

Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer*

FUNCTIONAL INDEPENDENCE LEVEL AND COGNITIVE DEFICIT IN ELDERLY INDIVIDUALS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

NIVEL DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL Y DÉFICIT COGNITIVO EN ANCIANOS CON ENFERMEDADE DE ALZHEIMER

Luana Flávia da Silva Talmelli¹, Aline Cristina Martins Gratão², Luciana Kusumota³, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues⁴

RESUMO

Este estudo investigou a influência do nível de independência funcional dos idosos com doença de Alzheimer segundo escores da avaliação cognitiva. A população foi composta por 67 idosos atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental do Hospital das Clínicas/Ribeirão Preto, avaliados em 2008, por meio de um questionário para dados sociodemográficos, Medida de Independência Funcional (MIF) e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Observou-se que o déficit cognitivo influenciou o desempenho na realização das AVDs. A média da MIF para idosos sem déficit cognitivo foi 107,7 e para os com déficit, 63,2 ($p < 0,001$). Na MIF motora, as médias foram 81,7 e 49,4 ($p < 0,001$), e na MIF cognitiva 25,7 e 13,8 ($p < 0,001$), respectivamente. Conhecer a redução da independência e da capacidade cognitiva é indispensável para manter o provimento das necessidades básicas da vida diária. O estudo pode subsidiar a prática do enfermeiro, melhorando a condição de vida do idoso e de sua família.

DESCRIPTORIOS

Idoso.
Doença de Alzheimer.
Atividades cotidianas.
Enfermagem geriátrica.

RESUMEN

Este estudio investigó la influencia del nivel de independencia funcional de los ancianos con Enfermedad de Alzheimer según puntajes de evaluación cognitiva. La población se compuso de 67 ancianos atendidos en el Ambulatorio de Neurología Comportamental del Hospital das Clínicas/Ribeirão Preto/SP/Brasil, evaluados en 2008 a través de un cuestionario para datos sociodemográficos, Medida de Independencia Funcional (MIF) y Mini Examen de Estado Mental (MEEM). Se observó que el déficit cognitivo influyó en el desempeño en la realización de las AVDs. La media de la MIF para ancianos sin déficit cognitivo fue de 107,7% y para aquellos con déficit, 63,2% ($p < 0,001$). En la MIF motora, las medias fueron de 81,7 y 49,4 ($p < 0,001$), y en la MIF cognitiva, 25,7 y 13,8 ($p < 0,001$) respectivamente. Conocer la reducción de la independencia y de la capacidad cognitiva es indispensable para preservar la provisión de necesidades básicas de la vida diaria. El estudio puede auxiliar en la práctica del enfermero, mejorando las condiciones de vida del anciano y de su familia.

DESCRIPTORIOS

Anciano.
Enfermedad de Alzheimer.
Actividades cotidianas.
Enfermería geriátrica.

* Extraído da dissertação "Nível de independência funcional de idosos com doença de Alzheimer", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2009. ¹ Enfermeira. Mestre pelo Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. luanatalm@yahoo.com.br ² Enfermeira. Mestre pelo Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. alinegratao@eerp.usp.br ³ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. kusumota@eerp.usp.br ⁴ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. rosalina@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

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⁽¹⁾.

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⁽¹⁻³⁾.

A doença de Alzheimer (DA) representa de 50 a 60% dos casos de demência, acometendo aproximadamente 1% da população geral, e 10 a 20% dos indivíduos com mais de 65 anos⁽⁴⁾.

Por ser caracterizada pelo déficit de memória e de outras funções cognitivas, a DA acarreta deterioração na capacidade funcional, tornando o indivíduo progressivamente incapaz de desempenhar as atividades da vida diária, passando a depender de um cuidador⁽⁵⁾. Dessa forma, a capacidade funcional tem sido um dos grandes componentes da saúde do idoso e considerada fundamental na avaliação da saúde dessa população, principalmente daqueles com doenças incapacitantes como a DA. Estudos têm mostrado que as alterações no desempenho das Atividades da Vida Diária (AVDs) podem ocorrer desde os estágios iniciais da doença⁽⁶⁾.

A avaliação da capacidade funcional pela enfermagem e equipe multidisciplinar torna-se tão essencial quanto o diagnóstico, pois diz respeito ao impacto da doença ou condição limitante no indivíduo e os reflexos na sua qualidade de vida e de seus familiares, com repercussão para o sistema de saúde como um todo⁽⁷⁾.

