcional principalmente para as ABVDs.

Perroni (2007) estudou sobre capacidade funcional de idosos com DA leve na cidade de Ribeirão Preto e encontrou média para MIF total 110,7, semelhante à encontrada pelo presente estudo nos idosos com demência leve, mencionou ainda que os idosos possuíam independência completa/modificada para as atividades motoras da MIF, e para a MIF cognitiva encontrou dependência moderada.

Quanto aos idosos com demência moderada, o presente estudo revela que os idosos se distribuem entre independência completa/modificada e dependência moderada para os domínios da MIF motora, exceto controle de urina, para a MIF cognitiva, distribuem-se entre dependência moderada e dependência completa. Nota-se que, para a atividade resolução de problema e memória, nenhum idoso é completamente independente.

A incontinência urinária de urgência em idosos com DA está relacionada à disfunção do controle de esfíncteres e ao esquecimento secundário às degenerações centrais (SHIAU et al., 2006), fato este que talvez poderia explicar a dificuldade dos idosos com demência leve e moderada no controle da urina no presente estudo. Porém não foram analisadas outras causas de incontinência que poderiam estar associadas nesta amostra. Não foram encontrados outros estudos que descrevessem disfunção urinária em idosos com DA.

Idosos com demência grave, no presente estudo, possuem dependência completa, ou seja, requerem assistência máxima ou total para a realização das atividades descritas na MIF. A maior dificuldade encontrada por estes idosos na MIF

motora foram banho e higiene pessoal, o mesmo foi encontrado por Shiau et al (2006). Nas atividades relacionadas a transferências e locomoção, uma parcela significativa apresenta ainda independência completa. A maioria dos idosos com demência grave necessita ser alimentado, são incontinentes ou acamados (HUGHES et al., 1982), contudo o curso da deterioração motora varia muito, e cada indivíduo pode apresentar curso de progressão da demência diferente. Ao contrário, a deterioração cognitiva se faz mais consistente e homogênea com a progressão da demência, sendo que o estágio independente do tipo é baseado principalmente na disfunção cognitiva (LIVINGSTON et al., 2006; SHIAU et al., 2006).

Livingston et al. (2006) identificaram no Reino Unido que 59% dos idosos com demência grave, 27,1% de demência moderada e 5,6% de demência leve vivem em instituições de longa permanência. Mencionam ainda, que os idosos com demência grave sejam mais institucionalizados. Neste estudo, o número de idosos institucionalizados foi 12,9% dos idosos com demência grave e nenhum idoso com demência moderada e leve.

Segundo alguns autores como Gratão (2006), Mohs, Schmeidler e Aryan (2000) e Pereira et al. (2008), existe correlação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional nas AVDs. Para alguns autores como Njegovan et al. (2001) e Suh et al. (2004), nos danos cognitivos leves, as perdas são detectadas prioritariamente nas AIVDs, e a realização das ABVDs somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados. Para Thomas et al. (1998) em idosos com demência, nem sempre é válida a hierarquia das perdas entre AIVDs e ABVDs.

Shiau et al. (2006), em seu estudo já citado anteriormente com idosos com DA (64 sujeitos) e demência vascular (21 sujeitos), avaliaram a severidade da demência de acordo com CDR e a funcionalidade por meio da MIF e encontraram que, em geral, o declínio funcional e cognitivo está fortemente associado ao estágio da demência, e que os idosos com DA requerem supervisão ou assistência mínima. Entre os idosos com demência leve, apenas um terço era dependente para MIF motora, e apenas metade de um terço era independente para a MIF cognitiva.

Nota-se, no presente estudo, segundo Tabela 12 que, com a progressão do quadro demencial, o comprometimento de todas as atividades aumentou significativamente. Na MIF motora, as atividades que mais apresentaram perdas no desempenho com progressão da demência foi alimentação, uso do vaso sanitário e

higiene.

Suh et al. (2004), em um estudo longitudinal, encontraram após 12 meses de seguimento dos idosos com DA, que todas as AVDs foram comprometidas no período de acompanhamento quando comparadas ao início da avaliação.

Shah et al. (2004) avaliaram o comprometimento funcional de acordo com o Teste de Performance Física (*Physical Performance Test* - PPT) de 99 idosos com mais de 85 anos em Washington, USA, sendo 54 saudáveis, 9 com demência questionável, 18 com demência leve e 18 com demência moderada e encontraram que 50% dos idosos com demência leve e 22% dos idosos com demência moderada apresentavam leve a moderado comprometimento funcional para realização das AVDs, já 50% dos indivíduos com demência leve e 78% com demência moderada possuíam comprometimento funcional moderado a severo, encontraram também forte correlação entre CDR e o PPT.

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, observou-se que os idosos diagnosticados há mais tempo apresentam maior comprometimento cognitivo e funcional, reforçando o efeito progressivo da doença, porém, neste estudo, a idade não foi preditiva das perdas nem do tempo de diagnóstico, já que a correlação foi fraca e sem significância estatística. Não foram encontrados, na literatura levantada, autores que abordassem o assunto segundo tempo de diagnóstico. Suh et al. (2004) não encontraram correlação importante entre a idade de início dos sintomas e o desempenho dos idosos no MEEM, porém não compararam com o tempo de diagnóstico.

Até recentemente as estratégias de atenção e o tratamento da DA eram voltados para os indivíduos no início da doença, enquanto que as maiores perdas acontecem nos estágios mais avançados, são escassos os dados existentes para descrever este período, isto tem sido explicado pela falta de indicação e tratamento para os indivíduos na fase mais avançada e o equivoco de que nada mais pode ser feito para esta parcela da população. Livingston et al. (2006) referem ainda que apesar das perdas nos indivíduos em estágio mais avançado, estas não são homogêneas e diferem consideravelmente nas suas necessidades.

O interesse pela capacidade funcional do idoso com DA vem aumentando à medida que seu conhecimento se faz necessário, tanto para conhecer melhor a evolução da doença e também a definição do diagnóstico precoce, como para identificar o grau de dependência para se determinar os cuidados que serão

necessários. Cabe, então, destacar que estes cuidados geralmente são prestados no domicílio em grande parte por familiares, sem conhecimento da doença e de suas consequências. Diante disso, é fundamental que o enfermeiro atue com o cuidador e família na orientação, supervisão e execução das atividades assistenciais necessárias ao cotidiano do idoso.

A avaliação funcional do idoso faz parte da assistência de enfermagem, sendo este voltado à pessoa e ao sistema de apoio necessário à família. Por meio da sistematização da assistência de enfermagem, o enfermeiro identifica os problemas, elabora, prioriza com a família, executa e avalia o plano assistencial individualizado, respeitando os diferentes estágios de evolução da demência e o grau de dependência em que o idoso se encontra. Para isso é necessário então conhecer o processo de evolução da doença e atuar em parceria com a equipe multiprofissional e a família do idoso.

Segundo Caldas (2003), no Brasil, é notória a inexistência de um programa de governo direcionado para a população idosa que desenvolve dependência, apesar da existência da Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999).

Diante disso, pesquisas, investigações e estudos que busquem atualizar conhecimentos e estabelecer informações, sobre o envelhecimento com dependência, podem ser fontes de contribuição para a gestão dos formuladores da política sanitária.

6 CONCLUSÃO

A doença de Alzheimer, demência esta de ordem degenerativa e progressiva, repercute na capacidade funcional, nível de independência e autonomia do idoso. Cada vez mais este tema tem sido abordado na sociedade, já que traz implicações não só para o idoso doente, mas também para a sua família, sociedade e governantes.

