

Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família: município do Sul de Minas*

COGNITIVE EVALUATION OF ELDERLY PEOPLE REFERENCED AT THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN A CITY IN SOUTHERN MINAS GERAIS

EVALUACIÓN COGNITIVA DE PERSONAS ANCIANAS REGISTRADAS EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: MUNICIPIO DEL SUR DE MINAS GERAIS

Elaine Cristina Faria¹, Simone Aparecida da Silva², Kleinne Rian Alves de Farias³, Adriana Cintra⁴

RESUMO

Avaliar a cognição de pessoas idosas. Estudo descritivo, quantitativo, transversal. Amostra de 350 pessoas, com idade \geq 60 anos. Instrumentos: Questionário sociodemográfico e de saúde e MEEM. A amostra tinha 60,0% de mulheres, idade média 70,3 anos, 54,0% cursaram ensino fundamental incompleto, 61,1% casados e renda média de 1,54 SM. Foram 38,6% os que percebiam o estado atual de saúde como regular; 49,4% o consideravam igual ao do último ano, 37,4% acreditavam estar melhor do que pessoas da mesma idade. MEEM: nos 76 sem escolaridade encontrou-se 5,3% com declínio cognitivo, nos 265 com baixa e média escolaridade 4,9%, nos de nível superior (9) não se encontrou. As menores médias encontradas foram nos domínios memória e atenção. 4,9% (17) dos idosos podem estar desenvolvendo déficit cognitivo.

DESCRITORES

Idoso
Cognição
Saúde mental
Saúde da família

ABSTRACT

The objective of this descriptive, quantitative and cross-sectional study was to evaluate the cognition of elderly individuals. The sample consisted of 350 people aged \geq 60 years. Instruments: sociodemographic and health questionnaire and MEEM. The sample contained 60.0% women, mean age of 70.3 years, 54.0% had an incomplete primary education, 61.1% were married and the mean income was 1.54 minimum salaries (MS). Of the participants, 38.6% perceived their current health state as regular; 49.4% considered it to be the same as the last year; 37.4% believed that they were better than people of the same age. MEEM: among the 76 individuals without education, it was found that 5.3% presented cognitive decline, in the 265 participants with low and medium education 4.9%, among those with superior education (9) no cognitive decline was identified. The lowest means found referred to the memory and attention domains. It was also found that 4.9% (17) of the elderly may be developing cognitive impairment.

DESCRIPTORS

Aged
Cognition
Mental health
Family health

RESUMEN

Evaluar el conocimiento de personas ancianas. Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal. Muestra de 350 personas, con edad \geq 60 años. Instrumentos: cuestionario sociodemográfico y de salud y MEEM. La muestra se constituía de 60,0% de mujeres, edad promedio 70,3 años, 54,0% con educación básica incompleta, 61,1% casados y renta media de 1,54 SM. El 38,6% percibió el actual estado de salud como regular, 49,4% lo consideraban igual al del año anterior, 37,4 creían estar mejor que personas de su misma edad. MEEM: entre los 76 no escolarizados se encontró un 5,3% con declinación cognitiva, entre los 265 con baja y media escolarización, 4,9%; entre los de nivel superior (9) no se encontró. Los menores promedios encontrados respondieron a los dominios memoria y atención. El 4,9% (17) de los ancianos podría estar desarrollando déficit cognitivo.

DESCRIPTORES

Anciano
Cognición
Salud mental
Salud de la familia

* Trabalho premiado na Sessão Poster do 2º Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva na Perspectiva da Enfermagem – SINPESC, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 9-11 out. 2011. ¹Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil. fariaec@hotmail.com ²Graduanda de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil. ³Graduanda de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil. ⁴Graduanda de Enfermagem da Universidade do Vale do Sapucaí. Pouso Alegre, MG, Brasil

INTRODUÇÃO

A população idosa vem crescendo, acentuadamente, em todo o mundo; isto se deve a um aumento da expectativa de vida, declínio na taxa de mortalidade e aumento da taxa de morbidade, sendo este último um fenômeno que engloba quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicos da longevidade. Essa transição demográfica e epidemiológica traz repercussões importantes e, por consequência, faz emergirem questões direcionadas à necessidade de ações de promoção do envelhecimento saudável e reestruturação na prestação de serviços aos idosos em todas as áreas⁽¹⁻³⁾.

