

ORIGINAL ARTICLE

Open Access

Prevalência, desempenho cognitivo e funcionalidade de idosos com Doença de Alzheimer em instituições de longa permanência de Bento Gonçalves

Prevalence, cognitive performance and functionality of elderly with Alzheimer's Disease in long stay Bento Gonçalves institutions

Daniela Fernandes Tonholi¹, Gisele Oltramari²

¹ Acadêmica de Fisioterapia, Centro Universitário da Serra Gaúcha. Caxias do Sul, RS, Brasil. <danielafernandestonholi@hotmail.com>

² Graduada em Fisioterapia, ULBRA. Mestre em Gerontologia Biomédica. Docente do curso de fisioterapia do Centro Universitário da Serra Gaúcha. Caxias do Sul, RS, Brasil. <gisele.oltramari@fsg.br>

ARTICLE INFO

Article history

Received: 15/12/2016

Accepted: 04/05/2017

Correspondent Author

Daniela Fernandes Tonholi
Rua João Fianco, 274
95702-080 Bento Gonçalves, RS, Brasil
<danielafernandestonholi@hotmail.com>

© 2017 All rights reserved

Editors

Alfredo Cataldo Neto
Paula Engroff

RESUMO

OBJETIVOS: Verificar a prevalência, desempenho cognitivo e funcionalidade de idosos com a doença de Alzheimer em Instituições de Longa Permanência para o Idoso na cidade de Bento Gonçalves. **METODOLOGIA:** Estudo transversal do qual participaram 24 idosos residentes em instituições de longa permanência para o idoso. Foram obtidos os dados sociodemográficos, e os idosos foram submetidos à avaliação funcional pela Medida de Independência Funcional e a avaliação do desempenho cognitivo através do Mini Exame do Estado Mental. **RESULTADOS:** A maioria dos residentes era do gênero feminino (83%), quanto a escolaridade 54,2% possuíam ensino médio incompleto, a maioria dos idosos (70,8%) foi internado por vontade da família, todos os idosos apresentaram desempenho cognitivo ruim, e quanto pior o desempenho cognitivo mais dependente era o indivíduo. **CONCLUSÃO:** Idosos institucionalizados que apresentam doença de Alzheimer obtiveram resultados negativos no desempenho cognitivo avaliado, e também déficits em suas capacidades de realizar atividades de vida diária, alterando assim sua funcionalidade.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; funcionalidade; cognição; Doença de Alzheimer; instituições de longa permanência.

ABSTRACT

AIMS: To determine the prevalence, cognitive performance and functionality of elderly people with Alzheimer's disease in long-stay institutions for the elderly in the city of Bento Gonçalves. **METHODS:** Cross-sectional study including 24 elderly residents in long-stay institutions for the elderly, sociodemographic data were obtained, and the elderly were subjected to functional evaluation by the Functional Independence Measure and evaluation of cognitive performance through the mental state the Mini (MMSE). **RESULTS:** Most of the residents were female (83%), as 54.2% schooling had completed junior high school, most of the elderly (70.8%) was admitted by the will of the family, 100% of the elderly showed cognitive performance bad, and the smaller the more dependent cognitive performance was the individual. **CONCLUSION:** institutionalized elderly with Alzheimer's disease had negative results on cognitive performance, as well as deficits in their ability to perform activities of daily living, thus altering their functionality.

KEYWORDS: aging; functionality; cognition; Alzheimer Disease; long-stay institutions.

INTRODUÇÃO

A organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2025, terão cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil.¹ Os declínios funcionais próprios ao avanço da idade, associados ou não à doenças, podem causar impacto nas habilidades corporais necessárias à manutenção da independência.² Desta forma assuntos como autonomia, dependência e independência vêm sendo amplamente discutidos pelos profissionais da área de saúde que atuam com a pessoa idosa.³ O aumento na longevidade da população trouxe à tona doenças que causam incapacidade e deixam os idosos fragilizados, entre elas as demências.⁴