Os resultados obtidos neste estudo, com idosos com DA atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do HCFMRU/USP, permitiram as seguintes conclusões:

- A média de idade foi de 79 anos, a maioria mulheres e brancos. Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres era viúva e os homens, casados. A grande maioria dos idosos do sexo masculino do estudo era aposentada e as idosas recebiam pensão;
- A maioria frequentou a escola de um a 4 anos e uma pequena parte era analfabeta;
- A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* foram as comorbidades mais comuns encontradas;
- A média do MEEM foi 9,3 e o desempenho dos idosos no MEEM foi influenciado pela escolaridade.
- Quanto à funcionalidade, encontrou-se que os idosos deste estudo necessitam de supervisão/estímulo/preparo e assistência mínima em até 25% das AVDs. A funcionalidade foi influenciada pela escolaridade e presença de déficit cognitivo. Não houve diferenças estatisticamente significantes entre a capacidade funcional e as variáveis: sexo, idade e presença de comorbidades.
- Havia 31,3% dos idosos com demência leve, 22,4% com demência moderada e 46,3% com demência grave. As atividades referentes à higiene pessoal, alimentação e controle de esfíncteres foram as mais comprometidas nos três estágios da demência.
- Quanto ao nível de dependência, os idosos com DA leve possuíam independência modificada ou necessitavam de supervisão/estímulo/preparo, aqueles com demência moderada necessitavam de supervisão/estímulo/preparo ou possuíam dependência mínima (assistência de até 25% na tarefa), e os

idosos com demência grave possuíam dependência máxima (assistência de até 75% na tarefa) ou dependência total.

- Foram encontradas perdas no desempenho dos idosos na MIF, os quais foram estatisticamente significantes à medida que a demência progrediu.
- Houve forte correlação entre desempenho dos idosos na MIF e o estagiamento da demência segundo o CDR.

Este estudo foi baseado em uma amostra de indivíduos atendidos em um serviço terciário e especializado de um hospital universitário, na cidade de Ribeirão Preto. A capacidade funcional destes idosos foi comprometida à medida que o estágio da demência avançava.

A relevância do estudo da capacidade funcional dos idosos, principalmente daqueles com demência, é um assunto recente entre os profissionais da enfermagem, estando mais restrito até então a outros profissionais, porém o conhecimento das necessidades destes idosos para realização das AVDs auxilia o enfermeiro na sistematização da assistência individualizada, principalmente no domicílio, para que possa atuar com a família na Atenção Básica. Conhecendo o nível de dependência dos idosos com DA, o enfermeiro poderá preparar o idoso e a família para a progressão da doença, desenvolvendo estratégias apropriadas para o cuidado. Apesar da doença de Alzheimer ser ainda uma doença que necessita ser mais bem investigada assim como o cuidado necessário para a população acometida considerada fragilizada, precisa-se de investimentos tanto governamentais quanto o desenvolvimento de pesquisas que melhor investigam o tema.

Os resultados desta pesquisa podem subsidiar a prática do enfermeiro na medida em que a próxima relação deste profissional com a família e o idoso com demência se concretize numa oportunidade de melhoria da condição de vida, tanto do idoso quanto da família, a qual assume a responsabilidade do seu cuidado.

REFERÊNCIAS[†]

[†] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3B, p. 605-612, set. 1998.

ANTONY, J. C.; LE RESCHE, L.; NIAZ, U.; VON KORFF, M. R.; FOLSTEIN, M. F. Limits of the mini-mental state as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. **Psychol. Med.**, London, v. 12, p. 397-408, 1982.

ARAOZ, G. B. F. Valoración funcional. In: LLERA, F. G.; MARTIN, J. P. M. **Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico**. Barcelona: Masson, 1994. p. 38-47

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA. **Manual de diagnóstico e estatística de desordens mentais**. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

BALLONE, G. J. **Doença de Alzheimer**. 2004. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=117>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

BARRETO, E. S. S.; MITRULIS, E. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no país. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 15, n. 42, p. 103-140, 2001.

BELL-MCGINTY, S.; PODELL, K.; FRANZEN, M.; BAIRD, A. C.; WILLIAN, M. J. Standard measure of executive function in predicting instrumental activities of daily living in older adults. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Chichester, v. 17, p. 828-834, 2002.

BERTOLUCCI, P. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O. Mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BIAZIN, D. T. **Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos**. 2006. 212 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BOLLER, F.; VERNY, M.; HUGONOT-DIENER, L.; SEXTON, J. Clinical factures and assessment of sever dementia. A review. **Eur. J. Neurol.**, Oxford, v. 9, p. 125-136, 2002.

BOYLE, P. A. Assessing and predicting functional impairment in Alzheimer's disease: the emerging role of frontal system dysfunction. **Curr. Psychiatry Rev.**, San Francisco, v. 6, n. 1, p. 20-24, Feb. 2004.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Delibera sobre a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Seção 1.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela portaria nº 1395, de 9 de Dezembro de 1999. Brasília: **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, nº 237-E, p. 20-24, 13 dez. seção 1, 1999

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 19. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 8-10.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2008.

BRESSAN, L. A. **O desempenho funcional do idoso com demência**. 2005. 126 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRITO, F. C.; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de Avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado e Gerontologia**. 2ª edição revisada e ampliada. São Paulo: Atheneu, 2007. cap 10, p. 134-39

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. Bras. Estud. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2008.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BULLOCK, R.; HAMMOND, G. Realistic expectations: the management of severe Alzheimer disease. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, Hagerstown, v. 17, p. 80-85, 2003. Supplement 3.

BUSTAMANTE, S. E. Z.; BOTTINO, C. M. C.; LOPES, M. A.; AZEVEDO, D.; HOTOTIAN, S. R.; LITVO, J.; JACOB FILHO, W. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. Resultados preliminares. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3A, p. 601-606, 2003.

BYNUM, J. P. W.; RABINS, P. V.; WELLER, W.; NIEFELD, M.; ANDERSON, G. F.; WU, A. W. The relation between a dementia diagnosis, chronic illness, medicare expenditures and hospital use. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 52, p. 187-194, 2004.

CAHN-WEINER, D. A.; MALLOY, P. F.; BOYLE, P. A.; MARRAN, M.; SALLOWAY, S. Prediction of functional status from neuropsychological test in community-dwelling elderly individuals. **Clin. Neuropsychol.**, Hove, v. 14, p. 187-195, 2000.

CAHN-WEINER, D. A.; BOYLE, P. A.; MALLOY, P. F. Tests of executive function predict instrumental activities of daily living in community-dwelling elderly individuals. **Appl. Neuropsychol.**, Mahwah, v. 9, p. 187-191, 2002.

CAIXETA, L. História da demência e demência na História: conceitos e tendências. In: CAIXETA, L. (Org.). **Demência: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-11.

CALDAS, C. P. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 209-216, 1995.

_____. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio-jun. 2003.

CAMACHO, A. C. L. F. Consulta de enfermagem ao paciente idoso com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice: apresentação do instrumento de avaliação. **J. Bras. Neuropsiquiatr. Geriatr.**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, p. 8-14, 2002.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. Av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; LEITÃO E MELLO, J.; PASINATO, M. T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, A. A. (Org.) **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 137-167.

CANINEU, P. R.; SILVA, M. C.; DAMASCENO, B. P. Uma introdução ao estudo da demência em hospitais psiquiátricos. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Orgs.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus, 2004. p. 163-184. (Coleção Vivaidade).

