

CONDIÇÕES COGNITIVAS E CAPACIDADE FUNCIONAL DE CLIENTES ATENDIDOS NO NESQ DO CREASI EM SALVADOR, BAHIA.

Mariana Nascimento Santos¹
Cirlene Pires Régis²

Resumo: *O processo de envelhecimento está mais evidenciado devido ao aumento da expectativa de vida da população, podendo levar o idoso a apresentar um déficit cognitivo, acompanhado da perda de sua capacidade funcional. Este estudo objetiva verificar a relação das condições cognitivas com a capacidade funcional de idosos atendidos no NESQ do CREASI. Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem quantitativa, na qual foram analisados 292 prontuários de idosos atendidos em novembro e dezembro de 2006. Constatou-se que 73,9% da população estudada é de idosos do sexo feminino, uma vez que as mulheres vivem aproximadamente sete anos a mais que os homens. Observou-se, através do MEEM, que 76,7% dos idosos estão com déficit cognitivo presente e é nessa parcela da população estudada que se verifica, segundo o Índice de Barthel, a maior porcentagem de idosos completamente dependentes, 9,8%. Os resultados demonstram que é necessária a implementação de programas, ações preventivas e de reabilitação que busquem proporcionar uma maior integração social, otimização da capacidade funcional para manutenção da condição cognitiva, resultando na melhoria da qualidade de vida dos idosos.*

Palavras-chave: Idoso; Condição cognitiva; Capacidade funcional.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato recente e universal com causas multifatoriais, mas suas conseqüências são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e de políticas públicas (PINTO, 1999).

Sabe-se que o processo de envelhecimento é marcado por profundas mudanças biológicas e de comportamento. Entretanto, esta fase não tem de estar, necessariamente, acompanhada de doenças, de limitações para o desempenho das atividades cotidianas e de incapacidades definitivas (FELICIANO et al., 2004).

Com o crescimento mundial da população idosa, a preocupação em relação à capacidade funcional vem surgindo como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Esse aumento gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento (RICCI, KUBOTA E CORDEIRO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca a capacidade funcional e a independência como fatores preponderantes para o diagnóstico de saúde física e mental na população idosa (OLIVEIRA, GORETTI E PEREIRA, 2006).

O estudo da capacidade funcional contribui para avaliar o estado de saúde dos idosos e compreender como a longevidade tem sido vivida. Sabe-se que a presença de múltiplas doenças pode apresentar diferentes níveis de gravidade, influenciando na vida diária. Desta forma, a

¹ Graduanda em Enfermagem - Universidade Católica do Salvador - UCSal. E-mail: marysnascimento@hotmail.com

² Professora da Universidade Católica do Salvador – UCSal. Enfermeira. Orientadora.

capacidade funcional tem sido considerada um indicador do processo saúde-doença. Tal indicador é imprescindível para a organização da atenção à saúde, subsidiando, dentre outros, o cuidado de enfermagem direcionado ao idoso, familiares e cuidadores (VIEIRA, 2002).

A mobilidade, como capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, é um componente da função física extremamente importante, constituindo um pré-requisito para a execução das atividades de vida diária (AVDs) e a manutenção da independência (OLIVEIRA, GORETTI E PEREIRA, 2006).

Dependência é um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem, e autonomia, a capacidade do indivíduo em manter seu poder de decisão (BALTES E SILVERBERG, 1995).

As funções cognitivas desempenham um papel importante no processo de aprendizagem e na vida das pessoas. Todos os comportamentos são decorrentes da aprendizagem, das mais elementares às mais complexas, cujo processo prepara o homem, ao longo da vida, para o auto cuidado, autonomia e independência. As funções cognitivas primordiais são: atenção, concentração; percepção; linguagem; memória e inteligência (PINTO, 1999).

A perda da memória ou da capacidade cognitiva não está diretamente ligada ao envelhecimento e sim à falta de estímulo da memória, pois o indivíduo, ao atingir certa faixa etária, deixa de executar determinadas atividades antes realizadas e que tinham o fito de estimular e desenvolver a capacidade cognitiva do indivíduo na terceira idade (VIEIRA, 2002).