O cuidado centrado na família é parte integrante da prática de enfermagem, assim como a avaliação funcional do idoso no 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⁽⁸⁾.

Avaliar o nível de independência funcional ajuda o enfermeiro a planejar o cuidado ao idoso com DA e atuar, juntamente com a família, na prestação desse cuidado, uma vez que a abordagem do paciente com DA deve incluir, sempre, a avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, do comportamento e da progressão da doença.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo a verificação da influência do desempenho cognitivo dos idosos com DA no desenvolvimento das atividades da vida diária, segundo a Medida de Independência Funcional (MIF).

MÉTODO

O estudo em questão foi observacional e transversal em que se aplicou o método quantitativo descritivo para verificação da influência do desempenho cognitivo dos idosos com DA no desenvolvimento das atividades da vida diária.

A coleta de dados deu-se no período de Outubro de 2008 a Janeiro de 2009 em idosos com DA e seus cuidadores em domicílio, atendidos no Ambulatório de Neurologia Comportamental (ANCP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Dos 103 idosos encontrados, 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. Foram incluídos então, 67 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 referido ambulatório no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008. Foram considerados no estudo idosos com demência leve, moderada e grave.

Para coleta dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: 1) Instrumento de caracterização sociodemográfica: idade, sexo, estado civil, cor da pele, local de nascimento, número de filhos, religião) e perfil social (escolaridade, renda do idoso e família); 2) Mini – Exame do Estado Mental (MEEM) e a Medida de Independência Funcional (MIF), instrumentos estes amplamente utilizados na avaliação multidimensional do idoso.

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 (5 pontos), 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). No Brasil foi traduzido e adaptado por Bertolucci et al.⁽⁹⁾, em 1994. Nesse estudo, que se tornou uma referência obrigatória em nosso meio, foi demonstrada a importância da escolaridade no escore total do teste.

Avaliar o nível de independência funcional ajuda o enfermeiro a planejar o cuidado ao idoso com doença de Alzheimer e atuar, juntamente com a família, na prestação desse cuidado...

A MIF foi desenvolvida pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, foi validada e adaptada para o Brasil por Riberto et al.⁽¹⁰⁾, em 2001. A MIF é uma escala ordinal com 18 itens, cada item possui um escore com 7 níveis que avalia a necessidade de auxílio para realização das AVDs. Os 18 itens da MIF são classificados em 6 dimensões e 2 subdivisões: motor e cognitivo. A MIF motora consiste em autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se abaixo da cintura, vestir-se acima da cintura, e uso do vaso sanitário); controle de esfíncteres (controle de urina e fezes); mobilidade (transferência para cama/ cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário e transferência para o chuveiro) e locomoção (marcha/ cadeira de rodas e escadas). A MIF cognitiva consiste em comunicação (compreensão e expressão) e cognição social (interação social, resolução de problemas e memória). Para cada um dos 18 itens da MIF, uma escala descritiva é utilizada para classificar o nível de auxílio nas AVDs 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. Os escores vão de 18 a 126. Quanto mais elevado o escore, maior o nível de independência e melhor o desempenho funcional dos idosos. Apresenta também uma boa confiabilidade para o escore total (ICC=0,98 interobservadores e 0,97 teste/ reteste) e para as dimensões.

Realizou-se uma consulta no prontuário médico para confirmação do diagnóstico de DA e sua gravidade em leve, moderada ou grave, após, os idosos e seus cuidadores foram contatados por telefone para saber se tinham interesse em participar do estudo. Durante visita domiciliar, uma enfermeira especializada e treinada para aplicação da MIF observou e entrevistou os idosos e seus cuidadores. A visita durou cerca de 1 h.

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 (ta-

belas 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.

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 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, de acordo com o processo nº 8465/2008

RESULTADOS

Os idosos do estudo encontravam-se na idade entre 60 e 100 anos, com média de idade 79 anos, 52(77,6%) eram do sexo feminino, 33 (49,3%) viúvos, sendo 61,5% das mulheres e 34,3% dos homens, a maioria aposentados (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, a maioria (56,7%) frequentou a escola de 1 a 4 anos, seguidos de 16 (23,9%) que estudaram mais de 9 anos.