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Conduta diagnóstica em demência. In: FORLENZA, O.; ALMEIDA, O. **Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 107-119.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 725-733, 2003.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte, Postgraduate, 1998

CHAVES, M. L.; CAMOZZATO, A. L.; GODINHO, C.; KOCCHANN, R.; SCHUH, A.; ALMEIDA, V. L.; KAYE, J. Validity of the clinical dementia rating scale for detection of staging of dementia in Brazilian patients. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, Hagerstown, v. 21, n. 3, p. 210-217, 2007.

CHRISTENSEN, M. D.; WHITE, H. K. Dementia assessment and management. **J. Am. Med. Dir Assoc.**, New York, v. 8, p. 89-98, 2007.

COELHO, G. S.; ALVIN, N. A. T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço familiar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 541-544, 2004.

DUARTE, Y. A. O. **Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe**. 2005. 205 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DUARTE, Y. A. O. O cuidador no cenário assistencial. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 37-44, 2006.

DUBOIS, B.; FELDMAN, H. H.; JACOVA, C.; DEKOSKY, S. T.; BARBERGER-GATEAU, P.; CUMMINGS, J.; DELACOURTE, A.; GALASKO, D.; GAUTHIER, S.; JICHA, G.; MEGURO, K.; O'BRIEN, J.; PASQUIER, F.; ROBERT, P.; ROSSOR, M.; SALLOWAY, S.; STERN, Y.; VISSER, P. J.; SCHELTENS, P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer' disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. **Lancet Neurol.**, London, v. 6, n. 8, p. 734-746. 2007.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L. (Coord). **Marcos para prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p. 61-77.

ERZIGKEIT, H.; LEHFELD, H.; PEÑA-CASANOVA, J.; BIEBER, F.; YEKRANGI-HARTMANN, C.; RUPP, M.; RAPPARD, F.; ARNOLD, K.; HINDMARCH, I. The Bayer-Activities of Dailing Living Scale (B-ADL): results from a validation study in three European countries. **Dement. Geriatr. Cogn. Disord.**, Basel, v. 12, p. 348-358, 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading de cognitive state of patients for the clinicians. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 12, p. 189-198, 1975.

FRAGA JUNIOR, R. Demência dos corpúsculos de Lewy, frontotemporal (Pick) e doença de Huntington. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 148-150.

FRATIGLIONI, L.; LAUNER, L. J.; ANDERSEN, K.; BRETELER, M. M.; COPELAND, J. R.; DARTIGUES, J. F.; LOBO, A.; MARTINEZ-LAGE, J.; SOININEN, H.; HOFMAN, A. Incidence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. **Neurology**, Hagerstown, v. 54, n. 11, p. S10-15, 2000. Supplement 5.

GARRIDO, A.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, p. 3-6, 2002. Suplemento 1.

GORDILHO, A.; SÉRGIO, J.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000.

GRATÃO, A. C. M. **Demanda do cuidador familiar com idosos demenciados**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GRENN, C. R.; MOHS, R. C.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M.; DAVIS, K. L. Functional decline in Alzheimer's disease: a longitudinal study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 41, p. 654-661, 1993.

HERBERT, L. E.; SCHERR, P. A.; MCCANN, J. J.; BECKETT, L. A.; EVNS, D. A. Is the risk of developing Alzheimer's disease greater for woman than for man? **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 153, p. 132-136, 2001.

HERRERA JUNIOR, E.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 25, p. 70-73, 1998.

HUGHES, C. P.; BERG, L.; DANZIGER, W. L.; COBEN, L. A.; MARTIN, R. L. A new clinical scale for the staging of dementia. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 140, p. 566-572, 1982.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população para o ano de 2004**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf>. Acesso em: 13 fev 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Tábuas completas de mortalidade**. 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1>. Acesso em: 13 fev. 2009.

KANEDA, T.; ZIMMER, Z.; TANG, Z. Socioeconomic status differential in life and activities and active life expectancy among older adults in Beijing. **Disabil. Rehabil.**, London, v. 27, p. 241-251, 2005.

KARSCH, A. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, v. 185, p. 914-919, 1963.

KIKUCHI, E. L.; JACOB FILHO, W. Tratamento e prevenção de distúrbios físicos associados. In: CAIXETA, L. **Demência: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 531-539.

LANGE, C. **Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP.** 2005. 221 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Washington, DC, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEE, D. S.; PETER, C. A.; ROULEAU, J. L.; LIU, P. P.; NAIMARK, D.; TU, J. V. Predicting mortality among patients hospitalized for health failure. **JAMA**, Chicago, v. 290, p. 2581-2587, 2003.

LEE, H.; PERRY, G.; MOREIRA, P. I.; GARRETT, M. R.; LIU, Q.; ZHU, X.; TAKEDA, A.; NUNOMURA, A.; SMITH, M. A. Tau phosphorylation in Alzheimer's disease: pathogen or protector? **Trends Mol. Med.**, Oxford, v. 11, p. 164-169, 2005.

LEMONS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, I. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 170-179, set./dez. 2006.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis versus terceira idade. In: _____. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônica não-transmissíveis.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1998. cap. 12, p. 203-222.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio-jun. 2003.

LIU, K. P. Y.; CHAN, C. C. H.; CHU, M. M. L.; NG, T. Y. L.; CHU, L. W.; HUI, F. S. L.; YUEN, H. K.; FISHER, A. G. Activities of daily living performance in dementia. **Acta Neurol. Scand.**, Copenhagen, v. 116, p. 91-95, 2007.

LIVINGSTON, G.; KATONA, C.; FRANÇOIS, C.; GUILHAUME, C.; COCHRAN, J.; SAPIN, C. Characteristics and health status change over 6 months in people with moderately severe to severe Alzheimer's disease in UK. **Int. Psychogeriatr.**, New York, v. 18, n. 3, p. 527-538, 2006.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência da demência em diversas regiões do mundo. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.

LOPES, M. A. **Estudo epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto**. 2006. 155 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com Doença de Alzheimer. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004.

MANFRIN, A.; SCHIMIDT, S. L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 23, p. 242-251.

MANN, U; MOHR, E.; GEARING, M.; CHASE, T.N. Heterogeneity in Alzheimer's disease: progression rate segregate by distinct neuropsychological and cerebral metabolic profiles. **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**. n.55, p.956-959, 1992

MARRA, T. A.; PEREIRA, L. S. M.; FARIA, C. D. C. M.; PEREIRA, D. S.; MARTINS, M. A. A.; TIRADO, M. G. A. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, jul./ago. 2007.

MARTÍNEZ, V. P. Prevalencia del síndrome demencial en la población mayor de 60 años. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, Habana, v. 20, n. 4, 2004. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 13 fev. 2009.

MCKHANN, G.; DRACHMAN, D.; FOLSTEIN, M.; KATZMAN, R.; PRICE, D.; STADLAN, E. M. Clinical diagnosis for Alzheimer's disease: report of the NINCSDRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. **Neurology**, Hagerstown, v. 34, p. 939-944, 1984.

MESULAN, M. **Principles of behavioral and cognitive neurology**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.

MOHS, R. C.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M. Longitudinal studies of cognitive, functional and behavioral change in patients with Alzheimer's disease. **Stat. Med.**, Chichester, v. 19, p. 1401-1409, 2000.

MORRIS, J. C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. **Neurology**, Hagerstown, v. 43, n. 11, p. 2412-2414, 1993.

MUNRO, B. H. **Statistical methods for health care research**. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.