Em 2000, o percentual dos maiores de 60 anos atingiu 8,2%. No Brasil, atualmente, os idosos representam cerca de 15 milhões de pessoas⁽⁴⁾, e estima-se que em 2020 terá a sexta maior população de idosos, com um contingente de 30 milhões⁽³⁾.

As transformações vivenciadas no processo de envelhecimento são peculiares a essa fase da vida, tornando o idoso um ser fragilizado e exposto a processos patológicos^(3,5).

Os idosos podem ser considerados hoje um público com necessidades emergentes próprias e que exige cada vez mais comprometimento e qualificação dos profissionais⁽⁶⁾.

Os déficits cognitivos são comumente observados no processo do envelhecimento natural e apresentam as seguintes características: esquecimentos dos fatos recentes, dificuldades de calcular, mudanças no estado de atenção, diminuição da concentração e do raciocínio, além da lentificação de atividades motoras grossas, com redução da habilidade em atividades motoras finas⁽⁷⁾.

As alterações apresentadas juntamente com déficits, causados pelo Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), levam ao declínio funcional, com a diminuição ou perda das habilidades para o desenvolvimento das atividades da vida diária. Dependendo do caso, pode ocorrer dificuldade no autocuidado, além de comprometer o desenvolvimento da linguagem, capacidade de se orientar e reconhecer fisionomias, transtornos no sono e dificuldade de locomoção⁽⁸⁾.

As causas mais comuns que podem levar a essa perda da capacidade cognitiva são: acidente vascular encefálico, infecção, trauma craniano, encefalopatia metabólica, perda momentânea da memória, demências, alcoolismo, sedentarismo, hipotireoidismo, câncer e uso de medicamentos como ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos com ação anticolinérgica, anticonvulsivantes⁽⁷⁾.

A função cognitiva no idoso pode ser avaliada por vários meios, sendo o Mini-Mental o instrumento de avaliação mais utilizado, permitindo monitorar disfunções cognitivas associadas a outras doenças, bem como mudanças sutis, além de investigar a prevalência e a incidência de processos demenciais⁽⁹⁾.

O objetivo deste trabalho foi avaliar a cognição das pessoas idosas cadastradas em equipes urbanas da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Pouso Alegre, MG.

MÉTODO

O estudo foi realizado na cidade de Pouso Alegre – MG. A população de interesse foi de 350 idosos de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em áreas de cobertura das equipes urbanas da ESF e que concordaram em participar da pesquisa. Pouso Alegre possui uma população de 130.586 habitantes, dos quais 6.000 são idosos cadastrados nas ESF.

O município possui uma rede básica de saúde composta por 23 Unidades Básicas de Saúde e 21 equipes de Saúde da Família.

O presente estudo foi de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, observacional, individual e transversal. A amostragem foi do tipo não probabilística intencional ou racional a partir do comparecimento espontâneo ou por meio de visitas domiciliares realizadas juntamente com o agente comunitário de saúde.

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário para coleta de dados sociodemográficos e o Mini

Exame do Estado Mental (MEEM), tendo sido aplicado primeiro o MEEM, seguido pelo questionário de coleta de dados. O MEEM contém 30 questões que avaliam a função cognitiva sob diversos aspectos: orientação temporal, espacial, atenção e cálculo, memória, registro e linguagem. Seu escore varia do valor 0 ao 30.

Para um possível diagnóstico de déficit cognitivo, foram definidas notas de corte diferenciadas, levando em consideração o nível de escolaridade; sendo assim, considerou-se o escore 13 para os sem escolaridade, 18 para os de baixa e média escolaridade (do quarto ao oitavo ano) e 26 para quem possuía nível superior⁽⁹⁾.

O segundo questionário (dados sociodemográficos e de saúde) teve como objetivo a obtenção de dados de identificação pessoal, familiar, social, econômica e de saúde do entrevistado: sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, tipo de família, número de filhos, trabalho, salário mensal, situação atual de saúde e doenças crônicas, por meio de perguntas exclusivamente fechadas. Sua elaboração baseou-se no questionário BOAS (Brasil Old Age

A função cognitiva no idoso pode ser avaliada por vários meios (...) permitindo monitorar disfunções cognitivas associadas a outras doenças, bem como mudanças sutis...

Schedule)⁽¹⁰⁾. Para cada item solicitou-se ao paciente que indicasse a resposta que julgasse adequada para si. Em caso de dúvidas, a questão era relida até o entendimento pelo entrevistado.