A manutenção da independência e do estímulo para as atividades da vida diária, autonomia e satisfação com relacionamento familiar e amizades são fatores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido, tanto para homens como para mulheres, como também conforto material, sentir-se fisicamente bem, imagem corporal e aparência, auto-estima, sentimentos positivos, relações interpessoais, suporte social, participação em atividades recreativas, sexualidade, espiritualidade e crenças (FELICIANO, 2004).

A avaliação da capacidade funcional dos idosos permite à enfermeira e aos demais membros da equipe multidisciplinar uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e o impacto da comorbidade. Assim, entende-se como avaliação funcional, a designação dada para uma função específica, a capacidade de se autocuidar e atender às necessidades básicas diárias, ou seja, as "atividades da vida diária" (AVD). Entre as clássicas AVD propostas inicialmente por Sidney Katz incluem-se a capacidade para alimentar-se, transferir-se, vestir-se, banhar-se, ter continência e usar o banheiro, denominadas pelo autor e colaboradores como atividades básicas da vida diária (PASCHOAL 1996, apud DIOGO, 2002).

Desse modo, o diagnóstico baseado somente na avaliação clínica torna-se inadequado com a real condição de saúde da população idosa, já que, para essa faixa etária, os níveis de funcionalidade e independência são dados mais relevantes do que somente a presença de condições mórbidas. O diagnóstico das moléstias continua sendo importante para o tratamento clínico, porém, associado a isso, deve haver compreensão quanto aos aspectos funcionais. Eles não envolvem somente a saúde física e mental, mas também as condições socioeconômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional do idoso. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (RICCI, KUBOTA E CORDEIRO, 2005).

A relevância deste estudo tem o sentido de contribuir na aquisição de novos conhecimentos científicos sobre o envelhecimento. Assim, será possível desenvolver e aplicar novos métodos, intervenções e prevenções que atendam as limitações do idoso que precise de cuidados especiais, por apresentar uma tendência de perder, com o passar dos anos, grande parte das habilidades, mobilidades e capacidades cognitivas.

A enfermagem, como integrante da equipe multidisciplinar, juntamente com os outros profissionais de saúde, pode estar atuando de forma mais sistemática no atendimento dos pacientes idosos, na prevenção e possível reabilitação destes, com o desenvolvimento e/ou implantação de programas, como o sugerido por Dr Khalsa (1997) em sua publicação “Longevidade do Cérebro”, onde descreve terapias nutricionais, controle do estresse, terapia de exercícios e farmacologia como medidas eficazes.

A pesquisa tem como objetivo geral verificar a relação das condições cognitivas com a capacidade funcional de idosos atendidos no NESQ do CREASI após atendimento nos meses de novembro e dezembro de 2006, para aperfeiçoar a qualidade da assistência de enfermagem, e objetivos específicos, identificar as condições cognitivas através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), nos prontuários de idosos; verificar resultados do Índice de Barthel nos prontuários de idosos, sobre a capacidade funcional; e estabelecer a relação entre as condições cognitivas e a capacidade funcional de idosos, após atendimento, considerando idade, sexo e nível de escolaridade.

2. METODOLOGIA

O campo empírico deste estudo é o da Gerontologia. A pesquisa é do tipo documental e possui uma abordagem quantitativa.

O prontuário do CREASI é composto por: folha de frente do prontuário, onde constam os dados de identificação do paciente, escores do Índice de Barthel e MEEM; antecedentes; queixas; exame físico; ficha de evolução; escala de Lawton; estadiamento CDR.

O local eleito para esta pesquisa foi o Núcleo de Esquecimento (NESQ), que está voltado para o atendimento de idosos portadores de demência, do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso (CREASI).

A população de estudo foi os idosos portadores de algum tipo de demência e a fonte de dados constituiu-se dos documentos contidos nos prontuários que contêm os escores do MEEM, usados para avaliar a condição cognitiva e o Índice de Barthel utilizado para a avaliação da capacidade funcional.