NITRINI, R. Demência e doença de Alzheimer no Brasil. **J. Bras. Neuropsiquiatr. Geriatr.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 6-7, 2002.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P. BOTTINO, C. M. C.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 3A, p. 720-727, 2005.

NJEGO VAN, V.; HING, M. M.; MITCHELL, S. L.; MOLNAR, F. J. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. **J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.**, Washington, DC, v. 56, n. 10, p. 638-643, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **CID 10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 9. ed. São Paulo: EDUSP, 2003.

PAES, P. F. A.; SANTO, F. H. E. Limites e possibilidades no cotidiano do familiar que cuida do idoso com Alzheimer no ambiente domiciliar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 192-198, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 1, p. 3-9.

PAPALÉO NETTO, M.; KLEIN, E. L. Demência I: Epidemiologia, tipos e Manifestações Clínicas. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 26, p. 323-338.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A Prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 11, n.4, p.967-974, 2006.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, São Paulo, 2007. p. 19-35.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. R. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 63.

PERRONI, G. G. G. **Capacidade funcional de indivíduos idosos portadores de doença de Alzheimer**. 2007. 90 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto epidioso. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M. A.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993.

RAMOS, L. R.; SIMOES, E. J.; ALBERT, M. S. Dependence inactivities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2- years follow-up. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 49, p.1168-1175, 2001.

REICHMAN, W. E.; CUMMINGS, J. L. Demência. In: DUTHIE JUNIOR, E. H.; KATZ, P. R. **Geriatría prática**. 3. ed. São Paulo: Revinter, 2002. cap. 26, p. 259-261.

RIBERTO, M.; MIYAZAKII, M. H.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátr.**, São Paulo, v. 8, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M.; MIYAZAKII, M. H.; JUCÁ, S. H. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátr.**, São Paulo, v. 11, p. 72-76, 2004.

RICCI, N. A.; KUBOTTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

RODRIGUES, R. A. P.; SCUDELLER, P. G.; PEDRAZZI, E. C.; SCHIAVETTO, F. V.; LANGE, C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008.

ROSA, T. E. C.; BENICIO, M. H. A.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 40-48, 2003.

ROYAL, D. R.; PALMER, R.; CHIODO, L. K.; POLK, J. M. Executive control mediates memory's association with change in instrumental activities of daily living: the Freedom House Study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Malden, v. 53, p. 11-17, 2005.

SALEMI, G.; REGGIO, A.; MORGANTE, L.; GRIGOLETTO, F.; PATTI, F.; MENEHINI, F.; ARIDON, P.; PERRI, R.D.; SAVETIERI, G. Impact of sociodemographic characteristics on cognitive performance in the elderly Sicilian population. **Neuroepidemiology**, Basel, v. 21, p. 44-49, 2002.

SHAH, K. R.; CARR, D.; ROE, C. M.; MILLER, J. P.; COATS, M.; MORRIS, J. C. Impaired physical performance and assessment of dementia of the Alzheimer type. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, Hagerstown, v. 18, n. 3, p. 112-119, 2004.

SHIAU, M. Y.; YU, L.; YUAN, H. S.; LIN, J. H.; LIU, C. K. Functional performance of Alzheimer disease and vascular dementia in Southern Taiwan. **J. Med. Sci.**, Taipei, v. 22, p. 437-446, 2006.

SILVA DE SÁ, M. F. **Relatório de atividades – 2001**. Ribeirão Preto: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2001.

SLOAN, F. A.; TROGDON, J. G.; CURTIS, L. H.; SCHULMAN, K. A. The effect of dementia on outcomes and process of care for medcare beneficiaries admitted with acute myocardial infarction. **J Am Geriatr Soc.**, Malden, v. 52, p. 173-181, 2004.

SUH, G. H.; JU, Y. S.; YEON, B. K.; SHAH, A. A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Chichester, v. 19, p. 817-824, 2004.

TAMBURINI, M. Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In: TAMBURINI, M. **Quality of life assessment in medicine**. Milan: Glamm Interactive, 1998. CD-ROM.

TASCONE, L. S.; MARQUES, L. C. G.; PEREIRA, E. C.; BOTTINO, C. M. C. Characteristics of patients assisted at an ambulatory of dementia from University Hospital. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 66, n. 3B, p. 631-635, 2008.

THOMAS, V.S.; ROCKWOOD, K.; McDOWELL, I. Multidimensionality in instrumental and basic activities of daily living. *J.Clin Epidemiol.* v.51, n.4, p. 315-321, 1998.

VALE, F. A. C.; MIRANDA, S. J. C. Clinical and demographic features of patients with dementia attended in a tertiary outpatient clinic. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 60, n. 3A, p. 548-555, 2002.

VAN HOOREN, S. A.; VAN BOXTEL, M. P.; VALENTIJN, S. A.; BOSMA, H.; PONDS, R. W.; JOLLES, J. Influence of cognitive functioning on functional status in an older population: 3-and 6- year follow up of the Maastrich Aging Study. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, Chichester, v. 20, p. 883-888, 2005.

VERAS, R. P. Fórum: Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD : demandas e desafios contemporâneos.Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out. 2007.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; DANTAS, S. B.; SANCHO, L. G.; SICSÚ, B.; MOTTA, L. B.; CARDINALE, C. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 5-12, 2007.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; CHAVES, P. H. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde**: consequência da explosão populacional dos idosos no Brasil. 2002. Disponível em: <<http://www.abramge.com.br/download/premio.pdf>>. Acesso em: jan. 2008.

VIEIRA, E. B.; KOENING, A. M. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 921-928.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A glossary of term for community health care and services for older persons**. 2004. Ageing and Health Technical Report, volume 5. Disponível em: <http://www.who.org>. Acesso em: 25 jun. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução S. Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WRIGHT, L. M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002. p 13-31.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso, doença cardíaca e comorbidades. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

APÉNDICES

APÊNDICE A -

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

Ribeirão Preto, 10 de Setembro de 2008

Eu Francisco de Assis Carvalho do Vale coordenador do Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, concordo com a realização da Pesquisa Intitulada "*Nível de Independência Funcional de Idosos com Doença de Alzheimer*" que será desenvolvida pela pesquisadora Luana Flávia da Silva Talmelli, aluna de pós graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP sob orientação da Professora Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues para coleta de dados em domicílio dos idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer e seu cuidadores ou informantes, atendidos nesse serviço.

Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale

De Acordo

Prof. Dr. Vitor Tumas
Docente Responsável pelo ANCP

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Cuidador**Título do Projeto: Nível de Independência Funcional de Idosos com Doença de Alzheimer.**

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos pedir sua colaboração para participar de um estudo que tem a intenção de verificar as condições de saúde e as atividades realizadas no dia a dia do idoso com doença de Alzheimer, atendidos Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão/USP, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Solicitamos então, a (o)sr (a) atender em seu domicílio a enfermeira e aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, cujo crachá e identificação são obrigatórios.

Para isso, precisaremos conversar com o Sr.(a) em torno de 40 a 50 minutos e deverá responder à algumas questões. Os nomes dos participantes desse estudo não vão aparecer no final da pesquisa e não se espera causar nenhum desconforto e/ou riscos aos entrevistados. Caso concorde, o(a) senhor(a) deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia dele também, caso precise, entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para o(a) sr(a) por participar da pesquisa. Pode também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado(a) por isso, e se tiver alguma dúvida poderá perguntar ou entrar em contato através do telefone.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas, congressos e ao setor de Neurologia Comportamental do HCFMRPUSP. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à sua disposição para qualquer informação adicional nos telefones: 3941-4093 e 3602-3416.