A média de tempo gasto para a aplicação dos instrumentos foi de vinte minutos e o período para a coleta dos 350 questionários foi de aproximadamente nove meses.

Os dados foram organizados por meio do programa computacional Microsoft Office Excel[®]. Sua apresentação ocorreu sob forma descritiva, utilizando para variáveis contínuas medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude). As variáveis nominais foram descritas por proporções.

Foi obtida a anuência do Secretário Municipal de Saúde para realização da pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS sob o protocolo nº 1321/10.

RESULTADOS

O estudo foi realizado com 350 pessoas idosas com média de idade de 70,3 anos (DP = 7,4). Houve predominância do gênero feminino (60,0%).

Dos entrevistados, 94,9% praticavam alguma religião, e destes 74% eram católicos, 20,9% evangélicos e 5,1% informaram não praticar nenhuma religião. Eram 78,6% os que sabiam ler e escrever, enquanto 21,7% não possuíam escolaridade, 54% possuíam ensino fundamental incompleto, 14,3% fundamental completo, 7,4% ensino médio e 2,6% nível superior. Em relação ao estado civil, 61,1% eram casados, 6,0% solteiros, 4,9% divorciados e 28% viúvos.

A forma predominante de organização familiar era a nuclear (78,0%), 20,6% apresentavam a forma de família extensa e apenas 0,3% variante. Os que tinham filhos totalizaram 93,4%, com uma média de 4,5 filhos por família.

Observou-se que 55,7% eram aposentados e não trabalhavam e que 56,3% apresentavam renda entre um e dois salários mínimos, com uma média salarial de 1,54 salário mínimo (DP = 0,70), sendo 2,67 pessoas (DP = 1,57), em média, mantidas por essa renda. Em relação à percepção do estado geral de saúde, 38,6% consideraram sua saúde atual como regular; 34,9%, como boa. Ao comparar seu estado de saúde atual com o do último ano, 49,4% relataram que não houve mudança. Quando se solicitou para confrontá-lo com o das outras pessoas da mesma idade, 49,7% afirmaram que o seu estava melhor, ou muito melhor.

Observou-se que 84,5% dos entrevistados eram portadores de algum problema de saúde. No caso de ficarem doentes ou incapacitados, 47,7% escolheriam seus filhos para serem os cuidadores.

A hipertensão arterial foi prevalente em 37,1% dos entrevistados, dos quais 34% conviviam de um a dez anos com a doença, sendo o tempo médio de duração do agravo de 1,57 ano (DP = 1,33).

Na amostra 52,0% não realizavam nenhuma atividade física e 48,0% realizam algum tipo de atividade. A caminhada foi a mais frequente (41,1%).

O grupo foi dividido para realizar a análise do MEEM. G1 foi o grupo que contava com 76 pessoas que se enquadravam no critério em que a nota de corte foi 13 pontos (sem escolaridade). Para estes encontrou-se um escore médio de 19,8 (DP = 4,7). O G2 foi composto por 265 pessoas idosas com baixa e média escolaridade, com nota de corte de 18 pontos. A média do MEEM desse grupo foi de 25,0 (DP = 4,1). O grupo G3 tinha nove sujeitos, com nível superior, para o qual foi estabelecida a nota de corte 26. O escore médio encontrado para esse grupo foi de 26,7 (DP = 2,17).

Entre os 76 componentes do G1 (sem escolaridade) encontraram-se quatro (5,3%) com déficit cognitivo. Já no G2 (baixa e média escolaridade), que tinha 265 pessoas, houve treze (4,9%) com o referido déficit. Entre os de escolaridade superior não se evidenciaram pessoas portadoras de declínio. Assim, na população de 350 idosos foram observados dezessete casos (4,9%) que apresentaram escores do MEEM indicativos de déficit cognitivo.

DISCUSSÃO

A presença de maior proporção de mulheres na amostra relaciona-se com o fato de a mortalidade nas mulheres ser menor que nos homens e de elas frequentarem mais os serviços de saúde que os homens, além de serem elas que mais se encontram em casa⁽⁴⁾ quando ocorrem visitas domiciliares.

Estudos apontam que a idade e a escolaridade são fatores que estão diretamente relacionados com o declínio da cognição^(1,3,11), sendo o analfabetismo associado ao risco de deficiência e morte⁽¹²⁾. Tal fato corrobora os achados desta pesquisa, já que a idade média foi elevada e havia importante proporção de sujeitos sem ou com baixa escolaridade (75,7%).