A amostra será de conveniência, que, segundo Medronho et al (2006), neste tipo de amostragem não existe a preocupação com o desenho de um plano particular de amostragem. O objetivo não seria generalizar conclusões, pelo potencial viés de seleção, senão descrever as características principais do grupo de estudo.

Os critérios de inclusão foram os Prontuários de clientes matriculados no CREASI, atendidos no NESQ, nos meses de novembro e dezembro de 2006, com mais de 60 (sessenta) anos e com total preenchimento das escalas de avaliação cognitiva, o MEEM (Mini Exame do Estado Mental), da escala de avaliação funcional, o Índice de Barthel e das variáveis: idade, sexo e nível de escolaridade.

Para os critérios de exclusão foram considerados os prontuários de clientes matriculados no CREASI, que não são atendidos no NESQ e com incompleto preenchimento das escalas de avaliação cognitiva, o MEEM (Mini Exame do Estado Mental), escala de avaliação funcional, o Índice de Barthel e as variáveis: idade, sexo e nível de escolaridade.

Para a obtenção dos dados, foi utilizada uma planilha composta por colunas que contêm as seguintes informações: paciente (numerados), idade, sexo (F, M), escolaridade, Índice de Barthel (independente – escore > 70, parcialmente dependente – escore 40 a 70, completamente dependente – escore < 40), Mini Exame do Estado Mental (sem déficit cognitivo – escore 30 a

27, déficit cognitivo moderado – escore 26 a 24, déficit cognitivo presente – escore < 23) e linhas onde estes serão transcritos.

O índice de Barthel foi desenvolvido em 1965 para avaliar o potencial funcional e os resultados do tratamento de reabilitação dos pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral, e podendo ser utilizado para avaliar a capacidade funcional de qualquer indivíduo. Este teste mede o grau de assistência exigido em nove atividades de cuidados pessoais de vida diária e seis itens referentes à sua mobilidade. São atribuídos pesos específicos para cada atividade proposta de acordo com a observação clínica. O escore corresponde à soma de todos os pontos obtidos, sendo considerado independente o indivíduo que atingir a pontuação total, isto é, 70 a 100 pontos; 40 a 69 parcialmente dependentes e pontuações menores ou iguais a 39 indicam dependência total em atividades de vida diária. Em 1997, foi desenvolvido o Índice de Barthel modificado, incluindo um item para avaliar especificamente a continência urinária. (OLIVEIRA, GORETTI E PEREIRA, 2006).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um dos métodos de triagem mais utilizados em todo o mundo. Como vantagens, incluem-se a facilidade de um curto tempo para a aplicação, a concisão e a baixa variabilidade entre examinadores. Assim sendo, vários autores questionam a utilidade clínica de um único valor de corte (escores menores que 24 são considerados anormais). Uma vez que os valores de corte foram obtidos a partir de populações medianas, é possível que pessoas com nível educacional elevado possam apresentar escores normais ao MEEM, apesar de demência manifesta. Inversamente, idosos com baixa pontuação podem não estar dementes, sobretudo aqueles com baixa escolaridade (DIOGO E DUARTE, 2002).

Os dados foram selecionados de acordo com as variáveis da pesquisa, conforme estão dispostas na planilha, os quais foram transcritos para um banco de dados criado no *Microsoft Office Access 2003*. Na versão 3.3.2 do *Epi Info™ 2005* foram calculadas as porcentagens das variáveis do estudo a partir do banco de dados criado anteriormente. Os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos confeccionados no *Microsoft Office Excel 2003*.

Este estudo foi realizado de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido. Em todos os momentos foram respeitados os princípios éticos contidos na Resolução CNS 196/96, bem como o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo descreve analiticamente (por meio de recursos estatísticos, tabelas e gráficos) os dados do estudo, ao mesmo tempo em que discute os resultados da pesquisa. Estabelece a relação entre os dados obtidos em paralelo com a revisão bibliográfica abordada, segundo os objetivos. O estudo caracterizou-se por uma amostra de 292 prontuários de idosos atendidos no NESQ do CREASI.