Luana Flávia da Silva Talmelli
(mestranda)

Rosalina Ap. Partezani Rodrigues
(orientadora)

Eu, _____
aceito participar desta pesquisa, respondendo às questões. Sei que, quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei também, que ao final desta pesquisa, meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

(Assinatura do cuidador)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento livre e esclarecido para o idoso**Título do Projeto: Nível de Independência Funcional de Idosos com Doença de Alzheimer.**

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos pedir sua colaboração para participar de um estudo que tem a intenção de verificar as suas condições de saúde e as atividades realizadas no dia a dia de idosos com doenças de Alzheimer atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão/USP, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Solicitamos então, a (o) Sr.(a) atender em seu domicílio a enfermeira e pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, cujo crachá e identificação são obrigatórios.

Para isso, precisaremos conversar com o Sr.(a) em torno de 40 a 50 minutos e deverá responder à algumas questões e fazer alguns testes, cálculos e desenhos, que serão explicados ao sr(a), mas que são simples, como lembrar nome de pessoas e locais. Solicitamos também sua autorização para usar as informações de seu prontuário médico que se encontra no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP. Os nomes dos participantes desse estudo não vão aparecer no final da pesquisa e não se espera causar nenhum desconforto e/ou riscos aos entrevistados. Caso concorde, o(a) senhor(a) deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia dele também, caso precise, entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para o(a) sr(a) participar da pesquisa. Pode também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado(a) por isso, e se tiver alguma dúvida poderá perguntar ou entrar em contato através do telefone.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas, congressos e ao setor de Neurologia Comportamental do HCFMRPUSP. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à sua disposição para qualquer informação adicional nos telefones: 3941-4093 e 3602-3416.

Luana Flávia da Silva Talmelli
(mestranda)

Rosalina Ap. Partezani Rodrigues
(orientadora)

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa, respondendo às questões, fazendo teste, cálculos e desenhos. Sei que, quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei também, que ao final desta pesquisa, meu nome será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

(Assinatura do idoso)

APÊNDICE D - Termo de Consentimento livre e esclarecido para responsável legal**Título do Projeto: Nível de Independência Funcional de Idosos com Doença de Alzheimer.**

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos pedir sua autorização para que seu ente possa participar de um estudo que tem a intenção de verificar as condições de saúde e as atividades realizadas no dia a dia do idoso com doença de Alzheimer atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão/USP, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Solicitamos então, a (o) sr. (a) atender a enfermeira e aluna da pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, cujo crachá e identificação são obrigatórios.

Para isso, precisaremos conversar com o idoso e seu cuidador onde residem, em torno de 40 a 50 minutos, para responder à algumas questões e utilizaremos algumas informações contidas no prontuário médico do idoso que se encontra no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP. Os nomes dos participantes desse estudo não vão aparecer no final da pesquisa e não se espera causar nenhum desconforto e/ou riscos aos entrevistados. Caso concorde, o(a) senhor(a) deverá assinar esse termo e ficará com uma cópia dele também, caso precise, entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa. A participação é completamente voluntária e não haverá custo por participar da pesquisa. Pode também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado(a) por isso, e se tiver alguma dúvida poderá perguntar ou entrar em contato através do telefone.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação, como revistas científicas, congressos e ao setor de Neurologia Comportamental do HCFMRPUSP. Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à sua disposição para qualquer informação adicional nos telefones: 3941-4093 e 3602-3416.

Luana Flávia da Silva Talmelli
(mestranda)

Rosalina Ap. Partezani Rodrigues
(orientadora)

Eu, _____ autorizo que meu ente participe desta pesquisa, respondendo às questões. Sei que, quando eu não quiser mais participar, eu posso desistir. Sei também, que ao final desta pesquisa, o nome do idoso será mantido em segredo. Recebi uma cópia deste documento, assinada pela pesquisadora responsável, e tive a oportunidade de discuti-lo com a mesma.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2008.

(Assinatura do representante legal)

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento de Perfil Sociodemográfico

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
A1) Idade _____(anos completos) Mês e ano de nascimento ____/____	AIDADE ____ ____ AMANO ____ / ____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino	ASEXO ____
A3) Qual é a cor da sua pele? (1) Branca (4) Preta (2) Parda (5) Indígena (3) Amarela (99) NS/NR	ACOR ____ ____
A4) Local de nascimento (<i>Ver documento se necessário</i>) (1) Urbano (2) Rural (99) NS/NR	ALOCALN ____ ____
A5) Qual seu estado Civil? (1) Solteiro (a) . (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a) (5) Viúvo(a) (6) Outro _____ (99) NS/NR	AESTCIV ____ ____
A6) Mora sempre neste endereço ou existe mais de um local para residir: (1) Mesmo (2) Mais de um local (99) NS/NR	ALOCAL _____
A7) Há quanto tempo o sr(a) mora nesta casa? (99) NS/NR	ATEMPO _____
A8) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o sr(a)? (99) NS/NR	AMCASA _____
A9) Com quem o sr(a) mora: (1) sozinho (2) somente com o cônjuge (3) cônjuge e filho(s) (4) cônjuge, filhos, genro ou nora (5) somente com o filho(s) (6) arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) arranjos intrageracionais (mora somente com outros idosos e o cônjuge) (8) arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (9) somente com os netos(sem filhos) (10) não familiares (11) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	AMORA _____

A10) Quem é o chefe responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR	ACHEFE _____
A11) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR	AFILHVIV _____
A12) Qual é a sua religião? (00) Nenhuma (01) Católica (02) Protestante ou Evangélica (03) Espírita (04) Judaica (05) Outra (especifique) _____ (99) NS/NR	ARELIG ____
A13) Quando o(a) sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde, qual tipo de serviço o(a) sr(a) utiliza como primeira opção? 1 SUS 2 Convênio de saúde 3 Particular 4 Farmácia 5 Benzedeira 6 Outro (especifique) _____ (88) Não se aplica (99) NS/NR	ASERATS ____
PERFIL SOCIAL	
B1) Escolaridade: Quantos anos você frequentou a escola? (99) NS/NR (se nenhum, colocar "0")	BESCOL _____
B2) Qual é a renda mensal (em salários mínimos - SM): Idoso: (0) não tem (1) Tem : _____ em reais Família (incluir idoso): (1) 1 SM (2) 2 SM (3) 3-5 SM (4) 6-9 SM (5) +10 SM (99) NS/NR	BRENDI _____ BRENDF _____
B3) Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (1) não tem (2) tem (99) NS/NR B3a) Aposentadoria B3b) Pensão B3c) Aluguel B3d) Trabalho Próprio B3e) Doações (família, amigos, instituições) B3f) Outras _____	BAPOS _____ BPENS _____ BALUGUEL _____ BTRAPRO _____ BDOA _____ BOUTR _____
B4) No seu entender de acordo com sua situação econômica atual de que forma o(a) sr(a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc) muito boa (4) ruim boa (5) péssima regular (99) NS/NR	BNECBAS ____