A doença de Alzheimer (DA) afeta aproximadamente 10% dos indivíduos com idade superior a 65 anos e 40% acima de 80 anos, é uma doença neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central, onde a etiologia é desconhecida. Instala-se de modo insidioso e apresenta evolução lenta, sendo a prevalência maior em idosos com idade avançada, muito provavelmente pelo diagnóstico ser tardio, atingindo igualmente homens e mulheres.^{5,6} A DA é caracterizada pelas alterações estruturais e bioquímicas que levam à perda neuronal progressiva, levando ao declínio cognitivo, motor e alterações comportamentais, que resultam em deficiência progressiva e incapacitação.^{6,7} A evolução da doença é dividida em estágios. O primeiro é caracterizado pela perda real de memória, envolvendo perda de memória imediata e deficiência no reconhecimento de figuras e nomes comuns. Já o estágio intermediário é identificado por déficits cognitivos, como o declínio intelectual e de linguagem, geralmente o declínio cognitivo vem acompanhado de mudanças comportamentais e depressão. Juntando todos esses fatores com a redução da disponibilidade de cuidado familiar, o alto custo para um cuidador domiciliar, moradias não adequadas e a família não saber lidar com os prejuízos que a doença traz consigo, é visto que uma das opções para minimizar as queixas e prováveis situações desgastantes é institucionalizá-los.⁸

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são instituições de caráter residencial, designadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados.⁹ A tendência é o aumento da demanda por instituições de longa permanência para idosos no Brasil.¹⁰

Um dos principais componentes da saúde do idoso é a capacidade funcional que é um item fundamental na

avaliação da saúde dessa população, particularmente em relação aos indivíduos com doenças incapacitantes como a doença de Alzheimer.¹¹ A capacidade funcional pode ser definida como a habilidade para realizar as atividades de vida diárias básicas (AVDB) e instrumentais (AVDI). As AVDI são atividades mais complexas necessitam de melhor estado cognitivo, incluem a capacidade de preparar uma refeição, realizar trabalhos domésticos, cuidados com finanças e correspondência, administração da própria medicação. Enquanto as AVDB estão associadas ao autocuidado e incluem a capacidade para realizar a higiene pessoal, o controle esfincteriano e a alimentação.^{12,11,13}

Já o desempenho cognitivo envolve o funcionamento mental, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento.¹⁴ Entre as perdas associadas a senilidade são, indiscutivelmente, as que agregam maior impacto aos idosos, familiares e sociedade, pela amplitude de suas repercussões e pela indisponibilidade de tratamentos eficazes que possam reverter os déficits já instalados.² A deficiência cognitiva é uma das principais causas desencadeantes da institucionalização em idosos.²

O presente estudo fez-se necessário para avaliar o nível de independência funcional e função cognitiva do idoso com DA. Dessa forma, profissionais da saúde, podem desenvolver uma proposta terapêutica mais adequada, assim como dar apoio aos familiares. O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência, o desempenho cognitivo e a funcionalidade de idosos com a Doença de Alzheimer em Instituições de Longa Permanência na cidade de Bento Gonçalves.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal. A amostragem foi realizada de forma não probabilística e por conveniência. A coleta de dados deu-se no período de fevereiro a junho de 2016, onde foram recrutados todos os indivíduos diagnosticados com DA, residentes em ILPIs na cidade de Bento Gonçalves. A amostra foi composta por 24 idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico médico de DA, com idade igual ou superior a 60 anos. Para a coleta dos dados foram utilizados três instrumentos: uma ficha de avaliação onde constaram dados de identificação do indivíduo e também características sociodemográficas e clínicas como idade, sexo, escolaridade, estado civil, histórico de quedas, histórico de fraturas, tempo de internação na ILPI, motivo da internação, diagnóstico médico de patologias associadas, medicações de uso

contínuo, início da Doença de Alzheimer, forma de surgimento e primeiras deficiências apresentadas.