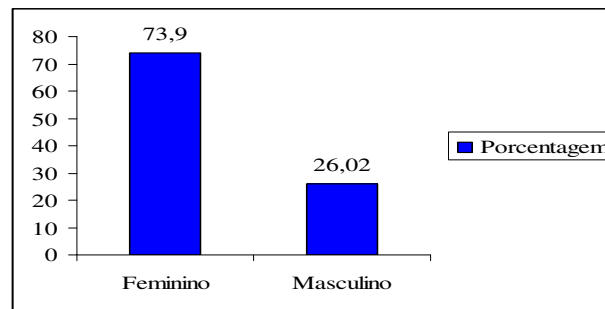


Figura 1 – Distribuição de Idosos por sexo.CREASI.
Salvador-Ba. 2007

A figura 1 mostra que o maior percentual é de idosos do sexo feminino, com 73,9%, com o total de 216 pacientes, contra 26,02% de idosos do sexo masculino. Segundo Feliciano et al. (2004) essa maior sobrevida de mulheres pode ser decorrente de: diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; diferenças no consumo de tabaco e álcool e diferenças de atitudes em relação às doenças, ou seja, as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência.

O envelhecimento tem uma dimensão existencial e, como toda situação humana, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com a sua própria história, revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais (VIEIRA. 2002).

Atualmente o envelhecimento está sendo mais evidenciado devido à maior expectativa de vida da população; em 2002 a esperança média de vida da população brasileira ao nascer era 71 anos de idade, com um aumento de 4,7 anos em relação ao ano de 1992, principalmente para as mulheres que vivem em torno de 7 (sete) anos mais que os homens (IBGE, 2002). Dado que pode ser constatado nos resultados desta pesquisa, com um percentual de 47,88% maior de idosos do sexo feminino.

Pode-se constatar na figura 2 que 41,09% dos idosos da população estudada estão na faixa etária de 71 – 80 anos e que a idade média é 74,7 anos. Para Vieira, (2002) o indivíduo idoso não deve ser classificado apenas com a idade cronológica, embora tenha sido adotada quase que exclusivamente nas discussões sobre envelhecimento, sendo relevante levar em conta as idades biológicas, social e psicológica, que não coincidem necessariamente com a idade cronológica.

As modificações físicas, apesar de serem o traço mais evidente da senescência, não podem ser analisadas isoladamente. Devido aos vários níveis de comprometimento cognitivo e diferentes atividades sociais, as mudanças somáticas afetarão de forma diferenciada a qualidade de vida do idoso.

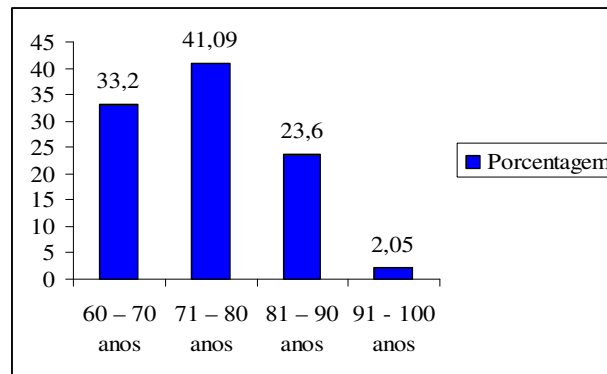


Figura 2 – Distribuição de Idosos por faixa etária. CREASI. Salvador-Ba.2007

A figura 3 apresenta o cruzamento dos resultados do MEEM e faixa etária, identificando que nas faixas de 81 – 90 e 91 – 100 anos estão os maiores índices de déficit cognitivo presente, sendo de 89,9% e 100% respectivamente, revelando que a cognição do idoso apresenta declínio em todo curso do envelhecimento.