Dos idosos entrevistados 31 (46,3%) apresentam demência grave, seguidos de 21 (31,3%) que apresentam demência leve e de 15 (22,4%) com demência moderada. Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, a média de anos foi de 5,01 ± 2,5, com tempo mínimo de um ano e máximo de 14 anos de diagnóstico.

Quanto ao desempenho cognitivo dos idosos, segundo MEEM, optou-se pelos níveis do corte dos escores sugeridos por Bertolucci et al.⁽⁹⁾, em 1994, para aplicação deste instrumento, em que os autores constataram a grande influência da escolaridade quando comparada à versão original⁽¹¹⁾. Na Tabela 1, visualiza-se o desempenho dos idosos no MEEM, levando-se em consideração o sexo e a escolaridade, em anos completos.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos com diagnóstico de DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRP/USP, segundo desempenho no MEEM, sexo e escolaridade - Ribeirão Preto - 2009

Escolaridade (anos)	DESEMPENHO NO MEEM						Média (DP)
	Feminino		Masculino		Total		
	Baixo	Alto	Baixo	Alto	Baixo	Alto	
	N(%)	N(%)	N(%)	(%)	N(%)	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)

Nota-se que 82% dos idosos 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 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. Pode-se afirmar que a escolaridade influenciou o desempenho no MEEM, mesmo para idosos com DA, independente da gravidade da demência, demonstrando que a diminuição do tempo da educação formal foi um fator que influenciou o desempenho dos idosos no teste do MEEM ($r = 0,337$ $p < 0,001$).

A Tabela 2 demonstra a correlação entre a MIF e as variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, renda familiar e do idoso. De acordo com esse parâmetro, não foram encontradas correlações significantes no presente estudo entre a funcionalidade e as variáveis idade e renda da família e do idoso. Por outro lado, foi encontrada correlação moderada estatisticamente significativa entre a funcionalidade, segundo a MIF dos idosos com DA e a escolaridade, ou seja, nesta população os idosos com maior nível de escolaridade apresentaram menor comprometimento funcional.

Tabela 2 - 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-HCFMRP/USP - 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; * $p < 0,01$.

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 intensa nas funções relacionadas à locomoção, conforme observado na Tabela 3, que mostra os níveis de dependência pela MIF segundo déficit cognitivo. Em geral, o nível de dependência está associado com a presença de déficit cognitivo. A frequência de dependência completa (DC) foi 25,5 - 69,1 para os idosos que possuíam o déficit e 0 - 25 para os idosos sem déficit cognitivo. Para

os 55 idosos que apresentaram déficit cognitivo, as atividades motoras com maior nível de dificuldade foram controle de urina, banho, higiene pessoal, vestir-se e uso do vaso sanitário e para as atividades cognitivas, foram resolução de problemas e memória. Observou-se ainda que os idosos que não apresentam ainda déficit cognitivo, segundo MEEM, já possuem comprometimento na realização das atividades relacionadas a resolução de problemas e memória, sendo que nenhum foi totalmente independente para esta categoria.

Tabela 3 - Distribuição da dependência funcional dos idosos nas dimensões e Categorias da MIF total, segundo déficit cognitivo, dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRP/USP - Ribeirão Preto - 2009