Prevaleram os idosos casados (61,1%). A presença do cônjuge proporciona segurança, estabilidade financeira e afetiva⁽¹³⁾. Entretanto, muitas mudanças vêm acontecendo na caracterização das famílias latino-americanas e brasileiras: número crescente de divórcios, recasamentos, a migração dos mais jovens para um mercado de trabalho mais promissor, a mulher ganhando espaço no mercado de trabalho e administrando o domicílio.

O tipo de família nuclear, que foi predominante, e a média de 4,5 filhos foram semelhantes ao encontrado no

Censo Demográfico e revelam a mudança dos últimos 40 anos relacionada ao número de filhos, que foi desencadeada pela queda na taxa de fecundidade⁽¹⁴⁾.

A maioria dos pesquisados (55,7%) era representada por aposentados que não trabalhavam. Sua renda era baixa e variava entre um e dois salários mínimos. A questão financeira afeta muito a pessoa idosa. Normalmente, o benefício que recebe quando se aposenta é insuficiente para manter suas necessidades e as de seus dependentes⁽¹⁵⁾.

Neste estudo, a maior parte dos idosos avaliou sua saúde de maneira positiva. A autopercepção do estado de saúde desponta como um indicador de bem-estar muito útil na avaliação das necessidades de saúde e tem função preditiva de sobrevida. A percepção positiva da saúde no idoso está vinculada ao seu grau de autonomia⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A morbidade por doenças crônicas não transmissíveis é comum para a faixa etária estudada, porém, a prevalência evidenciada neste estudo foi inferior às encontradas em pesquisas realizadas no País^(4,11).

Os idosos informaram que, se tivessem necessidade de utilizar os serviços de um cuidador, prefeririam que fosse algum de seus filhos ou seu cônjuge. Essas opções, quando dizem respeito a pessoas do gênero masculino, estão em concordância com aquilo que ocorre na maioria dos países. Ser cuidador é uma atividade exercida principalmente por mulheres, sendo a grande maioria esposa e filhas, devido ao fato de a mulher não exercer atividades remuneradas fora de casa. Com isso ela possui um tempo maior para prestar todos os cuidados que o indivíduo dependente necessita⁽¹⁸⁾. É importante, nesse caso, também levar em conta as questões afetivas, que permeariam a opção por indivíduos de maior proximidade e confiança do entrevistado.

Estudos revelam que a prática de atividade física melhora a qualidade de vida entre os idosos praticantes e, conseqüentemente, melhora de forma positiva o envelhecimento⁽¹⁹⁾, pois os indivíduos considerados ativos e moderadamente ativos correm menor risco de serem acometidos por problemas mentais do que os sedentários, reforçando, assim, que a prática de exercício físico contribui e possui diversos benefícios para o bem-estar físico e mental⁽²⁰⁾. Essas observações são aplicáveis ao grupo estudado, uma vez que sua maioria (52,0%) relatou a prática de algum tipo de atividade física.

De acordo com o MEEM, dos 350 indivíduos estudados 4,9% apresentavam déficit cognitivo. Essa proporção é inferior às prevalências de disfunção cognitiva encontradas nos idosos em estudos internacionais que apresentaram variações estimadas entre 6,3%⁽⁷⁾ e 46,0%⁽²¹⁾. Também, foi menor que as observadas em trabalhos brasileiros: 6,8% em Salvador, Bahia⁽²²⁾; 5,9% na cidade do Rio de Janeiro; e de 8,0% a 29,7% em três bairros desta cidade (regiões de classe alta, média e baixa)^(7,21-23).

O envelhecimento faz com que o idoso tenha alterações cognitivas comumente observadas nesta fase da vida, como dificuldades de lembrar fatos recentes, desenvolver cálculos e problemas com atenção. A perda só é observada quando ele necessita da memória mais do que o comum; já para as pessoas que possuem uma rotina estabelecida, que não necessitam de atividades intelectuais, é de mais difícil percepção, o que pode levar ao atraso no diagnóstico de uma doença grave^(2-3,7,11,21-23).