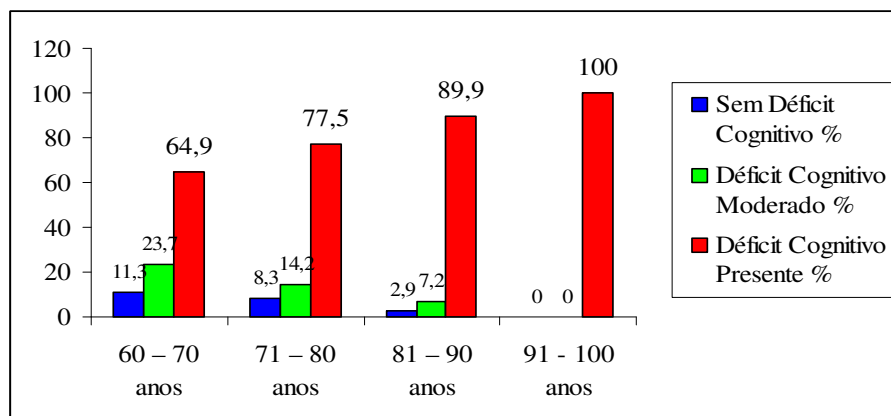


Figura 3 - Distribuição de Idosos por faixa etária de acordo com a pontuação do MEEM. CREASI. Salvador-Ba.2007.

A cognição é toda esfera de funcionamento psicológico, intelectual, que implica uma ação, um comportamento. É a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas a respeito do meio ambiente e a capacidade de produzir respostas aos estímulos externos (DIOGO E DUARTE, 2002).

Sabe-se que estas funções começam a apresentar certo declínio a partir da terceira década de vida, e este prossegue no curso do envelhecimento (BOTTINO et al., 1997 apud PINTO, 1999).

O déficit cognitivo em idosos consiste em lentidão leve, generalizada e perda da precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionam situações do cotidiano. Um nível educacional elevado mostrou-se preventivo para o embotamento do estado mental durante o envelhecimento (BALTES E SILVERBERG, 1995).

É importante destacar que o baixo desempenho cognitivo detectado no estudo pode estar relacionado à baixa escolaridade, fato este que interfere nos resultados obtidos no MEEM. Isto fica evidenciado na figura 4, que reflete a maior faixa de déficit cognitivo presente nos idosos

analfabetos, com índice de 94,4%, sendo que a situação de analfabetismo pode ser considerada um fator de limitação para a qualidade de vida desses indivíduos.

Fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades mentais específicas do indivíduo, podem contribuir para o declínio gradual das funções cognitivas na senescência, aumentando quando se desenvolve uma doença demencial, como Demência de Alzheimer (OLIVEIRA; GORETTI E PEREIRA, 2006).

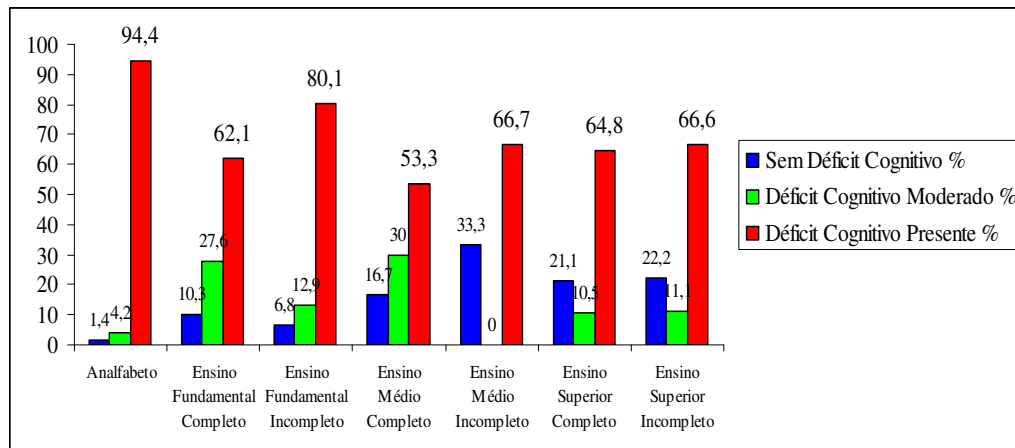


Figura 4 - Percentual do nível de escolaridade de acordo com a pontuação do MEEM. CREASI.Salvador-Ba.2007.