MIF	Possui déficit cognitivo (n=55)%			Não Possui déficit cognitivo (n=12)%			Total		
	DC	DM	ID	DC	DM	ID	DC	DM	ID
Alimentação	32,7	38,2	29,0	0,0	16,7	83,3	26,9	34,3	38,8
Higiene Pessoal	52,7	23,6	27,3	0,0	16,7	83,3	43,3	22,4	34,3
Banho	52,7	20,0	27,3	0,0	16,7	83,3	43,3	19,4	37,3
Vestir-se acima da cintura	50,9	21,8	27,3	0,0	8,3	91,7	41,8	19,4	38,8
Vestir-se abaixo da cintura	50,9	20,0	29,0	0,0	16,7	83,3	41,3	19,4	38,8
Uso do vaso sanitário	50,9	16,4	32,7	0,0	8,3	91,7	41,3	14,9	43,3
Controle da urina	56,4	14,5	29,0	0,0	8,3	83,3	47,8	13,4	38,8
Controle das fezes	45,5	16,4	38,2	0,0	8,3	91,7	37,3	14,9	47,8
Transf. para cama/cadeira	27,3	18,2	54,6	0,0	16,7	83,3	22,4	17,9	59,7
Transf. para o vaso sanitário	29,0	18,2	52,7	0,0	8,3	91,7	23,9	16,4	59,7
Transf. para chuveiro	32,7	18,2	52,8	0,0	8,3	91,7	23,9	16,4	59,7
Marcha/ Cadeira de rodas	25,5	27,3	27,3	0,0	16,7	83,3	20,9	25,4	53,7
Escadas	45,5	18,2	36,4	0,0	50,0	50,0	37,3	23,9	38,8
Compreensão auditiva/visual	34,6	50,9	14,6	0,0	33,3	66,7	28,4	47,8	23,9
Expressão verbal/não verbal	41,8	36,4	21,8	0,0	33,3	66,7	34,3	35,8	29,8
Interação social	47,3	34,6	18,2	0,0	8,3	91,7	38,8	29,8	31,3
Resolução de problemas	65,5	32,7	1,8	8,3	83,3	8,3	55,2	41,8	3,0
Memória	69,1	30,9	0,0	25,0	75,0	0,0	61,2	38,8	0,0

DC (dependência completa) = requer assistência máxima ou total; DM (dependência moderada) = requer supervisão, assistência mínima ou moderada; ID (independência) = independência completa ou modificada.

Observa-se na Tabela 4 que a média total da MIF para os idosos com déficit cognitivo foi de 63,2 e para os idosos que não apresentavam déficit cognitivo foi de 107,7. Para a MIF motora as médias foram 49,4 e 81,7 respectivamente, e para MIF cognitiva foram 13,8 e 25,7. Nota-se que a maioria dos itens da MIF apresentou diferenças estatisticamente significativas entre o desempenho dos idosos que possuem déficit

cognitivo e os que não possuem o déficit, exceto para as dimensões mobilidade e locomoção. Para os 18 itens da MIF, a maioria dos escores ficaram entre 3-4 (dependência moderada a mínima) para os idosos com déficit cognitivo (exceto memória) e 5-6 (supervisão a independência modificada) para os idosos que não possuem déficit cognitivo (exceto resolução de problemas e memória).

Tabela 4 - Valores médios e medianos das dimensões da MIF segundo déficit cognitivo dos idosos com DA, residentes em Ribeirão Preto e atendidos no ANCP-HCFMRP/USP, Ribeirão Preto - 2009

MIF	Possui déficit cognitivo (N= 55)		Não Possui déficit cognitivo (N=12)		p*
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	
Autocuidado					
Alimentação	4,0 ± 2,3	4,0	6,5 ± 0,8	7,0	<0,001
Higiene Pessoal	3,3 ± 2,4	2,0	6,3 ± 0,8	6,5	<0,001
Banho	3,1 ± 2,4	2,0	6,2 ± 1,0	6,5	<0,001
Vestir-se acima da cintura	3,3 ± 2,4	2,0	6,2 ± 0,9	6,0	<0,001
Vestir-se abaixo da cintura	3,4 ± 2,5	2,0	6,2 ± 0,9	6,0	<0,001
Uso do vaso sanitário	3,4 ± 2,6	2,0	6,4 ± 0,7	6,5	<0,001
Controle de esfínteres					
Controle da urina	3,2 ± 2,5	2,0	6,2 ± 1,5	7,0	<0,001
Controle das fezes	3,8 ± 2,7	4,0	6,5 ± 1,2	7,0	<0,001
Mobilidade					
Transf. para cama e cadeira	4,6 ± 2,5	6,0	6,3 ± 1,0	7,0	0,034
Transf. para o vaso sanitário	4,5 ± 2,5	6,0	6,5 ± 0,7	7,0	0,016
Transf. para chuveiro	4,5 ± 2,5	6,0	6,5 ± 0,7	7,0	0,020
Locomoção					
Marcha/ Cadeira de rodas	4,6 ± 2,3	5,0	6,3 ± 0,8	6,5	0,024
Escadas	3,5 ± 2,5	4,0	5,5 ± 1,2	5,5	0,023
Comunicação					
Compreensão auditiva/visual	3,3 ± 1,9	3,0	5,8 ± 0,7	6,0	<0,001
Expressão verbal/não verbal	3,4 ± 2,1	4,0	6,1 ± 0,9	6,0	<0,001
Cognição social					
Interação social	3,2 ± 2,1	4,0	6,4 ± 0,7	6,5	<0,001
Resolução de problemas	2,0 ± 1,4	1,0	4,2 ± 1,0	4,0	<0,001
Memória	1,8 ± 1,2	1,0	3,2 ± 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

Quando se correlaciona o desempenho cognitivo segundo MEEM e funcionalidade segundo MIF, encontrou-se que esta correlação foi forte ($r= 869$, $p< 0,01$).