B5) Em geral, em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, diria que sua situação econômica é: (1) Melhor (3) Pior (2) Igual (99) NS/NR	BECONCOMP ____
B6) Quais das seguintes atividades o sr(a) realiza? (0) Não (1) Sim (99) NS/NR B6a) Nenhuma B6b) Atividades domésticas B6c) Esporte/dança B6d) Trabalho voluntário/comunitário B6e) Trabalho remunerado B6f) Outros: Quais? _____	BATINEH ____ BATDOM ____ BATESD ____ BATTVOL ____ BATTREM ____ BATOUT ____
B7) A casa onde mora é: (1) Própria-quitada (4) Cedida – sem aluguel (2) Paga aluguel (5) Outro (3) Própria – Paga prestação (99) NS/NR	BCASA ____
B8) Como o sr(a) avalia sua memória atualmente? (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Péssima (99) NS/NR	BAVAMEM ____
B9) Comparando com um ano atrás, o (a) Sr(a) diria que sua memória está... (1) Melhor. (2) Igual (3) Pior (99) NS/NR	CMEMPOS ____

ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental – MEEM*

AVALIAÇÃO COGNITIVA																								
<p>C3) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)</p> <table border="1"> <tr> <td>Ano</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Semestre</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mês</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dia</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dia da semana</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>				Ano	()acertou	()errou	()Não sabe	Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe	Mês	()acertou	()errou	()Não sabe	Dia	()acertou	()errou	()Não sabe	Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CORITMA_____</p> <p>CORITMS_____</p> <p>CORITMM_____</p> <p>CORITMD_____</p> <p>CORITMDS_____</p> <p>CORITEM_____</p> <p>—</p>
Ano	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe																					
<p>C4) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)</p> <table border="1"> <tr> <td>Nome da rua</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Número da casa</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Bairro</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cidade</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Estado</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>				Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe	Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe	Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe	Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe	Estado	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CORIESPR_____</p> <p>CORIESPC_____</p> <p>CORIESPB_____</p> <p>CORIESPCI_____</p> <p>CORIESPE_____</p> <p>CORIESPTOT__</p>
Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe																					
<p>C5) REGISTRO - Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote > Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.</p> <p>Vou lhe dizer três palavras e quando terminar pedirei que repita-os, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?</p> <p>Lembrou = 1 Não lembrou = 0</p> <table border="1"> <tr> <td>Árvore</td> <td>()conseguiu</td> <td>()não conseguiu</td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td>()conseguiu</td> <td>()não conseguiu</td> </tr> <tr> <td>Cachorro</td> <td>()conseguiu</td> <td>()não conseguiu</td> </tr> </table> <p>Número de repetições:_____</p>				Árvore	()conseguiu	()não conseguiu	Mesa	()conseguiu	()não conseguiu	Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu	<p>CREGAR_____</p> <p>CREGME_____</p> <p>CREGCA_____</p> <p>CREGTOT_____</p>											
Árvore	()conseguiu	()não conseguiu																						
Mesa	()conseguiu	()não conseguiu																						
Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu																						

<p>C6) ATENÇÃO E CÁLCULO - <i>Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</i></p> <p>Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos</p> <table border="1"> <tr> <td>100-7=93</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>93-7=86</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>86-7=79</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>79-7=72</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>72-7=65</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>				100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe	93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe	86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe	79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe	72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CATCA93_____</p> <p>CATCA86_____</p> <p>CATCA79_____</p> <p>CATCA72_____</p> <p>CATCA65_____</p> <p>CATCATOT _____</p>
100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe																					
93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe																					
86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe																					
79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe																					
72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe																					
<p>C7) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – <i>Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem</i></p> <p>Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.</p> <table border="1"> <tr> <td>Árvore</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Cachorro</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>				Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe	Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe	Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CMEMEVOA_____</p> <p>CMEMEVOM_____</p> <p>CMEMEVOC_____</p> <p>CMEMEVOTOT _____</p>								
Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe																					
<p>C8) LINGUAGEM – <i>Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).</i></p> <p><i>Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Caneta</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Relógio</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>				Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe	Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CLINGGECA_____</p> <p>CLINGGERE_____</p> <p>CLINGGETOT_____</p>												
Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe																					
<p>C9) Repita a frase que vou lhe dizer - <i>(Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.</i></p> <p>NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p> <table border="1"> <tr> <td>Conseguiu ()</td> <td>Não conseguiu ()</td> </tr> </table>				Conseguiu ()	Não conseguiu ()	<p>CREPFRA _____</p>																		
Conseguiu ()	Não conseguiu ()																							
<p>C10) <i>Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe:</i></p> <p><i>Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Fechou os olhos () (1 ponto)</td> <td>Não fechou os olhos () (zero)</td> </tr> </table>				Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)	<p>QVISAO _____</p>																		
Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)																							
<p>C11) <i>Diga ao idoso(a):</i></p> <p><i>Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Pegue o papel com a mão direita</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Dobre esse papel ao meio</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> <tr> <td>Ponha-o no chão</td> <td>()acertou</td> <td>()errou</td> <td>()Não sabe</td> </tr> </table>				Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe	Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe	Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe	<p>CATIVIPEG_____</p> <p>CATIVIDOB_____</p> <p>CATIVIPON_____</p> <p>CATIVI _____</p>								
Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe																					
Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe																					

<p>C12) <i>Diga ao idoso(a):</i> O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? <i>Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Pontuação _____</p>	<p>CFRASE _____</p>
<p>C13) <i>Diga ao idoso(a):</i> Por favor, copie este desenho:</p> <p>Pontuação _____</p> <p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível.</p> <p>Considere apenas se houver 2 pentágonos</p>	<p>CDESEN _____</p> <p>TOTAL _____</p>
<p>OBS: SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B3 A B13 E ANOTE O TOTAL. A PONTUAÇÃO MÁXIMA É DE 30. SE A SOMA FOR IGUAL A 12 OU MENOS, VERIFIQUE SE ALGUÉM QUE MORA NA MESMA RESIDÊNCIA PODE AJUDAR NAS RESPOSTAS.</p>	

*Elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e modificado por Brucki et al. (2003)

ANEXO C - Avaliação Clínica da Demência* - escala

CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

Registro

Esta é uma entrevista semiestruturada. Por favor, faça todas as perguntas. Faça qualquer pergunta adicional necessária para permitir determinar o **CDR** do indivíduo.

Por favor, anote todas as informações adicionais criadas para as questões.

QUESTÕES DE MEMÓRIA PARA O INFORMANTE:				
1. Ele/ela tem problemas de memória ou raciocínio?		Sim		Não
a. Se sim, estes são persistentes (constantes, contínuos)?				Não
2. É capaz de lembrar uma lista curta (de compras)?		Geralmente	Às vezes	Raramente
3. Tem notado perda de memória no último ano?		Sim		Não
4. É capaz de lembrar acontecimentos recentes?		Geralmente	Às vezes	Raramente
5. A perda de memória interfere com as atividades diárias que o doente era capaz de realizar há uns anos atrás?		Sim		Não
6. Esquece completamente um evento mais importante em poucas semanas? (como viagem, aniversário, visita)		Geralmente	Às vezes	Raramente
7. Esquece detalhes significativos de um evento mais importante?		Geralmente	Às vezes	Raramente
8. Esquece completamente informação importante do passado? (data de nascimento, casamento, emprego...)		Geralmente	Às vezes	Raramente
9. Conte-me algum acontecimento que tenha ocorrido recentemente (último mês) um pouco diferente do habitual (passeio, viagem ou festa,...). (Para ser testado depois, obtenha detalhes como local do evento, momento do dia, participantes, quanto durou, quando terminou, e como o sujeito e outros participantes chegaram lá) (Obs.: obtenha este relato na ausência do paciente)				
----- ----- ----- -----				
10. Data de nascimento:				
11. Local de nascimento:				
12. Última escola que frequentou?				
Nome:				
Local:				
Nível de escolaridade:				
13. Qual foi a principal ocupação/profissão do doente? (ou do cônjuge)				
14. Qual foi o último emprego? (ou do cônjuge)				
15. Quando se aposentou (ou o cônjuge) e por quê?				