Para avaliação do desempenho cognitivo foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), esse teste avalia a presença ou não de alterações cognitivas mediante sete itens: orientação para o tempo, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, lembrança de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual.^{15,16}

Para avaliação da funcionalidade foi utilizado a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) que tem como objetivo avaliar a incapacidade de uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. A MIF motora consiste em autocuidado, controle de esfíncteres, já a MIF cognitiva consiste em comunicação e cognição social. Para cada um dos 18 itens da MIF, uma escala descritiva é utilizada para classificar o nível de auxílio nas AVDs sendo: 1 correspondente a dependência total; 2 dependência máxima; 3 dependência moderada; 4 dependência mínima; 5 supervisão; 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa. Os escores vão de 18 a 126. Quanto mais elevado o escore, maior o nível de independência e melhor o desempenho funcional dos idosos.¹⁷

Salienta-se que todos os instrumentos foram aplicados diretamente com os indivíduos participantes, e não havendo entendimento ou possibilidade de resposta, a coleta se deu através dos cuidadores e/ou familiares dos mesmos.

Para a análise dos dados foram utilizadas estatísticas descritivas para caracterização da amostra, que serão descritas como média e desvio padrão. De acordo com a distribuição não paramétrica dos dados, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para verificar as associações entre MIF e MEEM. De acordo com Portney e Watkins (2009),¹⁸ as correlações foram classificadas como pouca ou nenhuma ($0,00 < r < 0,25$), razoável ($0,25 < r < 0,50$), moderada a boa ($0,50 < r < 0,75$) e boa a excelente ($r > 0,75$). Todos os cálculos foram realizados utilizando o programa estatístico SPSS para Windows versão 17.0 e o nível de significância estabelecido foi $\alpha = 0,05$.

O estudo foi desenvolvido garantindo o cumprimento estabelecido na Resolução 196/96 da Comissão Nacional de ética e Pesquisa do Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha, sob parecer nº 1.274.667/2015.

RESULTADOS

Fizeram parte da amostra 24 idosos, com média de idade de $82,8 \pm 6,0$ [65-93] anos, sendo 83% mulheres.

Através da **Tabela 1** (Características sociodemográficas da população estudada) é possível observar que a maioria da amostra (75%) reportou ser viúvo(a), 8,3% referiu ser solteiro(a), 8,3% referiu ser casado(a) e 8,3% referiu ser separado(a). Quanto à escolaridade cerca da metade dos indivíduos (54,2%) referiu possuir o ensino médio incompleto. A maioria da amostra (75%) referiu não possuir histórico de quedas no último ano, 16,8% teve quedas nos últimos três meses e 8,3% possuiu mais de uma queda nos últimos três meses. Nenhum dos idosos avaliados apresentou fratura no último ano.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da população estudada.

Variável	N (%)
Sexo	
Masculino	4 (16,7%)
Feminino	20 (83,3%)
Atual estado civil	
Solteiro(a)	2 (8,3%)
Casado(a)	2 (8,3%)
Viúvo(a)	18 (75%)
Separado(a)	2 (8,3%)
Escolaridade	
Analfabeto	2 (8,3%)
Ensino fundamental incompleto	1 (4,2%)
Ensino fundamental completo	2 (8,3%)
Ensino médio incompleto	13 (54,2%)
Ensino médio completo	5 (20,8%)
Superior completo	1 (4,2%)
Histórico de quedas	
Não teve quedas no último ano	18 (75%)
Teve queda nos últimos 3 meses	4 (16,7%)
Teve mais de uma queda nos últimos 3 meses	2 (8,3%)
Histórico de fraturas	
Não teve fraturas no último ano	24 (100%)
Tempo de internação na ILPI	
Menos de 3 meses	1 (4,2%)
Entre 3 e 9 meses	1 (4,2%)
1 ano	3 (12,5%)
Entre 1 e 2 anos	5 (20,8%)
Mais de 2 anos	14 (58,3%)
Motivos da internação	
Recomendação médica	6 (25%)
Vontade da família	17 (70,8%)
Outros	1 (4,2%)
Início da doença de Alzheimer	
1 a 2 anos	8 (33,3%)
3 a 4 anos	8 (33,3%)
5 anos ou mais	8 (33,3%)
Forma de surgimento	
Perda de memória declarativa	6 (25%)
Troca de palavras	4 (16,7%)
Perda de noção espacial e temporal	12 (50%)
Outros	2 (8,3%)

Referente ao tempo de internação na ILPI, mais da metade da amostra (58,3%) estava há mais de dois anos na instituição. A maioria dos idosos (70,8%) foi internada por vontade da família, 25% por recomendação médica e 4,2% por vontade própria. Em relação ao tempo de evolução da DA, 33,3% da amostra possuía de 1 a 2 anos de evolução, 33,3% da amostra possuía de 3 a 4 anos de evolução e 33,3% possuía 5 anos ou mais de evolução. Metade da amostra (50%) possuiu a forma de surgimento da doença com a perda de noção espacial e temporal, 25% com a perda da memória declarativa, 16,7% com a troca de palavras e 8,3% da amostra demonstrou outros sintomas.

A **Tabela 2** demonstra a caracterização da MIF em seus diferentes domínios, bem como do MEEM. Nota-se que em relação a MIF cuidados pessoais, MIF mobilidade, MIF comunicação a média do nível de dependência nas AVD's foi 3 (dependência moderada), já referente a MIF controle esfincteriano e MIF

cognitivo social a média do nível foi 2 (dependência máxima), e MIF locomoção a média do nível foi 4 (dependência mínima).

Com relação ao MEEM, segundo Bertolucci et al.¹⁵ e Talmelli et al.¹⁶ considera-se desempenho cognitivo ruim pontuação menor que 15 para analfabetos e pontuação menor que 22 pontos para os que apresentam entre 1 a 11 anos de escolaridade. Portanto, é possível notar pela **Tabela 3** que 100% da amostra apresentam desempenho cognitivo ruim.

As **Tabelas 4** e **5** demonstram as correlações observadas entre os desfechos do presente estudo. Na **Tabela 4** pode-se observar correlações estatisticamente significativas de magnitude moderada a boa entre o MEEM e a MIF cuidados pessoais ($r=0,749$; $p<0,01$), entre o MEEM e a MIF controle esfincteriano ($r=0,702$; $p<0,01$) e entre o MEEM e a MIF locomoção ($r=0,695$; $p<0,01$). Foram observadas correlações estatisticamente significativas de magnitude boa a excelente entre o MEEM e a MIF mobilidade ($r=0,778$; $p<0,01$), entre o MEEM e a MIF comunicação ($r=0,874$; $p<0,01$) e entre o MEEM e a MIF cognitivo social ($r=0,825$; $p<0,01$). Os resultados deste estudo mostraram que, aqueles idosos com déficit cognitivo apresentaram pior desempenho na MIF em todas suas categorias, porém estas perdas se mostram menos intensas nas funções relacionadas à locomoção e mais intensas nas funções comunicação, cognitivo social e mobilidade, conforme observado na **Tabela 4**. A **Tabela 5** demonstra a correlação entre todas as categorias da MIF e a variável sociodemográfica idade. Não foram encontradas correlações significantes no presente estudo entre funcionalidade e a variável idade. Quando correlacionado escolaridade e a variável desempenho cognitivo não obteve-se significância, desta forma o desempenho cognitivo não dependeu do grau de escolaridade dos idosos desta pesquisa.

Tabela 2. Caracterização da MIF e MEEM.

Desfechos	Media	Desvio Padrão
MIF cuidados pessoais	2,83	±1,494
MIF controle esfincteriano	2,21	±1,978
MIF mobilidade	3,42	±1,767
MIF locomoção	3,79	±2,064
MIF comunicação	3,00	±2,043
MIF cognitivo social	2,38	±1,765
MEEM	7,63	6,819

Tabela 3. Caracterização do MEEM

MEEM	n (%)
Bom desempenho cognitivo	0 (0%)
Desempenho cognitivo ruim	24 (100%)

Tabela 4. Correlações entre MIF e MEEM

MEEM		MIF					
		Cuidados pessoais	Controle esfincteriano	Mobilidade	Locomoção	Comunicação	Cognitivo social
	r	0,749**	0,702**	0,778**	0,695**	0,874**	0,825**
	p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

Tabela 5. Correlações entre MIF e idade.

Idade		MIF						MEEM
		Cuidados pessoais	Controle esfincteriano	Controle esfincteriano	Locomoção	Comunicação	Cognitivo social	
	r	-0,204	-0,150	-0,190	-0,093	-0,088	-0,134	0,000
	p	0,339	0,484	0,374	0,667	0,683	0,534	1,000

DISCUSSÃO

Nesse estudo verificou-se que a maioria dos idosos avaliados eram do sexo feminino, o que vai de encontro com outros estudos.¹⁹ Em outra pesquisa onde o objetivo foi realizar um levantamento das ILPIs do Município de Belo Horizonte, as mulheres constituíam 81,1% da população das ILPIs, do total de mulheres do município, 0,88% reside em ILPI mais que o triplo da proporção de homens. Tal tendência se explica, em parte, pelo fato de as mulheres viverem mais que os homens, tornarem-se viúvas mais cedo, apresentarem maior dificuldade para casar ou para o recasamento após separação ou viuvez, e menores níveis de instrução, taxa de ocupação e renda.²⁰

Quando questionados sobre o principal motivo que levou o idoso à institucionalização, a resposta para a maioria dos indivíduos pesquisados foi por vontade da família, seguido de recomendação médica. A própria família apresenta uma cumplicidade por parte dos adultos em conduzir os velhos, privando-os da liberdade de escolha, estimulando-os a ficarem dependentes, decidindo que mudem de casa, submetendo-os a internação.²¹ Em situações como necessidade de reabilitação intensiva no período entre a alta hospitalar e o retorno ao domicílio, ausência temporária de um cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças e níveis de dependência muito elevados, a internação do idoso em uma ILPI é uma alternativa.²⁰ Um dos principais motivos de institucionalização é o aumento dos custos nos cuidados com a doença e sobrecarga para família.^{12,22} Alguns idosos aprovam a condição de institucionalizados, por falta de recursos financeiros próprios ou de familiares.²³

Quanto à forma de surgimento da doença de Alzheimer, 50% da amostra tiveram como primeiro sinal a perda de noção espacial e temporal, seguido de perda da memória. Os pacientes com DA têm frequentemente dificuldades na orientação espacial nas atividades diárias, eles podem não se orientar em ambientes estranhos, ao enfrentar ajustes espaciais inteiramente novos. Em estágios avançados da doença, podem perder essa orientação espacial mesmo em sua vizinhança ou no interior de sua casa.²⁴ Como demonstrado na presente pesquisa, o primeiro sinal da DA para a amostra analisada foi a perda de noção espacial e temporal, e depois a perda da memória, corroborando com a literatura que refere que geralmente os primeiros sinais da DA são perda da memória, dificuldade na execução das atividades domésticas e manuais, problemas em encontrar a palavra certa, desorientação, alteração da capacidade de apreciação e raciocínio, alterações

do comportamento e alterações do temperamento e perda de iniciativa.²⁵

Obteve-se 100% da amostra com desempenho cognitivo ruim, segundo o MEEM, onde os domínios que obtiveram piores resultados foram orientação, memória imediata e de evocação, atenção e cálculo. Já o domínio linguagem apresentou menor déficit. O processo de envelhecimento é acompanhado de declínio em algumas habilidades cognitivas, como a memória episódica e as funções executivas.²⁶ Em pacientes com o diagnóstico de demência, o declínio cognitivo é uma característica universal, a taxa de conversão de declínio cognitivo para a doença de Alzheimer é de 10% a 15% ao ano, enquanto pessoas saudáveis apresentam taxa de 1% a 2% ao ano.²⁷

Quando comparado o desempenho cognitivo com a capacidade funcional obteve-se significância estatística, os idosos com déficit cognitivo apresentaram pior desempenho na MIF em todas suas categorias, sendo possível notar que quanto menor o desempenho cognitivo mais dependente era o indivíduo. A internação do idoso em instituições de longa permanência causa uma importante deterioração da capacidade funcional e autonomia do mesmo modo em que se exacerbam as restrições para realizar tarefas que antes da internação costumavam ser rotineiras.²⁸ Os cuidadores na instituição de longa permanência parecem não estimular as capacidades dos idosos ainda capazes de desenvolver as atividades básicas e instrumentais da vida diária.²⁹ De acordo com Davim et al. (2004)³⁰ mesmo um idoso institucionalizado deve-se ter o cuidado de preservar e/ou melhorar sua qualidade de vida, autonomia e independência. No entanto, muitas vezes o que ocorre em uma instituição, com o intuito de agilizar o processo de atendimento, é a diminuição do incentivo a esses idosos para continuarem realizando independentemente suas atividades, o que pode levar a uma piora do quadro funcional e limitação.³⁰

Quando correlacionado neste estudo funcionalidade com a idade não obteve-se significância estatística, sendo que o comprometimento funcional foi similar nas diferentes faixas etárias, dado esse que vai de encontro com outros estudos.²⁷ O desempenho funcional deve se pautar em outros fatores tais como: educacionais, de saúde, de personalidade e não somente na idade cronológica.³¹ Em um estudo realizado com idosos em 2001 foi possível verificar que a saúde, a capacidade física e o desempenho funcional declinam com a idade.³² Quando se estudam pessoas com idades mais avançadas constata-se que as mesmas apresentam maiores problemas de saúde, perdas e deficiências a vários níveis, influenciando a sua qualidade de vida.³³ Em indivíduos com idades mais avançadas as limitações

acentuam-se, levando a uma maior dependência nas atividades cotidianas.³⁴ Esta perda funcional se torna um fator de risco para a institucionalização.⁸

Quando comparado o desempenho cognitivo com a escolaridade da população estudada não se obteve significância estatística, desta forma o desempenho cognitivo não dependeu do grau de escolaridade dos idosos desta pesquisa. Já em outro estudo constatou-se que houve relação estatisticamente significativa entre escolaridade e capacidade cognitiva, a qual foi avaliada através do MEEM, os dados apontaram que, quanto maior a escolaridade, melhor a capacidade cognitiva.²⁷ O elevado nível educacional é considerado fator protetor quanto ao desenvolvimento de quadros demenciais, especialmente a doença de Alzheimer e a associação entre baixo nível educacional e maior risco de desenvolver quadros demenciais pode estar relacionada à maior exposição a fatores ambientais deletérios ao sistema nervoso central, supostamente presente em indivíduos com baixa escolaridade.³⁵ Uma possível explicação para o fato de que nesse estudo o desempenho cognitivo não depender da escolaridade é em razão da amostra reduzida, e também que a amostra foi caracterizada com poucos indivíduos analfabetos e com ensino superior, não havendo, portanto, significância estatística.

Não houve significância estatística na correlação entre algumas variáveis deste estudo assim contradizendo a literatura, porém o objetivo principal desta pesquisa foi verificar a funcionalidade e o desempenho cognitivo dos idosos, e obteve-se os resultados conforme a literatura. Desta forma o objetivo principal foi alcançado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que idosos institucionalizados com doença de Alzheimer apresentam déficit no desempenho cognitivo, gerando um declínio em sua capacidade para realizar as AVD's. Entretanto, mesmo apresentando estas deficiências, o menor prejuízo apresentado foi na locomoção, além de apresentarem um histórico de quedas baixo com nenhum histórico de fraturas. Salientando a funcionalidade, é possível que o aumento da dependência no idoso seja o principal determinante para a família optar por institucionalização. Desta forma o aumento da longevidade faz com que cada vez mais o tema funcionalidade seja abordado, já que traz implicações não só para o indivíduo, mas também para a sua família.

Ao reconhecer a diminuição da funcionalidade em idosos institucionalizados verifica-se a necessidade de atitudes e cuidados por parte dos profissionais de saúde

que atendem a essa população, estimulando os idosos a realizarem suas atividades do dia-a-dia, contudo é imprescindível levar em conta o comprometimento cognitivo.

A relevância do estudo da capacidade funcional dos idosos e um assunto extremamente importante para os fisioterapeutas, por isso o conhecimento das necessidades destes idosos para realizar as AVD's auxilia o fisioterapeuta na sistematização do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Cerqueira ATDR, Oliveira NILD. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicol. USP* 2002;13:133-50.
2. Lenart MH, Palma KAXA. O desempenho de idosos institucionalizados no mini exame do estado mental. *Acta Paul enferm.* 2009;22:638-44.
3. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEDL, et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. *Acta Paul Enferm.* 2009;22:652-7.
4. Ferreira LL, Cochito TC, Caíres FD, et al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem a Doença de Alzheimer. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2014;17:567-73.
5. Caetano D. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In: Artmed (Ed.). *Organiz. Mund. da Saúde.* Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 1993.
6. Sereniki A, Vital M. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. *Rev Psiquiatr Rio G do Sul.* 2008;30.
7. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CM, et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil critérios diagnósticos e exames complementares. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63:713-9.
8. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15:785-96.
9. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2010;27:232-5.
10. Bessa MEP, Silva MJ. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis.* 2008;17:258-65.
11. Talmelli LFS, Vale FDACD, Gratão ACM, et al. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. *Acta Paul Enferm.* 2013;26:219-25.
12. Chaves ML, Godinho CC, Porto CS, et al. Doenças de Alzheimer: avaliação cognitiva, comportamental e funcional. *Dement. Neuropsychol.* 2011;5:21-33.
13. Zidan M, Arcoverde C, Araújo N, et al. Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. *Rev Psiq Clín.* 2012;39:161-5.
14. De Moraes EM, De Moraes FL, Lima SDPP. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev Med Minas Gerais.* 2010;20:67-73.
15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52:1-7.

16. Talmelli LFS, Gratão ACM, Kusumota L, et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44:933-9.
17. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SS, et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta fisiátrica*. 2004;11:72-6.
18. Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research: Applications to practice*. 3^a ed. New Jersey: Prentice Hall Health, 2009.
19. Luzardo AR, Gorini MIP, Silva PSS. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15:587-94.
20. Chaimowicz F, Greco DB. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 1999;33:454-460.
21. Bosi E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 7^a ed. São Paulo: Companhia das letras, 1999.
22. Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: Motivos Apontados por Familiares. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2007;41:229-236.
23. Born T, Boehat NSA. Qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado: Tratado de Geriatria e Gerontologia, 768-77. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
24. Tuon L, Portuguese M, Costa J. Memória de orientação espacial: Avaliação em pacientes com doença de Alzheimer e com epilepsia mesial temporal refratária. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64:490-495.
25. Cardoso SCL. *Doença de Alzheimer – Projeto Tutorial*. Portugal: Instituto Superior de Ciências da Saúde. 2006; 3-13.
26. Erven TV, Janczura GA. A memória dos idosos em tarefas complexas. *Psic Teor Pesq*. 2004;20:59-68.
27. Soares E, Coelho MO, Carvalho SMR. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: Possibilidade de Relações e Correlações. *Revista Kairós Gerontologia*. 2012;15:117-39.
28. Silvestre JA, Milton MCN. Approach to the elderly in family health programs. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;9: 839-47.
29. Guia CM, Lemos RM, Rodrigues HC, et al. Declínio funcional e cognitivo em idosos após 6 meses de internação em instituição gerontológica. In: *Anais do 13^o Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*, 2002, Rio de Janeiro. p. 348.
30. Davim RMB, Torres GDV, Dantas SMM, et al. Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas de saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2004;12:518-24.
31. Canineu PR. Transtorno cognitivo leve. In: Freitas EV, Py A, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Eds. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 128-32.
32. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5- year longitudinal study. *Social Science and Medicine*. 2001;52:1329-41.
33. Andrade AINP, Martins RML. Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*. 2011;40: 185-99.
34. Montenegro SMR, Silva CAB. Os efeitos de um Programa de Fisioterapia como promotor de saúde na capacidade funcional de mulheres idosas institucionalizadas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2007;10:161-78.
35. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev. Psiqu. Clín*. 2007;34:13-7.