Diante do exposto pode-se notar que houve forte correlação entre os instrumentos utilizados no presente estudo para avaliação da funcionalidade e comprometimento cognitivo.

DISCUSSÃO

A alta prevalência de pessoas idosas do sexo feminino, neste estudo, estão de acordo com os achados de outros estudos nacionais e internacionais⁽¹²⁻¹⁵⁾. A média de idade dos idosos encontrada também foi semelhante a de outros autores^(13-14,16). Quanto à escolaridade, observa-se que a maioria frequentou a escola entre um e quatro anos. 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 divergentes dos outros estudos sobre demência onde o analfabetismo se mostrou muito mais significativo⁽¹³⁻¹⁶⁾. A escolaridade tem sido apontada como fator de risco para demência⁽¹⁶⁾.

O número de idosos com demência grave foi maior do que o número de idosos com demência leve e moderada, divergindo de outros estudos nacionais, onde foi encontrado maior número de idosos com demência leve⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, tal fato pode ter se dado pela origem da amostra. Nos estudos em que a frequência de demência leve e moderada foi maior, a amostra era composta por idosos avaliados na comunidade, já no presente estudo, foram avaliados idosos atendidos em um serviço

terciário, 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 serem atendidos no referido Ambulatório de referência.

Quanto ao tempo de diagnóstico da doença, a média de anos foi semelhante à média encontrada por outro estudo⁽¹³⁾. 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, já que todos os entrevistados tinham o diagnóstico de DA e estavam em acompanhamento.

Observou-se que a maioria dos idosos apresentaram baixo desempenho cognitivo, com predomínio do déficit entre os que frequentaram a escola entre 1 e 4 anos. A escolaridade tem sido apontada como fator de risco para demência, havendo associação entre a demência e a baixa escolaridade que frequentemente é consequência do nível socioeconômico baixo⁽¹⁶⁾. A maioria dos idosos tem no máximo 4 anos de escolaridade, o que pode favorecer o baixo desempenho no MEEM, aliado ao diagnóstico médico de DA. A média dos idosos no MEEM foi baixa, assim como seus pontos de corte para escolaridade quando comparada a outros estudos semelhantes^(13,17). Tal fato pode ter se dado também pelas diferenças sócio culturais e educacionais entre países e, por este estudo, apresentar maior número de idosos com demência grave, o que compromete significativamente o desempenho destes idosos.

Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa do desempenho dos idosos no MEEM com a idade, divergindo de outros estudos^(9,18). Porém estes autores avaliaram idosos não demenciados; não foram encontrados artigos que comparassem desempenho de idosos com DA no MEEM com a idade. Já a correlação encontrada entre a escolaridade em anos completos e o desempenho dos idosos no MEEM foi semelhante a outros estudos^(13,17). Idosos com nível mais baixo de escolaridade apresentaram chance cinco vezes maior de ter dependência para as AVDs⁽¹⁹⁾.

Na análise entre capacidade funcional e algumas variáveis sociodemográficas como idade, escolaridade e renda, obteve-se que a escolaridade influenciou o desempenho funcional dos idosos, por outro lado, não foram encontradas correlações significantes entre a capacidade funcional e as variáveis idade⁽²⁰⁾ e renda como descrito por outros autores^(19,21). Tal fato pode ter se dado devido os sujeitos serem idosos com DA, e é sabido que a doença compromete a capacidade cognitiva, com sua progressão levando à perda da funcionalidade, independente de tais variáveis; já a escolaridade, sabe-se que é um fator protetor para perdas cognitivas e, consequentemente, menor comprometimento da capacidade funcional.

Pode-se afirmar diante dos dados que a presença do déficit cognitivo comprometeu a capacidade funcional destes idosos. Tal achado corrobora com diversos estudos nacionais e internacionais^(13,17,21). Contudo, nota-se que alguns

idosos sem déficit cognitivo, já apresentam certo nível de dependência para as AVDs. Para alguns autores^(6,13), nos danos cognitivos leves, as perdas são detectadas prioritariamente nas Atividades Instrumentais da Vida Diária, não avaliadas neste estudo, e a realização das Atividades Básicas da Vida Diária, avaliadas segundo a MIF, somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados.

As médias encontradas para as funções motoras da MIF foram semelhantes às de outros estudos que investigaram idosos com DA leve, moderada e grave, ou seja, com maior ou menor perda cognitiva⁽¹⁵⁾. Para as funções motoras da MIF, nenhum idoso sem déficit cognitivo é completamente dependente, porém necessitam de supervisão para realização de algumas atividades, já para a MIF cognitiva, apesar de não apresentarem déficit segundo desempenho no MEEM apresentam comprometimento de atividades relacionadas a memória e resolução de problemas. Os idosos com DA podem apresentar déficits cognitivos antes de apresentarem o déficit na capacidade funcional, principalmente para as ABVDs⁽¹³⁾. Os idosos com o déficit cognitivo, requerem algum tipo de assistência, principalmente nas atividades relacionadas ao controle de urina, banho, higiene pessoal, vestimentas e uso do vaso sanitário, tais atividades também foram descritas por outro estudo sobre desempenho de idosos com DA nas AVDs⁽¹⁵⁾.

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⁽²²⁾.

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 a 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.

CONCLUSÃO

Os achados aqui discutidos revelam que a doença de Alzheimer 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.

No entanto, algumas limitações devem ser refletidas neste estudo, a exemplo da amostra que apresentou diferença entre o número de idosos com demência leve, moderada e grave, a porcentagem de idosos sem déficit cognitivo foi muito inferior aos que apresentaram o déficit, o que dificultou a análise dos dados, já que os idosos com demência leve têm maiores chances de não apresentarem o déficit cognitivo.

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.

REFERÊNCIA

1. Papaléo Netto M, Klein EL. Demência I: Epidemiologia, tipos e manifestações clínicas. In: Papaléo Netto M. Tratado de gerontologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 323-38.
2. Nitrini R. Demência e doença de Alzheimer no Brasil. J Bras Neuropsiquiatr Geriatr. 2002; 3(1):6-7.
3. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):773-81.
4. Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. Neurology. 1998;51(3):728-33.
5. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Sci Health Sci. 2004;26(1):135-45.
6. Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(10):M638-43.
7. Duarte YAO, Andrade LC, Lebrão ML. O Index de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(2):317-25.
8. Wright LM. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002. p. 13-31.
9. Bertolucci PF, Brucki SMD, Campassi SR, Juliano IO. Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7.
10. Riberto M, Miyazakii M, Jucá S, Sakamoto H, Pinto PPN, Batistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátr. 2004;11(1):72-6.
11. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading de cognitive state of patients for the clinicians. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
12. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq Neuropsiquiatr. 2002;60(1):61-9.
13. Suh GH, Ju YS, Yeon BK, Shah A. A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19(9):817-24.
14. Gratão ACM. Demanda do cuidador familiar com idosos demenciados [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2006.
15. Shiao MY, Yu L, Yuan HS, Lin JH, Liu CK. Functional performance of Alzheimer disease and vascular dementia in southern Taiwan. Kaohsiung J Med Sci. 2006;22(9):437-46.
16. Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. Rev Psiquiatr Clin. 1998;25(1):70-3.
17. Liu KPY, Chan CCH, Chu MML, Ng TYL, Chu LW, Hui FSL, et al. Activities of daily living performance in dementia. Acta Neurol Scand. 2007;116(2):91-5.
18. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3B):777-81.
19. Rosa TEC, Benicio MHA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública. 2003;37(1):40-8.
20. Araujo MOPH, Ceolin MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições e longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2007;41(3):378-85.
21. Shah KR, Carr D, Roe CM, Miller JP, Coats M, Morris JC. Impaired physical performance and assessment of dementia of the Alzheimer type. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2004;18(3):112-9.
22. Coelho GS, Alvin NAT. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço familiar. Rev Bras Enferm. 2004; 57(5):541-4.