QUESTÕES DE ORIENTAÇÃO PARA O INFORMANTE:				
Com que frequência sabe corretamente				
1. Dia do mês				
☐	Geralmente	☐	Algumas Vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
2. Mês				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
3. Ano				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
4. Dia da semana				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
5. Tem dificuldade com as relações temporais (em situar os acontecimentos no tempo uns em relação aos outros)?				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
6. Consegue orientar-se em ruas familiares?				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
7. Consegue orientar-se fora da sua vizinhança?				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS
8. Consegue orientar-se dentro de casa?				
☐	Geralmente	☐	Algumas vezes	☐
☐		☐	Raramente	☐
☐				NS

QUESTÕES DE JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS PARA O INFORMANTE:			
1. Como considera a capacidade atual do doente para resolver problemas?			
☐	Como sempre		
☐	Boa, mas não tanto como anteriormente		
☐	Suficiente		
☐	Má		
☐	Sem qualquer capacidade		
2. E a capacidade para lidar com pequenas somas de dinheiro (trocos, gorjetas...)?			
☐	Sem perda	☐	Perda moderada
☐		☐	Perda grave
3. E a capacidade para lidar com assuntos financeiros mais complexos (pagar contas, usar talão de cheques...)?			
☐	Sem perda	☐	Perda moderada
☐		☐	Perda grave
4. Como lida com um acidente em casa? (pequeno incêndio, cano furado...)			
☐	Tão bem quanto antes		
☐	Pior do que antes, devido às alterações de memória e pensamento		
☐	Pior do que antes, devido a outras razões – quais:		
5. Compreende as situações e o que lhe é explicado?			
☐	Geralmente		
☐	Algumas vezes		
☐	Raramente		
☐	NS		
6. Comporta-se adequadamente (i.e., da maneira como costumava ser normalmente) nas situações sociais e na interação com os outros?			
☐	Geralmente		
☐	Algumas vezes		

	*Raramente
	NS

NS: informante não tem condições de responder (não sabe)

QUESTÕES DE ATIVIDADES NA COMUNIDADE* PARA O INFORMANTE

OCUPAÇÃO

1. Ainda trabalha?		SIM		NÃO	Não aplicável
2. Se não, as alterações de memória interferiram na decisão de se aposentar?		SIM		NÃO	Não aplicável
3. Se sim, tem dificuldades devido às alterações de memória ou de raciocínio?					
Geralmente		Algumas vezes		Raramente	Não aplicável

ATIVIDADE SOCIAL

4. Alguma vez dirigiu automóvel? (ou outro veículo)		SIM		NÃO	Não aplicável
Se sim, ainda dirige?		SIM		NÃO	Não aplicável
Se não dirige, é devido às alterações de memória ou raciocínio?		SIM		NÃO	Não aplicável
5. Se ainda dirige, há problemas ou risco por causa das alterações de memória ou raciocínio?		SIM		NÃO	Não aplicável
6. É capaz de fazer suas compras sozinho(a)?					
Raramente ou nunca – precisa de ajuda em qualquer compra					
Algumas vezes – compra algumas coisas, mas traz duplo ou esquece outros					
Geralmente					
NS					
7. É capaz de realizar, de forma independente, alguma atividade fora de casa?					
Raramente ou nunca – precisa de ajuda em qualquer atividade					
Algumas vezes – limitada e/ou de rotina (participação na igreja, ida ao cabeleireiro.)					
Geralmente					
NS					
8. É levado(a) a atividades sociais fora da casa da família?		SIM		NÃO	
Se não, porque?					
9. Um observador ocasional perceberia que se trata de uma pessoa doente por causa do comportamento?					
		SIM		NÃO	NS
10. Se institucionalizado, participa de atividades sociais?					
		SIM		NÃO	

* Atividades na comunidade: ir à igreja, visitar amigos ou familiares, atividades políticas, organizações profissionais, associações recreativas, voluntariado, programas educativos.

NS – informante não tem condições de responder (não sabe)

IMPORTANTE:

Há informação disponível suficiente para graduar o nível de comprometimento nas atividades na comunidade?

Se não, por favor, explore mais.

QUESTÕES SOBRE LAR E LAZER (CASA E PASSATEMPOS) PARA O INFORMANTE

1.a Tendo em mente apenas a perda cognitiva, que mudanças ocorreram no desempenho das atividades domésticas?

1.b Que tarefas ainda consegue realizar corretamente?

2.a Tendo em mente apenas a perda cognitiva, que mudanças ocorreram na realização de seus passatempos (hobbies)?

2.b Que passatempos ainda consegue realizar corretamente?

3. Se institucionalizado, que atividades domésticas e passatempos ainda consegue realizar corretamente?

ATIVIDADES DO DIA-A-DIA

4. Capacidade para realizar tarefas domésticas?

☐ Sem perda

☐ Perda moderada

☐ Perda grave

5. A que nível é capaz de realizar tarefas domésticas simples e rotineiras:

☐ a. sem atividade significativa (executa atividades simples, como fazer a cama, mas com muita supervisão)

☐ b. limite a algumas tarefas simples (com alguma supervisão lava louça, põe a mesa ...)

☐ c. independente em algumas atividades (usa eletrodomésticos como aspirador de pó, televisão, prepara refeições simples)

☐ d. executa todas as tarefas, mas com algumas falhas

☐ e. executa todas as tarefas, como sempre

Tarefas domésticas: Cozinhar, lavanderia, faxina, compras de supermercado, tirar lixo, trabalho de pátio, manutenção simples, e reparos básicos.

Passatempos: Costura, pintura, trabalhos manuais, leitura, entretenimento, fotografia, jardinagem, teatro ou cinema, trabalho em madeira, esportes.

IMPORTANTE:

Há informação disponível suficiente para graduar o nível de comprometimento nas atividades domésticas e passatempos?

Se não, por favor, explore mais.

QUESTÕES SOBRE CUIDADOS PESSOAIS PARA O INFORMANTE:	
A VESTIR	
0	a. Normal sem ajuda
1	b. Pequena ajuda, ocasional/botões mal colocados
2	c. Sequência errada e com esquecimento de peças
3	d. Incapaz de se vestir
B. HIGIENE E APARÊNCIA	
0	a. Normal sem ajuda
1	b. Tem que se chamar a atenção
2	c. Algumas vezes necessita ajuda
3	d. Ajuda sempre ou quase sempre
C. ALIMENTAÇÃO	
0	a. limpo, utiliza corretamente os utensílios
1	b. suja tudo e utiliza apenas a colher
2	c. sem ajuda só consegue comer sólidos simples
3	d. precisa ser alimentado
D. CONTROLE ESFINCTERIANO	
0	a. normal, controle total
1	b. ocasionalmente, urina na cama
2	c. frequentemente, urina na cama
3	d. totalmente incontinente

MEMÓRIA - QUESTIONÁRIO PARA O IDOSO					
1. Tem problemas de memória ou de raciocínio?				SIM	NÃO
2. Há pouco o seu (marido, mulher...) me contou um acontecimento importante que ocorreu recentemente, com o Sr(a). Poderia me contar o que aconteceu? (incentivar que sejam referidos detalhes como datas, local, pessoas envolvidas, etc.) [se necessário identifique o acontecimento]					
	Correto		Parcialmente correto		Incorreto
3. Vou lhe dizer o nome e o endereço de uma pessoa - procure decorar, pois vou lhe pedir para repetir mais adiante. Espere eu terminar, então pode repetir (até o máximo de 3 vezes – <i>assinale os elementos repetidos corretamente</i>).					
Itens	1	2	3	4	5
	Maria	Da Silva	Av. 9 de Julho	54	Centro
	Maria	Da Silva	Av. 9 de Julho	54	Centro
	Maria	Da Silva	Av. 9 de Julho	54	Centro
Obs.: sublinhe os elementos repetidos corretamente em cada tentativa					
4. Qual a sua data de nascimento?					
5. Onde nasceu?					