Encontraram-se casos de déficit cognitivo apenas entre os sujeitos com nenhuma ou pouca escolaridade. Entre os mais escolarizados o problema não ocorreu nesta pesquisa. Alguns autores afirmam que, quanto maior o nível de escolaridade, mais difícil o desenvolvimento de quadros demenciais, como a doença de Alzheimer. Indivíduos com baixa escolaridade apresentariam maior predisposição a desenvolver quadro demencial^(3,7,11-12,17,23). A escolaridade exerce um papel importante sobre o desempenho em tarefas neuropsicológicas e na organização cerebral e é fator protetor para patologias neurológicas, além de ser um indicador preciso por estar relacionado às possibilidades de acesso aos serviços de saúde, emprego, ao trabalho remunerado e a uma adesão aos programas sanitários e educacionais, enquanto o analfabetismo causa susceptibilidade maior à dependência^(11,23). A educação influencia de forma significativa os resultados do MEEM, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maiores escores ele atinge⁽¹³⁾. Os resultados encontrados reforçam os achados dos autores citados, que evidenciaram que a função cognitiva entre idosos sem escolaridade era mais afetada do que entre os que possuíam escolaridade.

Com o avançar da idade o organismo apresenta perdas da capacidade funcional através de um lento processo de degeneração, acarretando principalmente deficiência na memória⁽²²⁻²³⁾. Isso pôde ser constatado, pois os domínios memória e atenção foram os que obtiveram os menores escores médios do MEEM neste estudo.

CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo proposto, o resultado do presente trabalho permitiu concluir que 4,9% das pessoas idosas apresentavam provável déficit cognitivo, e tal prevalência incidiu nos grupos com menor escolaridade.

Sendo a Estratégia Saúde da Família um modelo de assistência à saúde que realiza visitas domiciliares sistemáticas e mensais às famílias que pertencem à sua área de abrangência, recomenda-se a aplicação do MEEM nas pessoas idosas objetivando a detecção precoce do declínio cognitivo e preparando as famílias para o cuidado, principalmente inserindo nas ações executadas atividades que reduzam ou retardem seu aparecimento.

REFERÊNCIAS

1. Rabelo DF. Comportamento cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidade de intervenção. *Rev Kairós Gerontol.* 2009;12(2):65-79.
2. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):700-1.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):548-54.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Nacional. Rio de Janeiro; 2009.
5. Silva JV. Processo do envelhecimento sob múltiplos aspectos. São Paulo: Iátria; 2009.
6. Fusi FB, Daltio GL, Perez AJ, Fiorin A. Estudo comparativo da autonomia exprimida de idosas praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares. In: *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Ciência e do Esporte e 3º Congresso Internacional de Ciência do Esporte*; 2009 set. 20-25; Salvador, BA, Brasil.
7. Bertolucci PHF, Minett TSC. Perda de memória e demência. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR. *Atualização terapêutica.* 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
8. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva Durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(12):79-82.
9. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1):1-7.
10. Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário BO-AS. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 2008
11. Valle RA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no mini exame do estado mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(4):918-26.
12. Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletr Enferm [Internet].* 2008 [citado 2010 out. 14];10(2):299-309. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a02.pdf>
13. Sousa AI, Silver LD. Perfil sócio-demográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(4):706-16.
14. Pedrazzi EC, Motta TTD, Vandrúsculo TRP, Fabricio-Wehber SCC, Cruz IR. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latino Am Enferm.* 2010. 18(1):18-25.
15. Zimerman GI. *Velhice: aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
16. Correia MVG, Teixeira CCG, Araújo JF, Brito LMO, Figueiredo Neto JA, Chein MBC, et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís-Maranhão. *Rev Psiqu Clin.* 2008;35(4):131-7.
17. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu. *Epidemiol Serv Saúde.* 2008;17(3):187-94.
18. Gonçalves MP, Tomaz C, Sangol C. Considerações sobre envelhecimento, memória e atividade física. *Rev Bras Ciênc Movimento.* 2006;14(1):95-102.
19. Santos CS Avaliação da confiabilidade do Mini-exame do Estado Mental em idosos e associações com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm.* 2010; 15(3):406-12.
20. Antunes HKM, Santos RF, Cassilhas R, Santos RVT, Bueno OFA, Mello MT. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte.* 2006; 12(2):108-14.
21. Graves AB, Larson EB, Edland SD, Bowen JD. Prevalence of dementia and its subtypes in the Japanese American population of King County Washington state: the Kame Project. *Am J Epidemiol.* 1996;144(8):760-71.
22. Almeida Filho N, Santana VS, Pinho AR. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador-BA. *J Bras Psiquiatr.* 1984;33(1):114-20.
23. Talmelli LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2010 [cited 2011 Mar 12];44(4):933-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_11.pdf