O amplo acesso aos meios de alfabetização, além de uma questão de cidadania, poderia propiciar maior receptividade, por parte desses idosos, aos programas de educação em saúde, e também alguma proteção contra as disfunções cognitivas que os afetam (FELICIANO et al., 2004).

Dessa forma, os escores do MEEM se relacionam de forma significativa com o nível educacional do idoso. Em outras palavras, quanto menor o nível educacional, menor o escore do MEEM, sendo a escolaridade uma forma de intervenção e prevenção contra o declínio cognitivo desses indivíduos.

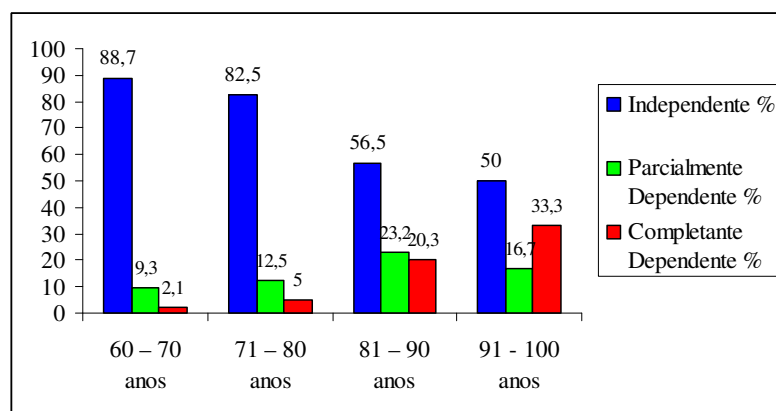


Figura 5 - Percentual de idosos de acordo com faixa etária e Índice de Barthel. CREASI.Salvador-Ba.2007.

A partir da figura 5 constata-se que os idosos com idade maior que 80 anos apresentam maiores índices de dependência, com 21,33%, contra 3,68% dos idosos na faixa de 60 a 80 anos. Pode-se inferir que quanto maior o número de anos vividos, maior será a possibilidade de tornar-se uma pessoa com consideráveis perdas na sua funcionalidade.

Dependência significa uma condição do idoso que se caracteriza por degenerescência decorrente de doenças crônicas ou de outras patologias, que lhe ameaçam a integridade física, social e econômica, diminuindo ou impedindo a capacidade do indivíduo para atender as suas necessidades (BALTES E SILVERBERG, 1995).

A condição funcional, em estudos da população idosa, é geralmente dimensionada em termos da habilidade e independência para realizar determinadas atividades. A condição funcional é um dos grandes componentes da saúde do idoso, e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população (CORNONI-HUNTLEY et al., 1986 apud LIMA-COSTA, 2003).

Estudos anteriores têm mostrado que a total independência (definida como relato de nenhuma dificuldade) para executar as atividades de vida diária varia entre 85% e 97% entre pessoas com ≥ 65 anos de idade residentes em diversas cidades americanas. (IDEM).

Em trabalho com a população brasileira, Lima-Costa (2003) relatou que 85% dos participantes do estudo com ≥ 60 anos de idade mostraram-se independentes ao realizar as AVDs.

Os resultados da presente pesquisa se aproximam dos percentuais descritos anteriormente: 77,3% dos idosos se apresentam independentes nas atividades de vida diária.

Esses resultados se devem ao fato de que na idade avançada os declínios cognitivos e incapacidades funcionais estão associados ao próprio envelhecimento, que traz consigo significativas perdas das capacidades físicas e intelectuais. Sendo observado que existe uma mudança nos hábitos de vida desses indivíduos, por conta da aposentadoria, falecimento do cônjuge e/ou pessoas importantes, enfermidades e também pela baixa escolaridade. As dificuldades no acesso aos serviços de saúde, por apresentarem um nível considerável de limitações, tanto pessoais como sociais, e mesmo uma deficiência no atendimento dos profissionais de saúde, contribuem para diminuir a qualidade de vida.

Embora esses idosos sejam portadores de pelo menos uma doença crônica e algum tipo de demência, não estão limitados por essas doenças, levando uma vida normal, devido ao aparente controle de suas enfermidades e limitações apresentadas pelo próprio envelhecimento.

Segundo Ramos (2003), a pessoa idosa capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades, certamente é considerada independente. Pouco importa saber se essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca ou se tem uma doença demencial. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua independência, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável.

Contudo, Ramos (2003) ainda fala que uma outra pessoa com a mesma idade a as mesmas doenças, porém sem controle destas, poderá apresentar um quadro completamente diferente, como o comprometimento da capacidade funcional com dependência física e mental.

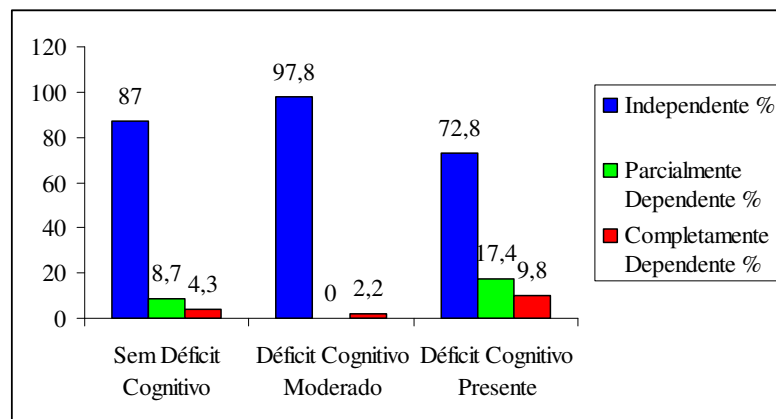


Figura 6 - Distribuição do percentual de idosos de acordo com a pontuação em MEEM e Índice de Barthel. CREASI. Salvador-Ba.2007.

Em geral os idosos do estudo são relativamente independentes, porém o comprometimento da cognição pode determinar maior dificuldade para executar as atividades de vida diária, tornando-os dependentes. A figura 6 mostra que aqueles com déficit cognitivo presente apresentam o maior índice de dependência, 9,8%.

Tendo em vista que há uma tendência de perder, com o passar dos anos, grande parte das habilidades, mobilidades e capacidades cognitivas, essas perdas são decorrentes da diminuição da massa muscular, neural e outras transformações que o nosso organismo sofre com a chegada da terceira idade (BALTES E SILVERBERG, 1995).

Além das doenças crônicas, as limitações físicas, o declínio cognitivo, a perda sensorial, os sintomas depressivos, as quedas e o isolamento social, todos relacionados com a idade, são fatores de risco para o prejuízo da capacidade funcional (DIOGO E DUARTE, 2002).

O processo de deterioração do desempenho funcional está relacionado a vários fatores individuais que poderão acelerar ou retardar o alcance do limiar da incapacidade, como a constituição genética, os hábitos e os estilos de vida, o meio ambiente, o contexto sócio-econômico-cultural. De acordo com projeções de muitos estudiosos, o fenômeno da perda cognitiva e dependência acarretarão um crescimento acentuado da população funcionalmente incapacitada e com déficit de cognição, a qual irá necessitar de cuidados por longa duração, principalmente nas atividades da vida diária (MENDES, 2000).

4. CONCLUSÃO

A média de idade dos idosos estudados é de 74,7 anos de vida, próximo dos 71 anos, que em 2002 definia a expectativa de vida dos brasileiros ao nascer.

A feminização da velhice é uma característica da população idosa no Brasil, o que foi observada na amostra estudada, sendo considerado, que as mulheres vivem aproximadamente sete anos a mais que os homens.

Com o aumento expressivo da população idosa, as conseqüências do envelhecimento estão mais evidentes, pois à medida que aumenta a idade, os anos a serem vividos livres da perda da cognição diminuem. Esse fato foi verificado no presente estudo, uma vez que 76,7% dos idosos apresentam comprometimento acentuado na cognição. Fica depreendido que os idosos com déficit cognitivo, por apresentarem um enfraquecimento das funções mentais, acabam por

comprometer sua condição funcional, tornando-se indivíduos dependentes, não somente de equipamentos, como também da ajuda de outrem.

Através do escore do Índice de Barthel, concluiu-se que a maioria dos idosos apresenta-se relativamente independente, podendo ser inferido que dispõe de um controle de suas enfermidades, boa qualidade de vida, e assim conseguem um bom desempenho nas atividades de vida diária.

É nesse sentido que ações preventivas e de reabilitação são imprescindíveis para atender as demandas dos idosos, tornando necessário o surgimento de programas assistenciais que tenham por objetivo proporcionar uma maior integração social, otimização da capacidade funcional e da condição cognitiva, resultando na melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Com a análise da variável escolaridade, constatou-se que o desenvolvimento da atividade mental na juventude pode representar uma medida preventiva ao decaimento da cognição na senescência.

O estudo identificou a perda cognitiva como fator que contribui de forma acentuada na incapacidade funcional. A partir dessa constatação, a equipe que assiste o idoso poderá desenvolver planos terapêuticos que compensem determinadas incapacidades, facilitando a melhoria física e psíquica.

Recomenda-se incrementar a assistência de enfermagem, começando com a luta para melhorias e sugerindo adaptações na estrutura física das instituições de atendimento ao idoso, aquisição de conhecimento científico sobre a realidade do idoso, como demonstrado no presente estudo, realização de campanhas explicativas e conscientizantes voltados para estimulá-los na busca da educação, prática regular de algum tipo de exercício físico e visitas constantes aos profissionais de saúde.

É de suma importância o conhecimento global do paciente idoso, respeitando sua condição cognitiva e a capacidade funcional, inferindo que estão diretamente relacionadas, como também não se deve esquecer das doenças crônico-degenerativas e sua situação social na busca de proporcionar um melhor limiar de funcionalidade para essa parcela da população.

A partir das constatações do presente estudo, sugere-se que a prevenção, intervenção, tratamento e possível reabilitação dos idosos devem ser feitos de forma incessante para que seja garantida uma senescência possivelmente livre ou com reduzido patamar de limitações e incapacidades para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

BALTES, M. M; SILVERBERG, S. A dinâmica da dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, L. (org) **Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva do curso de vida**. Campinas: Papyrus, 1995. p. 263-279.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, os sujeitos de pesquisa e ao Estado. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 10 de out. de 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em 11 de outubro de 2006.

DIOGO, M. J. D'E.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 296-310.

FELICIANO, A.B. et al. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1575-1585, nov - dez, 2004. Disponível em: <<http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/09%202004.pdf>>. Acesso em: 18/04/2007

KHALSA, Dharma Sing. **Longevidade do Cérebro**. 10 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997. p. 15-79, 207-448

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/brasileiros_mais_velhos.html>. Acesso em: 18/04/2007.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. 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, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300006&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 24 Abr 2007. Pré-publicação.

MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006.

MENDES, F. R. C. **Capacidade funcional e acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliar ao idoso**. São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo665.htm>>. Acesso em: 02/05/2007.

OLIVEIRA, DLC; GORETTI, LC; PEREIRA, LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 10, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 de outubro de 2006.

PINTO, Ana Lúcia Fiebrantz. **Memória: um desafio à autonomia do idoso**. Fam. Saúde. Desenv. Curitiba, v.1, jan/dez, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 28 de setembro de 2006.

RAMOS, Luiz Roberto. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em um centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo**. Departamento de Medicina, Centro de Estudos do Envelhecimento, Universidade Federal de São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 25 de setembro de 2006.

RICCI, Natalia Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi e CORDEIRO, Renata Cereda. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. Vol. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de outubro de 2006.

VIEIRA, Eliane Brandão; KOENNIG, Anne Marise. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 10, p. 924-925.