6. Qual o nome do colégio que estudou por último?				
Nome: _____		Grau: _____		
Lugar: _____				
7. Pode repetir o nome e endereço que lhe disse agora há pouco?				
Itens	1	2	3	5
	Maria	da Silva	Rua da Praia	Centro
(assinale os itens corretos)				

ORIENTAÇÃO - QUESTIONÁRIO PARA O IDOSO				
Que dia é hoje?		Correto		Incorreto
Qual é o dia da semana?		Correto		Incorreto
Em que mês estamos?		Correto		Incorreto
E o ano?		Correto		Incorreto
Que lugar é este aqui?		Correto		Incorreto
Qual o nome desta cidade?		Correto		Incorreto
Sem olhar para o relógio, sabe me dizer que horas são agora? (aceitar ± 1 hora) Hora verdadeira: _____ Hora referida pelo sujeito: _____		Correto		Incorreto
O sujeito sabe quem é o informante (em seu julgamento)?		Sim		Não

JUIZO CRÍTICO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS - QUESTIONÁRIO PARA O IDOSO	
INSTRUÇÕES: Se a primeira resposta do paciente não merecer pontuação máxima, insistir até compreender bem qual a capacidade do doente na compreensão do problema. Pontue a resposta mais aproximada.]	
SEMELHANÇAS	
Se eu lhe perguntar qual a semelhança entre uma banana e uma laranja, uma resposta certa é dizer que as duas são frutas. Diga-me agora em que são semelhantes (parecidos)	
1. Cachorro e Leão	
Animais, mamíferos, carnívoros, (qualquer elemento abstrato – categoria)	0
Resposta concreta (têm 4 patas, rabo, pelo..)	1
Resposta errada ou sem sentido, ou não sabe	2
2. Mesa e Cadeira	
Móvel, móveis	0
Resposta concreta (de madeira, com pés, servem para a cozinha, etc.)	1
Resposta errada ou sem sentido, ou não sabe	2
DIFERENÇAS	
Se eu lhe perguntar qual a diferença entre uma colher e uma pá, uma resposta certa é dizer que a colher é um utensílio para pegar alimentos e a pá para tirar ou botar terra/areia, abrir um buraco no	

chão, etc. Diga-me agora em que são diferentes.....			
1. Açúcar e vinagre			
Doce e ácido/azedo			0
Concreto (um para colocar no café e outro na salada...)			1
Errado ou sem sentido, ou não sabe			2
2. Roubo e engano			
Intencional e não intencional			0
Só explica um			1
Errado ou sem sentido, ou não sabe			2
CÁLCULOS			
3. Quantas moedas de 50 centavos são necessárias para R\$ 2,00?		correto	incorreto
4. Quantas notas de R\$ 5,00 são necessárias para ter uma nota R\$20?		correto	incorreto
5. Subtraia 3 de 20 e siga subtraindo 3 a partir de cada resultado: 20 – 17 – 14 – 11 – 8 – 5 – 2			
		correto	incorreto
CRÍTICA			
6. Se chegasse numa cidade desconhecida e quisesse localizar um amigo, como faria?			
	0-Consultava lista telefônica, telefonava para um conhecido em comum		
	1-Telefonava para a polícia		
	2-Resposta sem sentido ou não sabe		
7. O que faria se visse fumaça saindo da janela de seu vizinho?			
	0-Chamava os bombeiros, avisava as pessoas e/ou ajudava		
	1-Dá apenas uma alternativa correta		
	2-Resposta sem sentido ou não sabe		

Desenho do Relógio

Pedir para desenhar um relógio redondo, colocar todas as horas e os ponteiros e marcar a hora 2:45.
Pontuação:

0 – Mau	desenho não reconhecível ou distorção grosseira.
1 – Suficiente	relógio deve conter um dos seguintes: face aproximadamente circular, números de 1 a 12
2 – Bom	relógio deve conter 2 dos seguintes: face circular, números de 1 a 12, números simétricos
3 – Excelente	representação perfeita ou quase perfeita.

ANEXO D – Medida de Independência Funcional* – MIF

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem Ajuda
	6 Independência modificada (ajuda técnica)	
	Dependência modificada	
	5 Supervisão	
	4 Dependência Mínima (indivíduo $\geq 75\%$)	Ajuda
	3 Dependência Moderada (indivíduo $\geq 50\%$)	
	2 Dependência Máxima (indivíduo $\geq 25\%$)	
	1 Dependência Total (indivíduo $\geq 0\%$)	

		Pontuação		
Auto-Cuidados				
A. Alimentação				
B. Higiene pessoal				
C. Banho (lavar o corpo)				
D. Vestir-se acima da cintura				
E. Vestir-se abaixo da cintura				
F. Uso do vaso sanitário				
Controle de Esfíncteres				
G. Controle da Urina				
H. Controle das Fezes				
Mobilidade				
<i>Transferências</i>				
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas				
J. Vaso sanitário				
K. Banheira ou chuveiro				
Locomoção				
L. Marcha / cadeira de rodas		m c	—	
M. Escadas				
Comunicação				
N. Compreensão		a v	—	
O. Expressão		v' n	—	
Cognição Social				
P. Interação Social				
Q. Resolução de problemas				
R. Memória				
Total				
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não possível de ser testado, marque 1				

m=marcha; c=cadeira de rodas; a=auditiva; v=visual; v'=verbal; n=não verbal

Traduzido e adaptado por Riberto et al. (2001)

ANEXO E - Certificado de Aplicação do CDR

Washington University
School of Medicine

**Alzheimer's Disease Research Center
Memory & Aging Project**

St. Louis, Missouri, USA

Certifies that

Luana Flávia da S. Talmelli

*Has fulfilled the requirements for certification as a
"CDR Rater"*

Having passed the Brief Training & Reliability Protocol for the Clinical
Dementia Rating (CDR) via the on-line training system.

John C. Morris

John C. Morris, M.D., Director, ADRC & Memory & Aging Project

09/18/2008

Washington
University in St. Louis
SCHOOL OF MEDICINE

ANEXO F - Certificado do Curso da MIF

<h1>CERTIFICADO</h1>	
<p>Certificamos que</p>	
<p>Luana Flavia da Silva Talmelli</p>	
<p>participou do Curso de Capacitação para a Utilização da Medida de</p>	
<p>Independência Funcional – MIF, realizado pela DMR HC FMUSP nos dias</p>	
<p>17 e 18 de agosto de 2007, com carga horária de 08 horas.</p>
Linamara Rizzo Battistella Diretora Executiva da DMR HC FMUSP	Marcelo Riberto Coordenador
<p>DIVISÃO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p>	

ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

www.hcrp.fmrp.usp.br

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Ribeirão Preto, 14 de outubro de 2008

Ofício nº 3691/2008
CEP/SPC

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **“NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 275ª Reunião Ordinária realizada em 13/10/2008 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8465/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras
LUANA FLÁVIA DA SILVA TALMELLI
PROFª DRª ROSALINA AP. PARTEZANI RODRIGUES (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP