



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM**  
**GERONTOLOGIA**



**NEYCE DE MATOS NASCIMENTO**

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**  
**COM DECLÍNIO COGNITIVO**

João Pessoa/PB

2019

NEYCE DE MATOS NASCIMENTO

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO  
COM DECLÍNIO COGNITIVO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia.

Área de Concentração: Gerontologia

Linha de Pesquisa: Políticas e práticas na atenção à saúde e envelhecimento

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rafaella Queiroga Souto

João Pessoa/PB

2019

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

N244i Nascimento, Neyce de Matos.  
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO COM DECLÍNIO COGNITIVO / Neyce de  
Matos Nascimento. - João Pessoa, 2019.  
158 f.

Orientação: Rafaella Queiroga Souto.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde do Idoso Institucionalizado. I. Souto,  
Rafaella Queiroga. II. Título.

UFPB/BC

NEYCE DE MATOS NASCIMENTO

**INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO  
COM DECLÍNIO COGNITIVO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre em Gerontologia

Aprovada em 14 de março de 2019.

**COMISSÃO JULGADORA**



---

Prof. Dr.ª. Rafaella Queiroga Souto  
Presidente da Banca  
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - UFPB



---

Prof. Dr.º. Aleksandro da Silva Coura  
Membro Externo Titular  
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB



---

Prof. Dr.ª. Maria Miriam Lima da Nóbrega  
Membro Interno Titular  
Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - UFPB

*Dedico a Deus e à Nossa Senhora esta  
grande vitória em minha vida!*

## AGRADECIMENTO

*A Deus, pela grande oportunidade de vivenciar este momento tão importante em minha vida. Agradeço também porque, em toda a trajetória, nunca me deixou sozinha, pois nos momentos mais difíceis e intranquilos na minha caminhada, era a tua destra que me sustentava.*

*À Nossa Senhora, mãe e intercessora, por estar sempre à frente me conduzindo e olhando por mim.*

*À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Rafaella Queiroga Souto, por todo conhecimento e oportunidades que ao seu lado pude vivenciar. És um grande exemplo para mim.*

*À minha mãe, Maria das Graças de Matos Nascimento, meu maior exemplo de vida, tesouro mais valioso que Deus me concedeu.*

*Ao meu pai, João Francisco Nascimento, que não poderá compartilhar deste momento tão especial em minha vida.*

*Aos meus irmãos, Nívea de Matos Nascimento, João Francisco Nascimento Júnior e Niviane de Matos Nascimento, pela confiança, pela força, pelos momentos de alegrias que vivemos e que ainda vamos viver.*

*Aos meus sobrinhos, que tornam os meus dias felizes.*

*Aos amigos e irmãos do trabalho, Fernando Nascimento, Aline Lima, Juliana Paiva e Lucilla Vieira, pelo apoio, pela força, por se alegrar com minhas vitórias, pela amizade verdadeira.*

*À uma amiga muito especial, Ana Lúcia Medeiros, pela ajuda em todo o tempo, por me estimular, por ser presente em todos os momentos que nesta trajetória eu precisei.*

*Às minhas primas, **Maria Marina de Matos e Herika Hercila de Matos**, pelo apoio sempre, e pela grande torcida.*

*Às amigas do mestrado, **Camila Navarro e Saneyde**, vocês foram muito mais que colegas de turma, foram amigas e quero levá-las para toda a vida.*

*À **Moema Nóbrega**, minha formadora e as **minhas irmãs de grupo**, pela cobertura espiritual que me deram através de suas orações.*

*Aos **Membros da Banca Examinadora**, pela disponibilidade para participar de minha banca examinadora e também pelas relevantes sugestões e contribuições dadas a este trabalho.*

*Aos amigos **Rafael Costa e Iêda**, por toda ajuda no processo de construção desta pesquisa.*

*Mesmo que restem fatos esquecidos, no  
turbilhão da vida transitória, jamais se  
perderão porque foram vividos.*

*Valter da Rosa Borges.*



NASCIMENTO, N. M. **Instrumento para coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo.** 2019. 158f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019

## RESUMO

**Introdução:** A assistência de enfermagem ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo deve acontecer de forma a contemplar todas as suas necessidades, buscando proporcionar qualidade e individualidade na prestação do cuidado. **Objetivo:** Construir um instrumento para a coleta de dados da consulta de enfermagem voltado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo fundamentado na Teoria de Wanda Horta. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa metodológica realizada em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos Vila Vicentina Júlia Freire e Lar da Providência, em três etapas: 1) Identificação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, por meio de uma pesquisa com métodos mistos do tipo sequencial explanatória. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa quantitativa com 90 idosos, que permitiu o rastreamento de 62 idosos com declínio cognitivo, por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental. Em seguida, foi aplicada a pesquisa qualitativa, conduzida por meio de três grupos focais, constituídos da seguinte forma: um grupo, por sete idosos com declínio cognitivo, e os outros dois grupos, com 11 profissionais prestadores de cuidados aos idosos com declínio cognitivo, distribuídos da seguinte forma: um enfermeiro; três técnicos de enfermagem e sete cuidadores formais, para a detecção dos indicadores de necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo. Na etapa 2, foi elaborado o instrumento de coleta de dados e na etapa 3, foi realizada a validação do conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados por oito enfermeiros especialistas na área postulada. **Resultados:** Foram identificados 91 indicadores de necessidades humanas básicas, dos quais, 67 pertencem às necessidades psicobiológicas, 22 às necessidades psicossociais e dois pertencentes à necessidade psicoespiritual. Os enfermeiros especialistas realizaram a validação de 85 indicadores de necessidades humanas básicas; 25 itens de validação do conteúdo, relacionados ao aspecto sociodemográfico, dados do serviço e prestação do cuidado e validação da aparência. Todos os itens validados obtiveram índice de validade de concordância acima de 0.80. **Considerações Finais:** Espera-se que a construção do instrumento de consulta de enfermagem ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo permita promover um avanço na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de longa permanência, proporcionando maior qualidade deste cuidado.

**Palavras Chaves:** Transtorno Neurocognitivo Leve. Saúde do Idoso Institucionalizado. Demência. Consulta de enfermagem. Teoria de Enfermagem.

NASCIMENTO, N. M. **Data collection instrument for institutionalized elders with cognitive decline.** 2019. 158p. (Dissertation) Professional Master's Program in Gerontology - Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019

### ABSTRACT

**Introduction:** Nursing care for institutionalized elderly people with cognitive decline must take place in order to meet all their needs, seeking to provide quality and individuality in care provision. **Objective:** To construct an instrument for data collection from the nursing consultation directed to the institutionalized elderly person with cognitive decline based on Wanda Horta's Theory. **Method:** This was a methodological research carried out in two Long-Term Institutions for Elderly People Vila Vicentina Júlia Freire and Lar da Providência, in three stages: 1) Identification of the empirical indicators of basic human needs of the institutionalized elders with cognitive decline, through a research with mixed methods of the explanatory sequential type. Initially, a quantitative survey was conducted with 90 elderly people, which allowed screening 62 elderly people with cognitive decline, through the application of the Mini-Mental State Examination. The qualitative research was then carried out through three focus groups, consisting of one group of seven elderly people with cognitive decline, and the other two groups, with 11 caregivers of elderly people with cognitive decline, distributed as follows: a nurse; three nursing technicians and seven formal caregivers, to detect the indicators of basic human needs of the elders with cognitive decline. In step 2, the data collection instrument was elaborated and in step 3, the content and appearance of the data collection instrument were validated by eight nurses specialized in the postulated area. **Results:** 91 indicators of basic human needs were identified, of which 67 belong to psychobiological needs, 22 to psychosocial needs and two to psycho-spiritual needs. The specialist nurses carried out the validation of 85 indicators of basic human needs; 25 content validation items related to the sociodemographic aspect, service data and care provision and appearance validation. All validated items obtained agreement validity index above 0.80. **Final Thoughts:** The construction of the instrument of nursing consultation for the institutionalized elderly person with cognitive decline should allow advancements in the implementation of Nursing Care Systematization in long-term institutions, providing a higher quality of care.

**Keywords:** Mild Neurocognitive Disorder. Health of Institutionalized Elders. Dementia. Nursing consultation. Nursing Theory.

NASCIMENTO, N. M. **Instrumento para la recolección de datos al anciano institucionalizado con declinación cognitiva.** 2019. 158h. (Disertación) Programa de Máster Profesional en Gerontología - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2019

## RESUMEN

**Introducción:** La asistencia de enfermería al anciano institucionalizado con declinación cognitiva debe ocurrir de forma a contemplar todas sus necesidades, buscando proporcionar calidad e individualidad en la prestación del cuidado. **Objetivo:** Construir un instrumento para la recolección de datos de la consulta de enfermería orientado al anciano institucionalizado con declinación cognitiva fundamentado en la Teoría de Wanda Horta. **Método:** Se realizó un estudio metodológico realizado en dos instituciones de larga estadía para los ancianos Vila Vicentina Julia Freire y Lar de la Providencia, en tres pasos: 1) La identificación de los indicadores empíricos de las necesidades humanas básicas de los ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo a través de una investigación con métodos mixtos del tipo secuencial explicativo. Inicialmente, se realizó una investigación cuantitativa con 90 ancianos, que permitió el rastreo de 62 ancianos con declinación cognitiva, por medio de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental. A continuación, se aplicó la investigación cualitativa, conducida por medio de tres grupos focales, constituidos de la siguiente forma: un grupo, por siete ancianos con declinación cognitiva, y los otros dos grupos, con 11 profesionales prestadores de cuidados a los ancianos con declinación cognitiva, distribuidos de la siguiente forma: un enfermero; tres técnicos de enfermería y siete cuidadores formales, para la detección de los indicadores de necesidades humanas básicas de los ancianos con declinación cognitiva. En la etapa 2, se elaboró el instrumento de recolección de datos y en la etapa 3, se realizó la validación del contenido y apariencia del instrumento de recolección de datos por ocho enfermeros especialistas en el área postulada. **Resultados:** Se identificaron 91 indicadores de necesidades humanas básicas, de los cuales, 67 pertenecen a las necesidades psicobiológicas, 22 a las necesidades psicosociales y dos pertenecientes a la necesidad psicoespiritual. Los enfermeros especialistas realizaron la validación de 85 indicadores de necesidades humanas básicas; 25 elementos de validación del contenido, relacionados al aspecto sociodemográfico, datos del servicio y prestación del cuidado y validación de la apariencia. Todos los elementos validados obtuvieron un índice de validez de concordancia superior a 0.80. **Consideraciones Finales:** Se espera que la construcción del instrumento de consulta de enfermería al anciano institucionalizado con declinación cognitiva permita promover un avance en la implementación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería en las instituciones de larga permanencia, proporcionando mayor calidad de este cuidado.

**Palabras-Claves:** Trastorno Neurocognitivo Leve. Salud del Anciano Institucionalizado. Demencia. Consulta de enfermería. Teoría de Enfermería.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Metadados dos artigos selecionados: autores; ano, periódico e país de publicação. João Pessoa, PB, 2018 .....	40
<b>Tabela 2-</b> Dados dos artigos selecionados: o método e a amostra dos participantes. João Pessoa, PB, 2018 .....	41
<b>Tabela 3-</b> Distribuição do número de idosos de acordo com os escores do MEEM, dados da pesquisa, 2019 .....	63
<b>Tabela 4-</b> Caracterização dos juízes especialistas selecionados para a validação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas, do conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo .....	86

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas de Maslow .....	32
<b>Figura 2-</b> Fluxograma do Modelo Conceitual de Horta .....	32
<b>Figura 3-</b> Fluxograma explicativo de estratégia de busca e seleção dos estudos sobre intervenções de enfermagem utilizadas no cuidado aos idosos institucionalizados com demência nas Bases de Dados, MEDLINE via PUBMED, CINAHAL, SCOPUS e Biblioteca Virtual de Saúde BVS .....	51
<b>Figura 4-</b> Fluxograma Etapas da Pesquisa.....	51
<b>Figura 5-</b> Fluxograma da Etapa 1 .....	53
<b>Figura 6-</b> Versão 1 – Instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo .....	83
<b>Figura 7-</b> Instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo - versão 1 com modificações sugeridas pelos juízes especialistas.....	95
<b>Figura 8-</b> Versão Final do Instrumento de Coleta de Dados do Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo .....	98

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta .....	33
<b>Quadro 2-</b> Necessidades Humanas Básicas organizadas por Benedet e Bub em seu estudo com pacientes da Unidade de Terapia Intensiva e suas respectivas definições.....	34
<b>Quadro 3-</b> Necessidades Humanas Básicas organizadas por Garcia e Cubas e suas respectivas definições.....	36
<b>Quadro 4-</b> Dados sobre as intervenções utilizadas nos estudos sobre os cuidados aos idosos institucionalizados com demência .....	41
<b>Quadro 5-</b> Elementos da estratégia PICO e seus descritores do <i>Medical Subject Headings</i> e dos Descritores em Ciências da Saúde para a busca e seleção dos estudos sobre intervenções de enfermagem utilizadas no cuidado aos idosos institucionalizados com demência .....	48
<b>Quadro 6-</b> Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/biblioteca virtual para a seleção dos estudos sobre intervenções de enfermagem utilizadas no cuidado aos idosos institucionalizados com demência .....	48
<b>Quadro 7-</b> Apresentação da escala Likert utilizada para a validação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo .....	61
<b>Quadro 8-</b> Apresentação da escala Likert utilizada para a validação do conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo.....	61
<b>Quadro 9-</b> Relação dos indicadores empíricos de NHB dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo .....	64
<b>Quadro 10-</b> Categorias e subcategorias vinculadas às necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, fundamentada na organização de Wanda Horta .....	68
<b>Quadro 11 -</b> Subcategorias: regulação neurológica, hidratação, eliminação, nutrição, cuidado corporal, locomoção, motilidade, atividade física, sono e repouso, percepção dos órgãos do sentido, integridade física e cutâneo-mucosa, segurança física e do meio ambiente e sexualidade .....	69
<b>Quadro 12-</b> Subcategorias: comunicação, recreação e lazer, gregária, amor e aceitação, autoestima e atenção .....	77
<b>Quadro 13-</b> Subcategoria: espiritualidade .....	82
<b>Quadro 14-</b> Apresentação dos Índices de Validade de Conteúdo (ICV) dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas e conteúdo do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo – versão 1 .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ATP	Trifosfato Adenosina
BOAS	<i>Brazil Old Age Schedule</i>
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CCS	Centro de Ciências de Saúde
CE	Consulta de Enfermagem
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CEP	Cômite de Ética em Pesquisa
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPC	Cuidado Centrado na Pessoa
COFEN	Conselho Federal Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DA	Doença de Alzheimer
DCC	Declínio da Capacidade Cognitiva
DCL	Demência de Corpus de Lewy
DCJ	Demência Creutzfeldt-Jakob
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DFT	Demência Frontotemporal
DH	Doença de Huntington
DSM	Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais
DV	Demência Vascular
FPB	Faculdade Internacional da Paraíba
GIEPERS	Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPIA	Hidrocefalia de Pressão Intermitente de Adulto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MCD	Mapeamento do Cuidado de Demência
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MEEM	Mini Exame do estado Mental
MESH	Medical Subject Headings
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
NANDA-I	NANDA Internacional
NHB	Necessidades Humanas Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Processo de Enfermagem
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RT	Responsável Técnico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa
SNE	Sonda Nasoenteral
SNG	Sonda Nasogástrica
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TNL	Transtorno Neurocognitivo Leve
TNM	Transtorno Neurocognitivo Maior
TNHB	Teoria das Necessidades Humanas Básicas
TR	Terapia de Reminiscência
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	17
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	23
<b>2.1</b>	<b>Aspectos Gerais do Envelhecimento</b> .....	23
2.1.1	Envelhecimento.....	23
2.1.2	Cognição.....	24
2.1.3	Capacidade funcional e Estado Cognitivo.....	27
2.1.4	Institucionalização do Idoso.....	28
<b>2.2</b>	<b>Referencial Teórico</b> .....	30
2.2.1	Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.....	30
<b>2.3</b>	<b>Evidências científicas sobre os cuidados de aos idosos institucionalizados com demência</b> .....	40
<b>3</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	47
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	47
<b>3.2</b>	<b>Etapas da pesquisa</b> .....	47
3.2.1	Artigo de revisão - Cuidados de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado com Demência.....	47
3.2.2	Construção e validação de um instrumento para a coleta de dados da consulta de enfermagem voltado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo.....	51
<b>3.3</b>	<b>Cenário da pesquisa</b> .....	54
<b>3.4</b>	<b>Participantes do estudo</b> .....	54
<b>3.5</b>	<b>Aspectos éticos do estudo</b> .....	56
<b>3.6</b>	<b>Instrumentos e Procedimentos para coleta dos dados</b> .....	57
<b>3.7</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	59
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	62
<b>4.1</b>	<b>Identificação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, fundamentado na Teoria de Wanda Horta</b> .....	62
<b>4.2</b>	<b>Elaboração do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo</b> .....	83
<b>4.3</b>	<b>Validação do instrumento de coleta de dados com os juízes especialistas</b> .....	86
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	101
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	103
	<b>APÊNDICE</b> .....	116
	<b>APÊNDICE A - Carta Convite aos Juízes Especialistas</b> .....	116
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (juízes especialistas)</b> .....	119
	<b>APÊNDICE C - Instrumento de Pesquisa para Validação dos Indicadores Empíricos de Necessidades Humanas Básicas dos Idosos Institucionalizados com declínio Cognitivo</b> .....	122
	<b>APÊNDICE D - Instrumento da Pesquisa para Validação de Conteúdo e Aparência do Instrumento de Coleta de dados do Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo</b> .....	132

<b>APÊNDICE E</b> - Termo de Consentimento Livre Esclarecido utilizado na etapa de identificação dos indicadores empíricos.....	142
<b>APÊNDICE F</b> - Questionário estruturado para o grupo focal.....	144
<b>APÊNDICE G</b> - Versão Final do Instrumento de Coleta de Dados do Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo.....	145
<b>ANEXO</b> .....	150
<b>ANEXO A</b> - Termo de Anuência Vila Vicentina.....	150
<b>ANEXO B</b> - Termo de Anuência Lar da Providência.....	151
<b>ANEXO C</b> - Parecer Consubstanciado do CEP.....	152
<b>ANEXO D</b> - Protocolo de Coleta de Dados.....	155

## APRESENTAÇÃO

Essa dissertação está inserida na linha de pesquisa “Políticas e práticas na atenção à saúde e envelhecimento” do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências de Saúde CCS, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculado ao Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações (GIEPERS).

A temática proposta para este estudo surge da necessidade de se pensar o cuidado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo de forma sistematizada e planejada. As Instituições de Longa Permanência para os Idosos (IPLIs) são consideradas como a última moradia para a maioria dos idosos, pois, de acordo com o cenário de mudanças demográficas que vivenciamos, encontramos diversas estruturas familiares que não estão, por diversos fatores, preparadas para acolher, cuidar, manter e atender os idosos e suas necessidades decorrentes do processo de senescência e de senilidade.

Neste contexto, muitos idosos inseridos nesta realidade familiar são encaminhados a estas instituições, requerendo dos profissionais que ali atuam, um cuidado especializado. É então, a partir desta necessidade percebida, que este estudo buscou desenvolver um instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo, o qual permitirá ao enfermeiro que atua nas ILPIs, obter informações sobre que necessidades humanas básicas precisam ser atendidas, para que se possa ofertar um cuidado direcionado, proporcionando desta forma, uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade.

Para o alcance do referido objetivo, este estudo está estruturado em cinco partes: a primeira refere-se à introdução, que traz em seu conteúdo a contextualização da temática estudada, problematização do estudo, justificativa e objetivos do estudo. A segunda parte trata do referencial literário e referencial teórico. Na terceira parte, tem-se a descrição do percurso metodológico, que está composto dos seguintes itens: tipo de estudo, local de estudo, população e amostra, aspectos éticos do estudos, instrumento de coleta de dados, etapas da pesquisa, cenário da pesquisa, participantes do estudo, aspectos éticos do estudo, instrumento e procedimentos para coleta de dados e análise dos dados. A quarta parte traz os resultados e discussão e por fim, na quinta parte, as conclusões, onde são apresentados os conhecimentos adquiridos, a relevância do estudo para as pesquisas em saúde, para os idosos e para o aperfeiçoamento da Enfermagem gerontológica.

## 1 INTRODUÇÃO

Acompanha-se, atualmente, no cenário mundial, o crescimento da população longeva. No Brasil, este crescimento marca uma acentuada mudança na estrutura etária da população, caracterizada pelo aumento do grupo populacional de idosos (CARDOSO et al., 2014).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos, com ganho de 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca de 30,2 milhões em 2017. Esse crescimento dos últimos cinco anos corresponde a um aumento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. Acredita-se que, em 2030, este grupo esteja maior do que o grupo de crianças com até 14 anos de idade, e, em 2055, a participação destes idosos será maior do que crianças e jovens até 29 anos (IBGE, 2018).

Fatores como redução da taxa de mortalidade, diminuição de doenças infecciosas e significativa evolução científico-tecnológica, têm auxiliado nessa mudança demográfica, pois resulta em uma melhor assistência à saúde e conseqüente melhoria na qualidade de vida (FLORIANO et al., 2012).

Com o crescente aumento da população idosa, cresce também a preocupação sobre as condições de dependência que os idosos poderão vir a apresentar, resultante do aumento da prevalência de doenças não transmissíveis, comprometimento sensorial, isolamento social e em particular do declínio cognitivo, que poderá, assim como as demais condições citadas, induzir a um comprometimento da capacidade funcional do idoso, requerendo da família e de outros vínculos, cuidados voltados a atender as suas necessidades (MICHEL et al., 2012; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

O declínio da capacidade cognitiva pode ser proveniente, em parte, de alterações dos processos fisiológicos do envelhecimento, associados a “diminuição da produção de acetilcolina, de plasticidade de receptores colinérgicos muscarínicos e da função destes receptores” (CANÇADO; ALANIS; HORTA, 2017, p.516). Nesta situação específica, o declínio cognitivo não chega a causar interferência significativa nas Atividades de Vida Diárias - AVD, pois apenas algumas funções cognitivas poderão estar alteradas como a atenção e a memória por exemplo. Contudo, em situações onde este declínio cognitivo se apresenta de forma mais acentuada, o mesmo poderá representar um estágio de transição para os transtornos neurocognitivos leves ou maiores (demência) (MANFRIN; SCHIMDT, 2017).

A Associação de Psiquiatria Americana (APA) (2014) publicou, no ano de 2013, em seu Manual de Diagnóstico e Classificação dos Transtornos Mentais (DSM), mudanças

relacionadas à nomenclatura do termo demência, que foi substituído por Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM). E para os casos mais brandos de declínio cognitivo, antes diagnosticados como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), foram denominados de Transtorno Neurocognitivo Leve (TNL) (APA, 2014; PESSOA et al., 2016).

O Transtorno Neurocognitivo Leve refere-se a indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que apresentam um leve déficit cognitivo que se evidencia por alterações de memória ou de outras funções cognitivas, sem contudo demonstrar alguma interferência nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2017). Já no Transtorno Neurocognitivo Maior ou síndromes demenciais, as alterações clínicas de natureza crônica, são causadas por um conjunto de doenças cerebrais que prejudicam a memória, produzindo um declínio cognitivo de caráter progressivo e irreversível, resultando em comprometimento das AVDs, da cognição social e alterações de outras habilidades cognitivas em relação a um padrão prévio do indivíduo, na ausência de delírium concomitante durante a avaliação (BEKHET, 2012; WHO, 2017).

O delírium refere-se a “uma perturbação da atenção, da consciência e da cognição, que poderá evoluir em um período de horas a poucos dias. Suas causas podem estar relacionadas à intoxicação ou abstinência de substância, exposição à toxina ou outras múltiplas causas” (APA, 2014, p. 596).

Estima-se que, em todo o mundo, há aproximadamente 50 milhões de pessoas vivendo com algum tipo de demência ou transtorno neurocognitivo maior, e este número poderá dobrar, atingindo um quantitativo de 82 milhões em 2030 e 152 milhões por volta de 2050. Estes índices progressivos colocam o tema demência a ser discutido como prioridade nos ambientes de discussão sobre aspectos relacionados a cuidados de saúde do idoso (WHO, 2012).

Os transtornos neurocognitivos maiores podem ainda ser divididos em Demência vascular, Demência frontotemporal, Demência por Corpos de Lewy e Doença de Alzheimer, caracterizando-se, está última, como uma das formas de demência mais comum na pessoa idosa, levando a uma condição clínica neurodegenerativa, com deterioração da memória e demais funções cognitivas, resultando em fragilidade evolutiva do desempenho de atividades de vida diárias, comprometendo assim a qualidade de vida do idoso e também da sua capacidade funcional, tornando-o cada vez mais dependente (BRUM, 2013; MANFRIN; SCHMIDT, 2017).

A capacidade funcional pode ser definida como o dimensionamento da aptidão e da independência dos idosos na realização de atividades relacionadas ao autocuidado, como as

Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD); o desenvolvimento de atividades relacionadas à organização da rotina diária, as chamadas atividades instrumentais de vida diária, e as atividades de lazer, que podem ser realizadas no tempo livre, independentes do trabalho, como por exemplo, voluntariado, atividades educacionais e participação social na comunidade, denominadas de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (GRATÃO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

A perda da capacidade funcional que acontece com o aumento da idade e pode ser acentuada com o declínio cognitivo caracteriza-se pela dificuldade na manutenção da autonomia e independência. Este fenômeno tem sido um achado frequente entre os idosos no Brasil, fator este que se configura como de risco para a institucionalização, pois as famílias muitas vezes não podem oferecer o suporte necessário ou, por outro lado, não possuem um sistema efetivo de apoio do Estado, condicionando a ida dos idosos dependentes, ou não, às ILPIs (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011).

As ILPIs são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA como unidades residenciais de caráter governamental ou não, destinados a prestar serviço de moradia coletiva para indivíduos com 60 anos ou mais, que possuam ou não suporte familiar, visando a promover por meio dos seus serviços prestados, a garantia e o zelo pela liberdade, dignidade e cidadania dos seus residentes (ANVISA, 2005).

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 283 da ANVISA, que trata do Regulamento técnico para o funcionamento das ILPIs, apresenta, de acordo com o grau de dependência do idoso, três tipos de modalidades destas instituições como descrita a seguir: Modalidade I - destinada a pessoas idosas independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda. Modalidade II - destinada a pessoas idosas com dependência funcional em até três atividades de autocuidado para vida diária como alimentação, mobilidade, higiene e que não apresente comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Modalidade III - destinada a pessoas idosas com dependência que requeiram assistência total, com cuidados específicos, nas atividades de vida diária (ANVISA, 2005).

Concernente a estas realidades, o dimensionamento de profissionais para atender as necessidades das pessoas idosas institucionalizadas, segue o grau de dependência que estes idosos apresentam e que são categorizados pelas modalidades de assistência, colocando nas modalidades II e III o enfermeiro e o técnico de enfermagem, como profissionais inclusos na equipe de saúde (BRASIL, 2001; ANVISA, 2005).

Diante das considerações acima descritas, as ILPIs necessitam de uma equipe multiprofissional que possa prestar a pessoa idosa um cuidado direcionado a atender suas necessidades, prevenir possíveis alterações ou retardar o aparecimento das mesmas. Desta forma, as ILPIs, precisam do enfermeiro como membro efetivo da equipe multiprofissional de trabalho, e, diante desta situação, este profissional deverá desenvolver com a pessoa idosa institucionalizada, atividades que consistem em promover ao indivíduo uma assistência humanizada e integral, valorizando as suas dimensões biopsicoespirituais (GONÇALVES; ALVAREZ; SANTOS, 2017).

Neste contexto, faz-se necessária a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nas ILPIs, pois, segundo a Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, o processo de enfermagem deverá ser implantado em ambientes públicos ou privados, onde ocorra o cuidado do profissional de enfermagem. A SAE consiste em planejar o cuidado por meio do Processo de Enfermagem (PE), o qual é constituído por cinco etapas: coleta de dados (Histórico de Enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação (COFEN, 2009).

A aplicação do PE deve estar fundamentada em algum referencial teórico, o qual confere ao enfermeiro subsídios para suas ações no que diz respeito ao planejamento do cuidado. Esses modelos teóricos ou teorias de enfermagem buscam oferecer um caminho para nortear o enfermeiro na busca de informações corretas para o desenvolvimento e planejamento de um cuidado centrado a atender as necessidades que o indivíduo possa vir a apresentar, tornando os enfermeiros efetivamente responsáveis pelo cuidado ofertado. Apoiados no conhecimento próprio da Enfermagem e não mais em um conhecimento ou prática empírica (TANNURE; PINHEIRO, 2017). Desta forma, o cuidado prestado pela Enfermagem busca fazer com que o cliente se torne autônomo desta assistência assim que possível, por meio da instrução do autocuidado, da capacidade de se recuperar, de se manter e de promover a sua saúde, em parceria com outros profissionais (HORTA, 2011).

Diante do exposto, foi escolhida para fundamentar este estudo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) de Horta. O interesse por esta teoria ou modelo conceitual, como pode ser considerada, deu-se pela sua aplicabilidade à clientela deste estudo, que se trata do idoso institucionalizado com declínio cognitivo.

O modelo conceitual de Horta direciona o cuidado de enfermagem para o atendimento de três níveis de necessidades: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (HORTA, 2011). Devendo o enfermeiro, para o atendimento desses níveis de necessidade, possuir adequado conhecimento sobre os mesmos, para que desta maneira possa ofertar a sua

clientela, intervenções de enfermagem de qualidade e direcionadas a atender as necessidades identificadas.

O idoso institucionalizado com declínio cognitivo traz consigo especificidades que somadas às alterações próprias do envelhecimento, poderá acarretar a estes indivíduos vários tipos de desequilíbrios orgânicos, que vão desde uma alteração na condição mental e física, até a emocional, exigindo do profissional enfermeiro uma atenção e expertise para reconhecer e tratar a dificuldade que ao longo da jornada irão acometer este idoso.

Nos últimos anos, por meio da implementação do Pacto pela Vida, o Ministério da Saúde demonstrou uma preocupação com essa nova e significativa parcela da população, que traz consigo o desafio, de desenvolver estratégias de cuidados que possam atender as peculiaridades dessa faixa etária e as comorbidades que a acompanham (BRASIL, 2006).

Desta forma, a proposta de trabalhar neste estudo a construção de um instrumento de coleta de dados que auxilie o enfermeiro que atua nas ILPIs deu-se devido à ausência de uma sistematização dos cuidados prestados nestas instituições, onde já se observa, em muitas delas, a presença do enfermeiro como integrante e líder da equipe de enfermagem. Porém, este enfermeiro não dispõe de ferramentas necessárias para a identificação e aplicação de intervenções direcionadas a atender as necessidades que o idoso institucionalizado com declínio cognitivo possa apresentar.

A partir da problemática mencionada, o presente estudo norteou-se a partir do seguinte questionamento: o conteúdo do instrumento de coleta de dados de enfermagem é válido para avaliar as necessidades humanas básicas do idoso institucionalizado com declínio cognitivo?

Neste contexto, o objetivo geral estabelecido para este estudo foi construir um instrumento para a coleta de dados da consulta de enfermagem voltado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo fundamentado na Teoria de Wanda Horta.

E como objetivos específicos, estabeleceram-se os seguintes:

- Identificar os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas do idoso institucionalizado com declínio cognitivo fundamentado na teoria de Wanda Horta;
- Estruturar um instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo, a partir dos indicadores empíricos das NHB identificadas.
- Investigar evidências de validação do conteúdo e da aparência do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Aspectos gerais do envelhecimento

#### 2.1.1 Envelhecimento

Entender o processo de envelhecer e suas consequências naturais é uma preocupação antiga, embora, convém pensar que tais ideias sobre o envelhecimento seja algo da atualidade, devido ao significativo aumento da população com idade superior a 60 anos, observada nos últimos anos (PAPALÉO NETTO, 2017).

O envelhecimento, segundo Freitas (2017), é compreendido como um processo comum a todos os seres vivos, porém ocorre de forma individualizada. Sendo este processo caracterizado como uma etapa que faz parte de um todo *continuum* que chamamos de vida, começando na concepção e finalizando com a morte.

Segundo Nunes, Santos e Ferreti (2012), o processo de envelhecimento constitui-se por mudanças de caráter ativo e irreversível, que irão ocorrer inevitavelmente com todos os seres humanos, salvo os que morrerem prematuramente. Neste processo, os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo discretamente, sendo estes denominados de senescência, não comprometendo as relações e a gerência de decisões.

Neste contexto, o envelhecimento pode ser entendido como um processo gradual, ativo e irreversível, marcado por declínio das funções físicas, mentais, cognitivas e sociais, que proporciona ao indivíduo vulnerabilidade, aumentando assim, o risco de desenvolver diversas patologias. Estas vulnerabilidades são diferenciadas por idade, sexo, condições socioeconômicas, raça e região geográfica, as quais irão promover características individuais de envelhecer (OLIVEIRA, 2012).

Diferente do que acontece com outras etapas da vida, onde marcadores biofisiológicos permitem a identificação de algumas fases como a puberdade e a maturidade, o momento em que se inicia o envelhecimento não possui marcador biológico. Contudo, é consenso entre os pesquisadores que buscam compreender o processo de envelhecer que os primeiros sinais do envelhecimento ocorrem na segunda década da vida, ficando pouco detectáveis por mais uma década, quando então começam a ser percebidos (PAPALÉO NETTO, 2017).

No Brasil, a partir do conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS e reproduzido pelo Estatuto do Idoso, considera-se uma pessoa idosa, o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos, se este residir em países em desenvolvimento (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

A taxa de envelhecimento populacional no país apresenta dados considerados exuberantes, o IBGE no último censo realizado em 2010 quantificou a população brasileira em 190.755.799 habitantes, sendo 20.590.599 considerados idosos (IBGE, 2013). As causas relativas a esse crescimento demográfico estão associadas à forte redução da taxa de mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida decorrente das melhores condições de vida, higiene e acesso a serviços de saúde, e ao significativo desenvolvimento tecnológico e da medicina (PAPALÉO NETTO, 2017).

A estimativa sobre esse crescimento é de que, no ano de 2025, o número de idosos no Brasil aumentará em 15 vezes, enquanto a população geral terá crescido apenas em cinco. Se isso se confirmar, o país passará a ocupar o sexto lugar, alcançando uma população de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014)

Nestes termos, o fenômeno envelhecimento populacional configura-se como um dos principais triunfos da humanidade, contudo, a longevidade não é necessariamente sinônimo de qualidade de vida. Representa também um dos grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade, pois deste fenômeno de caráter mundial, resulta uma maior incidência de doenças crônicas, dentre estas doenças, cita-se a demência, caracterizada por importante declínio cognitivo, o que implica na diminuição em termos de funcionalidade e aumento da dependência do idoso de cuidados, representando este fato, como de risco para a institucionalização deste idoso (FABER; SCHEICHER; SOARES, 2017).

### 2.1.2 Cognição

A cognição caracteriza-se por um conjunto de funções que permite o indivíduo manter sua autonomia e independência, sendo este termo empregado para “descrever o funcionamento mental do indivíduo, incluindo a habilidade para perceber, lembrar, tomar decisões, planejar, sequenciar e produzir respostas adequadas às solicitações e estímulos externos” (CABRAL et al., 2005, p.157 apud MAFRIN; SCHMIDT, 2017).

Os transtornos cognitivos incluem um conjunto de alterações clínicas decorrentes da perda ou Declínio da Capacidade Cognitiva - DCC. O DCC está relacionado ao processo de envelhecimento senescente ocorrido nas células do sistema nervoso, porém pode ser acentuado quando na existência de doenças neurodegenerativas, que desencadeiam declínios cognitivos mais graves, a exemplo da Doença de Alzheimer - DA (MAFRIN; SCHMIDT, 2017).

São considerados transtornos neurocognitivos condições neurológicas e psiquiátricas como o delírium, a demência/transtorno neurocognitivo maior, transtorno neurocognitivo leve e outros transtornos cognitivos (APA, 2014).

O transtorno neurocognitivo leve é uma condição em que o déficit clínico primário está presente na função cognitiva, sendo considerado maior para a idade, porém, menos comprometedora do que o déficit presente na demência ou transtorno neurocognitivo maior (APA, 2014).

Alguns sinais podem nortear o diagnóstico para o transtorno neurocognitivo leve, como: queixas frequentes de memória, devendo estas serem afirmadas por algum integrante da família ou próximo da pessoa; déficits de memória indicados por testes, funções cognitivas gerais normais; atividades funcionais do tipo sócio-ocupacional preservadas e ausência de demência (DALGALARRONDO, 2018).

Estudo realizado por Clemente e Ribeiro-Filho (2008) demonstra que, embora o transtorno neurocognitivo leve não evolua necessariamente para uma demência, idosos com este perfil apresentam uma maior incidência de conversão para as síndromes demenciais, se comparados a idosos saudáveis. Desta forma, alguns indivíduos com transtorno neurocognitivo leve, manterão sua alteração cognitiva estável, podendo até evoluir com melhora do quadro, enquanto outros apresentarão evolução insatisfatória, evoluindo para um quadro demencial.

O TNL tem sido classificado em alguns subtipos, que, em decorrência do envolvimento de determinadas funções cognitivas, recebem designações específicas como: amnésico; múltiplos domínios cognitivos alterados, incluindo-se a memória; e alteração cognitiva única, excluindo a memória (CANINEU; SAMARA; STELLA, 2017).

No TNL amnésico, ocorre apenas o prejuízo da memória recente; no TNL com múltiplos domínios alterados, observa-se o prejuízo da memória e de uma outra função cognitiva e no TNL com alteração cognitiva única exceto da memória, haverá o declínio de uma destas funções: executivas, visuoespaciais ou de linguagem, entre outras habilidades cognitivas (TOMAI; ABREU, 2017).

O transtorno neurocognitivo maior, também chamado de demência, sendo este um termo em desuso, constitui um declínio cognitivo progressivo da memória, associado ao déficit de pelo menos um outro domínio cognitivo (APA, 2014).

As síndromes demenciais podem ser divididas em dois grupos. As demências reversíveis podem ter como uma de suas causas desencadeadoras: a hidrocefalia de pressão intermitente de adulto - HPIA, deficiência de vitamina B12, hipotireoidismo, pelagra e hematoma subdural. Este tipo de demência apresenta importância do ponto de vista

diagnóstico, pois o adequado tratamento é capaz de reverter o declínio cognitivo (MANFRIM; SCHMIDT, 2017).

No outro grupo, encontram-se as demências degenerativas ou transtornos neurocognitivos progressivos, como a DA, a demência vascular - DV, a demência de corpus de Lewy - DCL, a demência frontotemporal - DFT, a demência devido à doença do HIV, a doença de Creutzfeldt-jacob - DCJ e a doença de Huntington - DH (MANFRIM; SCHMIDT, 2017).

A DA possui início insidioso e deterioração progressiva, caracterizando-se como um fenômeno que acomete inicialmente a formação hipocampal, com consecutivo comprometimento de áreas corticais associativas e relativa preservação dos córtices primários, acarretando prejuízos cognitivos que irão gerar grandes dificuldades funcionais (GIL; BUSSE, 2009).

Na fase inicial, os indivíduos com diagnóstico de DA apresentam pequenos declínios na memória recente, obstáculos para encontrar palavras, desorientação no tempo e no espaço, dificuldades de tomar decisões, alterações comportamentais do tipo irritabilidade e agressividade com esquecimento de pessoas mais próximas, distúrbios do sono e comprometimento para a realização de tarefas básicas de vida diária (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2012).

Na fase intermediária, percebe-se um agravamento dos sintomas como dificuldades motoras, distúrbios do sono, alucinações, perda de peso e de movimento e falas repetitivas. Quando afetada a linguagem, esta torna-se desconexa, abstrusa e incompreensível. Observa-se, também, o surgimento de logoclonia, que se caracteriza pela repetição irremovível da última palavra (MACHADO, 2017).

A fase final da DA, considerada crítica, caracteriza-se por funções cerebrais que já não respondem mais os sistemas motores e os aspectos cognitivos mais básicos não correspondem as mensagens mais simples, tornando o portador da DA dependente dos cuidadores e de seus familiares. A preocupação com a higiene não é mais registrada, ocorre o desenvolvimento de incontinência urinária e fecal, a memória apresenta-se bem comprometida, com evolução para amnésia e observa-se o surgimento de disfunções apráxicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2012; MACHADO, 2017).

As apraxias são consideradas transtornos que impedem o indivíduo de realizar alguns gestos e manipular objetos. Essas alterações são decorrentes de dano no sistema nervoso devido ao processo neurodegenerativo. As apraxias mais comumente observadas na DA são

apraxia ideatória e a apraxia de se vestir, onde, nesta última, o indivíduo apresenta dificuldade ou incapacidade de se vestir (GIL, 2005).

A demência vascular, considerada mais uma frequente causa de demência, é suscitada pela presença de doença cerebrovascular. Tende a apresentar um início mais precoce que a DA. Seu perfil cognitivo caracteriza-se por rendimento cognitivo lentificado, comprometimento leve da memória e do funcionamento executivo, dificuldade em lidar com situações complexas, déficits articulatórios e da prosódia com mais conteúdo e menos anomia (GIL; BUSSE, 2009).

A demência por corpos de Lewy corresponde à terceira causa mais frequente de demência. O seu diagnóstico é clínico e ocorre a partir da observação de alterações cognitivas e executivas. O perfil cognitivo característico deste tipo de demência corresponde a alterações na memória, na atenção, na velocidade psicomotora, na habilidade visuoespacial e visuoespacial, na linguagem e na função executiva (GIL; BUSSE, 2009).

A demência frontotemporal é uma desordem neurodegenerativa cuja manifestação dá-se no período pré-senil, antes dos 65 anos de idade. São designadas por alterações neuropsicológicas de funções tradicionalmente relacionadas com o córtex frontal e temporal, com conservação das funções mediadas pelas regiões posteriores do cérebro. Desse grupo de demência, fazem parte a doença de Pick, a degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica) (SOUZA; TEIXEIRA, 2014).

O perfil cognitivo e comportamental na demência frontotemporal caracteriza-se por preservação da memória e habilidades visuoespaciais; e alteração de comportamento, podendo se apresentar com retiro social, letargia, privação de crítica, destimidez, impulsividade, irritabilidade, inflexibilidade mental, descuido da higiene pessoal, linguagem com diminuição da clareza verbal, estereotipias e ecolalia (GIL; BUSSE, 2009).

### 2.1.3 Capacidade Funcional e Estado Cognitivo

As perdas ou disfunções cognitivas decorrentes do envelhecimento e acentuada pelos processos demenciais, podem resultar em comprometimento da capacidade funcional em todas as esferas da vida, sejam elas social, interpessoal, trabalho, lazer e atividades de vida diárias (MANFRIM; SCHMIDT, 2017).

Segundo Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011), em inúmeros casos, observa-se que o déficit cognitivo pode estar relacionado à presença de incapacidades funcionais no

desempenho de atividades da vida diária, principalmente em populações com baixo nível de escolaridade, onde se percebe que o déficit cognitivo é mais acentuado.

A capacidade funcional é documentada na literatura como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente e na execução das atividades do seu cotidiano. E a incapacidade funcional estaria associada à dificuldade ou necessidade de algum tipo de ajuda que o indivíduo precisaria para executar tarefas do dia-a-dia, abrangendo as ABVD e AIVD (BARBOSA et al., 2014).

Segundo Gasparotto, Falsarella e Coimbra (2014), a proporção de idosos que exibem comprometimento da capacidade funcional vai aumentando com o passar dos anos. Os fatores que estão associados a este comprometimento funcional nos idosos estariam relacionados com senescência, gênero feminino, baixa renda, escolaridade, arranjo familiar multigeracional, hospitalização no último ano, acuidade visual prejudicada, declínio cognitivo, presença de comorbidades, entre elas a depressão, além de baixa frequência de contatos sociais e de atividade física.

Neste contexto, entende-se que os cuidados de enfermagem em relação à avaliação funcional devem tomar como foco norteador o idoso e a rede de apoio que este indivíduo possa contar. Sendo assim, o enfermeiro deverá assistir o idoso de maneira individualizada, no contexto familiar e social, levando também em consideração suas limitações físicas, psíquicas, sociais e ambientais (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

#### 2.1.4 Institucionalização do idoso

O aumento da dependência resultante das limitações impostas pelo processo de envelhecimento e acentuada pela presença de comorbidades de caráter crônico e degenerativo representa um dos principais motivos para a admissão dos idosos nas chamadas ILPIs (CAMARGOS, 2014).

Outros motivos que podem resultar na institucionalização dos idosos estão relacionados ao número reduzido de familiares, comprometimento das habilidades físicas, financeiras e psicológicas, desejo do próprio idoso, problemas de relacionamento com os familiares, viuvez, múltiplas doenças e síndromes demenciais (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Atualmente, estas instituições que acolhem os idosos operam praticamente com todas as suas vagas ocupadas e, segundo previsões, espera-se que, nas próximas décadas, o número de idosos com algum tipo ou grau de dependência cresça entre 100% e 500%, devendo estas instituições absorver grande parte desta demanda (KUCHEMANN, 2012).

Várias foram e ainda são as denominações utilizadas para designar os espaços de moradia coletiva para os idosos, como: abrigo de idosos, casa de repouso, lares, pensionatos, casa de velhinhos, casa da vovó, recantos, cidade dos velhinhos, entre outras (IPEA, 2010). Todavia, este local de amparo e abrigo ao idoso teve sua origem relacionada com o asilo, sendo tradicionalmente por este termo ainda conhecido (BORN; BOECHAT, 2017).

A Política Nacional de Assistência Social, buscando atender as demandas apresentadas pela sociedade brasileira, oferta ações, serviços e programas que garantam a cidadania e os direitos sociais. Neste sentido, o serviço social de proteção de alta complexidade é direcionado para aqueles indivíduos que não têm o cuidado nem o apoio familiar, garantindo, desta forma, proteção, em instituição de atendimento integral, por meio da oferta de moradia, alimentação e higienização (BRASIL, 2004).

A modalidade asilar de assistência social ao idoso pode ser compreendida, de acordo com o Decreto nº 1948 (BRASIL, 1996, p. 1), como: “Atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”.

O Estatuto do Idoso, no seu artigo 49º, apresenta definições sobre as obrigações das entidades que promovem o atendimento integral institucional, como: conservação dos vínculos familiares, assistência personalizada e em pequenos grupos, preservação da identidade do idoso, oferta de ambiente de respeito e dignidade, promoção dos cuidados de saúde de acordo com a necessidade do idoso, cumprimento dos direitos e garantias dos idosos, entre outros (BRASIL, 2003).

Visando a promover e a proteger a saúde e a qualidade de vida da população idosa, a Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária, no uso de suas atribuições, adota a RDC nº 283, a qual define critérios de funcionamento, avaliação e mecanismos de monitoramento das ILPIs. Estabelece, também, padrões mínimos de funcionamento das mesmas, dispendo sobre a organização, os recursos humanos, a infraestrutura física, os processos operacionais, os itens de notificação compulsória, os indicadores de monitoramento e a avaliação do funcionamento das instituições (ANVISA, 2005).

As ILPIs “são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, promovendo condições de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005).

No que concerne à organização das ILPIs, estas devem possuir um alvará sanitário renovado e emitido pelo órgão sanitário competente de acordo com a Lei nº 6.437/77, além de

constituir e apresentar estatuto registrado, registro de entidade social, regimento interno e possuir um Responsável Técnico - RT, o qual responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local. Os recursos humanos destas instituições devem possuir vínculo formal de trabalho e estarem distribuídos conforme o grau de dependência que os idosos possam apresentar, segundo graduação de dependência determinada na própria lei. Com relação à infraestrutura, as ILPIs devem oferecer instalações físicas em condições de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, além de garantir a transitabilidade à todas as pessoas com dificuldade de locomoção, segundo estabelecido na Lei Federal nº 10.098/00 (ANVISA, 2005).

## **2.2 Referencial Teórico**

### **2.2.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta**

A Enfermagem, antes do desenvolvimento de suas teorias do cuidado, teve suas ações embasadas em princípios morais, crenças, valores, normas e convicções que transfiguravam o cuidar humano. O surgimento das teorias permitiu a esta profissão antes subordinada ao saber da medicina descentralizar suas ações do modelo biomédico do cuidado, e desta forma, conseguiu estruturar e organizar o conhecimento da enfermagem como uma ciência do cuidado. Possibilitou um meio sistemático para coletar dados, descrevê-los, explicá-los e, a partir, destes planejar uma boa prática clínica (McEWEN; WILLS, 2016).

Todos os modelos teóricos desenvolvidos trazem como essência do cuidado de enfermagem o indivíduo, e não a enfermidade. Destacando, desta maneira, a pessoa como foco principal, apresentando-o como um ser biopsicosocioespíritual, devendo este ser preservado em sua totalidade, para que o cuidado planejado seja adequado e permita alcançar os objetivos traçados (AMANTE; ROSSETO; SCHNEIDER, 2009).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas TNHB, desenvolvida por uma enfermeira paraense chamada Wanda de Aguiar Horta, foi a primeira teoria de enfermagem desenvolvida no Brasil no ano de 1970 (LEOPARDI, 1999). Considerando existir algumas discussões sobre se de fato os estudos desenvolvidos por Wanda Horta são considerados ou não uma teoria de enfermagem, alguns trabalhos preferem utilizar a expressão “Modelo Conceitual de Horta”. Neste contexto, entende-se o modelo conceitual como um conjunto de conceitos que se inter-relacionam, de forma simbólica, representando e transmitindo um fenômeno. Já a teoria constitui a coleção de conceitos logicamente interligados, declarações,



proposições e definições resultantes de crenças filosóficas de dados científicos, que permitem deduzir, testar e verificar fatos ou hipóteses (McEWEN; WILLS, 2016).

O modelo conceitual das NHB de Horta traz como seu alicerce as leis gerais dos fenômenos universais como a lei do equilíbrio (homeostase), que define que o universo mantém-se por meios de equilíbrio dinâmico e mútuo entre os seres; lei da adaptação, que define que os seres do universo interagem a todo o tempo com o meio externo, doando e recebendo energia, além de buscar outras formas de adequação para se conservarem em equilíbrio e a lei do holismo, esta designa que o universo, o ser humano e a célula constituem individualmente uma integralidade, e que esta totalidade é mais do que simplesmente a soma das partes (HORTA, 1979).

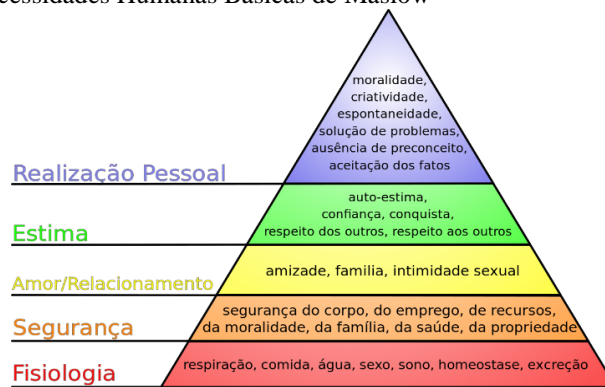
Concernente a este modelo conceitual, o enfermeiro é o profissional integrante da equipe de saúde, que dotado de conhecimento técnico-científico, fornece cuidado ao cliente. O cliente integrante deste universo dinâmico e em constante interação seria, em algum momento do seu ciclo vital, um indivíduo incapaz de prover o autocuidado necessário à manutenção de seu equilíbrio, desta forma, a Enfermagem buscaria por meio de suas ações prever e reverter as necessidades coletivas e individuais do homem, reconduzindo-o a uma situação de equilíbrio (HORTA, 2011).

Wanda de Aguiar Horta utilizou como base para o desenvolvimento de seu modelo conceitual a teoria da motivação de Maslow e classificou as necessidades humanas básicas a partir da denominação de João Mohana (MEDEIROS, 2016).

Maslow fundamentou um conceito para as necessidades humanas básicas após um estudo que realizou com funcionários de uma fábrica, onde objetivando desenvolver estratégias para melhorar a produtividade, o mesmo observou que o aperfeiçoamento no desenvolvimento das tarefas, estava associada ao grau de motivação que os funcionários apresentavam no trabalho. Logo, percebeu que o encorajamento dos funcionários dependia da satisfação que possuíam sobre aspectos sociais e fisiológicos de suas vidas. Concluindo que, à medida que as necessidades de vida eram supridas, existia uma tendência para maior satisfação no trabalho, resultando em maior motivação, e, conseqüente, a isto um aumento na produtividade (MASLOW, 1970).

A categorização das necessidades humanas desenvolvida por Maslow, foi feita de forma ordenada, ou seja, das mais imprescindíveis às menos importantes, ficando o seu modelo conhecido como observado na Figura 1, em Pirâmide de Maslow ou Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas (MASLOW, 1970).

**Figura 1-** Pirâmide das Necessidades Humanas Básicas de Maslow

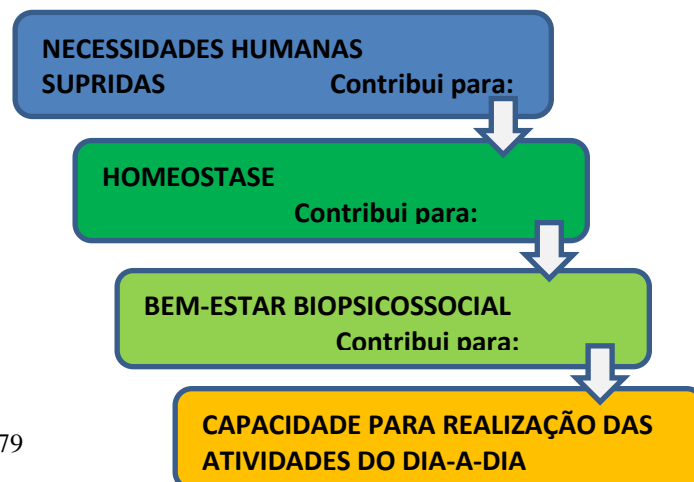


**Fonte:** MASLOW, 1970

Na base da pirâmide, encontram-se representadas as necessidades básicas, fundamentais ou essenciais, devendo estas serem supridas para que as demais possam ser alcançadas. Logo, compreende-se que para o indivíduo alcançar a satisfação das necessidades dos demais níveis, este deverá antes atender a um mínimo das necessidades precedentes. De acordo com a teoria, em nenhum momento haverá satisfação plena ou perene de uma necessidade, pois, se isto acontecesse, não haveria mais motivação individual (MASLOW, 1970).

Wanda de Aguiar Horta desenvolveu uma adaptação do modelo de Maslow para a Enfermagem. Realizando a substituição do significado de termos, por outros conhecidos e usados na saúde. Como por exemplo, o aumento da produtividade seria entendido na Enfermagem como uma condição associada a capacidade do indivíduo de desenvolver suas atividades do dia-a-dia; a motivação significaria o bem estar biopsicossocial e a satisfação seria o estado de homeostase orgânica (HORTA, 1979). Desta forma, Horta definiu a sequência dos eventos no processo saúde-doença como demonstrado na Figura 2.

**Figura 2-** Fluxograma do Modelo Conceitual de Horta



**Fonte:** HORTA, 1979

Para o seu modelo conceitual, Wanda de Aguiar Horta utilizou a classificação das necessidades humanas básicas a partir da denominação dada por João Mohana, classificando estas necessidades em três níveis: as psicobiológicas, que são as necessidades fisiológicas e terapêuticas do paciente, sendo estas consideradas vitais, e, por este motivo, devem ter prioridades nas aplicações das intervenções de enfermagem; as psicossociais, consideradas necessidades de relação social do paciente, família e comunidade e as psicoespirituais que se referem às necessidades religiosas do paciente, suas crenças, religiosidade e valores pessoais (HORTA, 2011), conforme apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1-** Necessidades Humanas Básicas proposta por Horta

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS
Oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividade física; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo-mucosa; integridade física; regulação térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção; percepção olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa; ambiente e terapêutica.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem (educação à saúde); gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem; atenção.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS
Religiosa ou teológica; ética ou filosofia de vida.

**Fonte:** HORTA, 1979

Horta entende que as necessidades humanas básicas são circunstâncias ou situações que o indivíduo, família ou comunidade apresentam quando o organismo está em desequilíbrio, onde a forma de manifestação e satisfação dessas necessidades irá variar de pessoa para pessoa (HORTA, 2011).

Benedet e Bub (2001) aplicaram o modelo conceitual de Horta em um estudo, onde buscavam detectar diagnósticos de enfermagem para clientes adultos internos em uma Unidade de Terapia Intensiva. As autoras agruparam necessidades que tinham relação intrínseca com as necessidades identificadas por Horta e reformularam de acordo com a realidade da clientela específica, ordenando os títulos de algumas necessidades humanas básicas, como demonstrado no Quadro 2.

**Quadro 2-** Necessidades Humanas Básicas organizadas por Benedet e Bub em seu estudo com pacientes da Unidade de Terapia Intensiva e suas respectivas definições

<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>	
<b>Necessidades</b>	<b>Conceito</b>
Regulação neurológica	É a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Percepção dos Órgãos dos Sentidos	É a necessidade de o organismo perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente.
Oxigenação	É a necessidade do organismo de obter o oxigênio através da ventilação, da difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue, do transporte do oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção do dióxido de carbono
Regulação Vascular	É a necessidade do organismo de transportar e distribuir nutrientes vitais através do sangue para os tecidos e remover substâncias desnecessárias com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência
Regulação Térmica	É a necessidade do organismo em manter a temperatura central (temperatura interna) entre 36° e 37,3° C com o objetivo de obter um equilíbrio da temperatura corporal (produção e perda de energia térmica).
Hidratação	É a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo.
Alimentação	É a necessidade de o indivíduo obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida.
Eliminação	É a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes e quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase.
Integridade Física	É a necessidade de o organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso com o objetivo de proteger o corpo
Sono e Repouso	É a necessidade do organismo em manter, durante um certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração
Atividade Física	É a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares com o objetivo de evitar lesões tissulares, exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem.
Cuidado Corporal	É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal.
Segurança física e meio ambiente	É a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica
Sexualidade	É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar.
Regulação: Crescimento	É a necessidade do organismo em manter a manipulação celular e o crescimento tecidual dentro dos padrões da normalidade com o objetivo de crescer e

Vascular	desenvolver-se.
Terapêutica	É a necessidade do indivíduo de buscar ajuda profissional para auxiliar no cuidado à saúde com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>	
Comunicação	É a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária	É a necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e Lazer	É a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir ideias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se.
Segurança Emocional	É a necessidade de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor, Aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Autoestima, Autoconfiança, Autorrespeito	É a necessidade de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e de perceber-se como o centro vital da própria existência
Liberdade e Participação	É a necessidade que cada um tem de agir conforme a sua própria determinação dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas definidas (sociais, culturais, legais).
Educação para a Saúde/Aprendizagem	É a necessidade de adquirir conhecimento e/ou habilidade para responder a uma situação nova ou já conhecida com o objetivo de adquirir comportamentos saudáveis e manter a saúde.
Autorrealização	É a necessidade de realizar o máximo com suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja ser.
Espaço	É a necessidade de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrair-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.
Criatividade	É a necessidade de ter ideias e produzir novas coisas com o objetivo de realizar-se.
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
Espiritualidade	É a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre as pessoas e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual

Fonte: BENEDET; BUB, 2001

Outra estruturação das necessidades humanas básicas identificadas por Horta foi realizada por Garcia e Cubas (2012) em seu livro “Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional”, que marcou os 85 anos

da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn. Esta publicação reuniu vários estudos de relevância para a prática da enfermagem, com o objetivo de servir como mais uma ferramenta para auxiliar o enfermeiro no exercício da sua práxis profissional (GARCIA; CUBAS, 2012).

Para a produção da listagem de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem apresentadas por Garcia e Cubas (2012), foi aplicado um processo de trabalho coletivo, realizado por meio de oficinas de trabalho, que teve como finalidade definir prioridades, metas e ações para apoio à implementação do PE, a partir de pressupostos de integralidade e da resolutividade da assistência de enfermagem nos diversos níveis de atenção do Sistema único de Saúde (SUS); instituição de uma Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, com o intuito de subsidiar a ABEn nas ações relacionadas ao desenvolvimento; implantação e utilização efetiva de uma linguagem especializada para o bom desempenho da prática profissional e definição de estratégias para a implementação do PE nos diferentes ambientes de prestação do cuidado, ressaltando o foco na integralidade da atenção à saúde. Segue, no Quadro 3, a nova organização proposta pelos referidos autores.

**Quadro 3-** Necessidades Humanas Básicas organizadas por Garcia e Cubas e suas respectivas definições.

<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>	
<b>Necessidades</b>	<b>Conceito</b>
Oxigenação	É a necessidade do indivíduo de obter o oxigênio por meio da ventilação; de difusão do oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; de transporte de oxigênio para os tecidos periféricos e da remoção de dióxido de carbono; e de regulação da respiração, com o objetivo de produzir energia (ATP) e manter a vida.
Hidratação	É a necessidade do indivíduo de que os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, sejam mantidos em nível ótimo, com o objetivo de favorecer o metabolismo corporal.
Nutrição	É a necessidade do indivíduo de obter os elementos necessários para consumo e utilização biológica de energia e nutrientes em nível celular, com o objetivo de manutenção da saúde e da vida. Envolve os processos de ingestão, digestão de alimentos, absorção de nutrientes, captação dos mesmos e sua utilização no metabolismo celular.
Eliminação	É a necessidade do indivíduo de eliminar substância orgânicas indesejáveis ou presentes em quantidade excessivas, com o objetivo de manter homeostase corporal.
Sono e repouso	É a necessidade do indivíduo de manter, por certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; o corpo e a mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas, com o objetivo de restaurar o vigor para as atividades cotidianas.
Atividade Física	É a necessidade do indivíduo de mover-se intencionalmente, sob determinadas circunstâncias, usando a capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares, com o objetivo de evitar lesões tissulares (vasculares, musculares, osteoarticulares), exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem, etc.
Sexualidade e	É a necessidade do indivíduo de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais

reprodução	e sociais, com o objetivo de relacionamento afetivo-sexual com um parceiro, obter prazer e procriar.
Segurança física e do meio ambiente	É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de proteger-se de manter um meio ambiente livre de agentes agressores, com o objetivo de preservar a segurança física e socioambiental.
Cuidado corporal e ambiental	É a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal e apresentação pessoal, da família e coletividade; e para manter o ambiente domiciliar e entorno em condições que favoreçam a saúde,
Integridade física	É a necessidade do indivíduo de manter as características orgânicas de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso, com o objetivo de proteger o corpo.
Regulação: crescimento celular e desenvolvimento funcional	É a necessidade do indivíduo de que o organismo mantenha a multiplicação celular e o crescimento tecidual, assim como de receber a estimulação adequada, com o objetivo de crescer e desenvolver-se dentro dos padrões da normalidade.
Regulação térmica	É a necessidade do indivíduo de obter equilíbrio entre a produção e a perda de energia térmica, com o objetivo de manter uma temperatura corporal central (temperatura interna) entre 35,5 °C e 37,4 °C.
Regulação vascular	É a necessidade do indivíduo de que sejam transportados e distribuídos, por meio do sangue, nutrientes vitais para os tecidos e removidas as substâncias desnecessárias, com o objetivo de manter a homeostase dos líquidos corporais e a sobrevivência do organismo.
Regulação neurológica	É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso, com o objetivo de controlar e coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento.
Regulação hormonal	É a necessidade do indivíduo de preservar ou restabelecer a liberação e a ação de substâncias ou fatores que atuam na coordenação de atividades/funções específicas do corpo.
Sensopercepção	É a necessidade do indivíduo de perceber e interpretar os estímulos sensoriais, com o objetivo de interagir com os outros e com o ambiente.
Terapêutica e de prevenção	É a necessidade do indivíduo de lidar com eventos do ciclo vital e situações do processo saúde e doença, o que inclui buscar atenção profissional com o objetivo de promover, manter e recuperar a saúde, prevenir doenças e agravos à saúde, readaptar ou habilitar funções ou obter cuidados paliativos para uma morte digna.
<b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b>	
Comunicação	É a necessidade do indivíduo de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (símbolos, sinais, gestos, expressões faciais), com o objetivo de interagir com os outros.
Gregária	É a necessidade do indivíduo de viver em grupo, com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais.
Recreação e lazer	É a necessidade do indivíduo de dispor de tempo livre, recursos materiais e ambientais e de acesso a entretenimento, distração e diversão.
Segurança emocional	É a necessidade do indivíduo de ter consciência e saber lidar com os próprios sentimentos e emoções, e de confiar nos sentimentos e emoções dos outros em relação a si, com o objetivo de sentir-se seguro emocionalmente.
Amor, Aceitação	É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral, com o

	objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família.
Autoestima, autoconfiança, autorespeito	É a necessidade do indivíduo de sentir-se adequado para enfrentar os desafios da vida, de ter confiança em suas próprias ideias, de ter respeito por si próprio, de se valorizar, de se reconhecer merecedor de amor e felicidade, de não ter medo de expor suas ideias, desejos e necessidades, com o objetivo de obter controle sobre a própria vida, de sentir bem-estar psicológico e perceber-se como centro vital da própria existência.
Liberdade e participação	É a necessidade que o indivíduo tem de agir conforme a sua própria determinação, dentro de uma sociedade organizada, respeitando os limites impostos por normas (sociais, culturais, legais) definidas. Em resumo, é delimitado, com o objetivo de ser livre e preservar sua autonomia.
Educação para a saúde e aprendizagem	É a necessidade do indivíduo de adquirir conhecimento e desenvolver habilidades cognitivas e psicomotoras com objetivo de expressar comportamentos saudáveis e responder a situações do processo saúde e doença, novas ou já conhecidas.
Autorrealização	É a necessidade do indivíduo de desenvolver suas capacidades físicas, mentais, emocionais e sociais, com o objetivo de ser o tipo de pessoa que deseja e alcançar metas que estabeleceu para sua vida.
Espaço	É a necessidade do indivíduo de delimitar-se no ambiente físico, ou seja, expandir-se ou retrair-se com o objetivo de preservar a individualidade e a privacidade.
Criatividade	É a necessidade do indivíduo de ter ideias e produzir novas coisas, novas formas de agir, com o objetivo de alcançar satisfação pessoal e sentir-se produtivo e capaz.
Garantia de acesso e tecnologia	É a necessidade do indivíduo, família ou coletividade de ter acesso a bens e serviços que melhoram ou prolongam a vida.
<b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b>	
Religiosidade e espiritualidade	É a necessidade dos seres humanos de estabelecer relacionamento dinâmico com um ser ou entidade superior, com o objetivo de sentir bem-estar espiritual e de ter crenças relativas a um sentido da importância da vida.

**Fonte:** GARCIA; CUBAS, 2012

Para que a Enfermagem possa atuar de forma sistematizada e eficiente na prestação do cuidado, faz-se necessário desenvolver seu trabalho utilizando o PE. Horta (1979) define o PE como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que busca amparar o ser humano na resolução de suas necessidades. Segundo a mesma autora, este processo é constituído por seis fases, distribuídas da seguinte forma: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

Para Alfaro-Lefreve (2010), o PE é constituído por cinco etapas, sendo estas atualmente aceitas e praticadas. A primeira etapa, chamada de levantamento de dados ou coleta de dados, caracteriza-se pela investigação das informações sobre a situação de saúde do cliente; a segunda conhecida como diagnóstico de enfermagem, representa a identificação de problemas, na qual se analisa as informações, buscando identificar agravos reais ou potenciais à saúde, os quais serão a base do plano de cuidado; a terceira é a etapa de planejamento, esta é composta por quatro passos fundamentais: determinação de prioridades imediatas,



estabelecimento de resultados esperados, determinação das intervenções e registro ou individualização do plano de cuidados; a quarta etapa é a implementação, onde se coloca em prática o plano de cuidados desenvolvido; e pôr fim a quinta etapa, denominada de avaliação, onde irá observar se o cliente atingiu os resultados esperados, mudando assim sua situação de saúde ou sua capacidade funcional.

A implantação do PE, segundo estabelece a Resolução COFEN nº 358/2009, constitui em uma exigência para todos os estabelecimentos prestadores de cuidados seja de caráter público ou privado no Brasil (COFEN, 2009), sendo também uma orientação da Lei nº 7.948/1986, que trata sobre o exercício profissional da Enfermagem (BARSIL, 1986). Além disso, sua implantação representa uma técnica de organização da assistência empreendida pela Enfermagem, atendendo aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2009).

No contexto do cuidar, o PE é compreendido como uma ferramenta para Sistematizar a Assistência da Enfermagem. A SAE representa um instrumento primordial no planejamento e execução das ações de cuidado em saúde pela equipe de enfermagem. Pois, possibilita aplicar o conhecimento e a competência de forma organizada e orientada, além de: oportunizar a interação do enfermeiro com os demais especialistas; promover um cuidado amplo e de qualidade para o cliente; representar um importante avanço para o alcance da autonomia profissional e reitera a ideia de que a prática da Enfermagem não é baseada apenas nas prescrições médicas (SPARKS; TAYLOR, 2007).

Segundo Cianciarullo (2007), a SAE é uma metodologia usada para estruturar o cuidado e ordenar as condições necessárias para sua execução, iniciando a partir de uma apreciação do enfermeiro sobre quais são as necessidades do cliente que está ao alcance do seu cuidado profissional.

Neste contexto, a Consulta de Enfermagem - CE, considerada um período de encontro entre o cliente e o profissional de saúde, que direcionado por uma escuta qualificada, poderá discernir uma série de circunstâncias que compõe a vida das pessoas e que se caracterizam em determinantes de saúde e doença. Constitui-se em uma ferramenta indispensável para o alcance da SAE, pois é o momento onde irá se aplicar a primeira fase do PE (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

A consulta de enfermagem é considerada uma atuação autônoma e particular do enfermeiro, baseada em metodologia científica, reconhecida como processo de enfermagem quando realizada em instituições prestadoras de serviços de saúde, ambulatórios, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outras (COFEN, 2009).

A regulamentação da CE, em âmbito nacional, deu-se através da Lei nº 7.498/86 e pelo decreto nº 94.406/87, que, no seu artigo 11º, legitima e determina como uma modalidade da prestação de assistência direta ao cliente e atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 1986; COFEN, 1987). A Resolução do COFEN nº 159/93, revogada pela resolução COFEN nº 544/2017, torna a CE obrigatória para a aplicação da assistência de enfermagem nos diversos níveis de assistência à saúde, seja esta em instituição pública ou privada (COFEN, 2017).

Nestes termos, a CE pode ser uma ferramenta de grande importância na aquisição de informações sobre a condição de vida dos idosos com algum tipo de declínio cognitivo vivendo nas ILPIs. Permitindo promover aos idosos uma sistematização do cuidado que atendam às suas necessidades.

### 2.3 Evidências científicas sobre os cuidados aos idosos institucionalizados com demência

Uma revisão integrativa foi conduzida com o objetivo de identificar evidências científicas sobre a prestação de cuidados aos idosos institucionalizados com demência.

Após as buscas sistemáticas em quatro bases de dados e a utilização dos limites e critérios de inclusão, foram selecionados sete artigos científicos, melhor detalhados na tabela 1, a seguir.

**Tabela 1-** Metadados dos artigos selecionados: autores; ano, periódico e país de publicação. João Pessoa, PB, 2018.

N	Autores	Ano	Periódico	País
1	BERG, A. <i>et al.</i>	2010	<i>BMC Geriatrics</i>	Alemanha
2	JESUS, I. S, de <i>et al.</i>	2010	Revista gaúcha de Enfermagem	Brasil
3	CHANG, Fang-Yu <i>et al.</i>	2010	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Taiwan
4	HUEI- CHUAN, S. <i>et al.</i>	2010	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Taiwan
5	VAN de VEM, G. <i>et al.</i>	2012	<i>BMC Geriatrics</i>	Holanda
6	PALM, R. <i>et al.</i>	2013	<i>BMC Geriatrics</i>	Alemanha
7	KONTOS, P. <i>et al.</i>	2016	<i>Author Manuscript</i>	Canadá

De acordo com os estudos selecionados, observa-se que os mais antigos 57% (n = 4) são do ano de 2010, sendo este, também, o ano de maior publicação entre os artigos selecionados, e o estudo mais recente 14% (n = 1) foi publicado no ano de 2016. A maioria das pesquisas é proveniente da Europa, dos quais, 29% (n = 2) são da Alemanha e 14% (n = 1) da Holanda e as demais estão assim dividida: 14% (n = 1) da América do Norte, 29% (n = 2) Tailandeses e 14% (n = 1) do Brasil.

Na Tabela 2, segue apresentada a caracterização dos participantes dos estudos selecionados para a revisão, incluindo-se, também, informações sobre os métodos utilizados para cada pesquisa.

**Tabela 2-** Dados dos artigos selecionados: o método e a amostra dos participantes. João Pessoa, PB, 2018

N	População	Método
1	Ensaio controlado randomizado	Idosos residentes em 20 casas de repouso na Saxônia
2	Estudo exploratório descritivo	9 idosos com demência residentes em ILPI em Jequié
3	Desenho quase experimental	41 idosos institucionalizados com demência
4	Quase-experimental pré-teste e pós-teste	52 idosos residentes em uma instituição
5	Ensaio clínico randomizado	Idosos residentes em Unidades de Cuidados Especiais para em Demência; Cuidadores formais
6	Estudo longitudinal descritivo observacional	Cuidadores das Casas de repouso
7	Método misto	23 idosos residentes no lar de idosos

De acordo com a avaliação da qualidade dos artigos selecionados realizada pelo instrumento *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), identificaram-se os seguintes tipos de pesquisa: 43% (n = 3) utilizaram o método Quantitativo não randomizado; 14% (n = 1) o Método Misto; 29% (n = 2) o método Quantitativo randomizado controlado (ensaios) e 14% (n = 1) o método Qualitativo.

Observa-se, nos estudos selecionados a partir da avaliação feita sobre a ótica do MMAT, uma preocupação dos pesquisadores em construir percursos metodológicos que possibilitassem atingir resultados representativos da realidade estudada; todavia, alguns estudos não apresentaram os cálculos amostrais necessários para se obter um número representativo, quantitativamente.

No que diz respeito à população dos estudos selecionados, observou-se que a mesma foi constituída por idosos com demência; idosos e seus cuidadores formais e apenas pelos cuidadores formais. Este último trouxe como proposta de estudo a aplicação de um questionário aos cuidadores das instituições, para o levantamento de diversos indicadores, entre eles os cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

No Quadro 4, estão identificadas as intervenções aplicadas no cuidado ao idoso institucionalizado com demência.

**Quadro 4:** Dados sobre as intervenções utilizadas nos estudos sobre os cuidados aos idosos institucionalizados com demência

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia de reminiscência estruturada</li> <li>- Snoezelen</li> <li>- Uso de calendário</li> <li>-Contação de histórias (fábulas)</li> <li>- Resgate de suas histórias de vida</li> <li>- Bingo</li> <li>- Realização de alongamento e exercícios</li> </ul> |
|--|

- Incentivo ao autocuidado
- Comunicação não verbal (gestos e linguagem corporal)
- Musicoterapia durante o almoço
- Música preferida
- Cuidado Centrado na Pessoa (CCP)
- Mapeamento de Cuidados em Demência (MCD)
- Avaliação comportamental e cognitiva
- Terapia de validação
- Terapia de reminiscência
- Estimulação multissensorial
- Atividade Física
- Palhaços idosos usando as seguintes intervenções:
  - improvisação
  - humor
  - empatia
  - músicas
  - instrumentos musicais
  - dança

**Fonte:** dados da pesquisa, 2018

Observa-se, na descrição das intervenções para a assistência ao idoso com demência apresentadas no quadro 4, que estas perpassam o escopo do cuidado biológico, e evidenciam um cuidado voltado a atender as necessidades psicológicas e comportamentais, muitas vezes presentes no processo evolutivo da demência.

As síndromes demenciais constituem um conjunto de sinais e sintomas, onde ocorre declínio cognitivo progressivo ou modificações comportamentais de caráter neuropsiquiátrico, promovendo ao idoso a perda evolutiva da sua capacidade cognitiva e motora, com comprometimento da sua independência para o desenvolvimento das atividades de vida diária. Este fato torna o idoso progressivamente dependente de ações de cuidados (WHO, 2017; WHO, 2012).

Neste sentido, estudos revelam a possibilidade de diminuição da taxa de degradação dos aspectos cognitivos, através de programas de estimulação cognitiva, pois, mesmo com o envelhecimento, ainda existe a plasticidade cerebral, que se refere à capacidade que o cérebro possui de remodelar e remapear suas conexões, a partir da reação à experiências,

aprendizados e aos danos; demonstrando com isso que influências do meio externo podem provocar modificações no SNC, promovendo assim, seu desenvolvimento constante (ROTA; BRIDI FILHO; BRIDI, 2016).

A partir deste pressuposto, as intervenções não farmacológicas ganham grande importância, pois podem trazer benefícios positivos quando associadas ao tratamento medicamentoso, porém são pouco conhecidas, praticadas e disseminadas (SILVA; SOUZA, 2018). No quadro 4, estão identificados alguns desses cuidados de caráter não farmacológico, que promovem estimulação cognitiva e podem ser aplicados pela equipe de enfermagem nos ambientes que prestam cuidados ao idoso com algum grau de declínio cognitivo.

Um estudo realizado com idosos atendidos em um Programa da Universidade Federal Fluminense, no Rio de Janeiro, evidenciou que a prática de atividades como a terapia de orientação à realidade, através do uso de calendários, jornais, vídeos, fotografias de familiares e reminiscência, onde são utilizadas experiências vividas pelos idosos no passado, provocaram um aumento significativo no score do Mini Exame do Estado mental - MEEM dos idosos que participaram do estudo. Concluindo, entretanto, haver um grande benefício na introdução de atividades de estimulação cognitiva no tratamento de idosos com Doença de Alzheimer, que é o tipo de demência mais recorrente entre os idosos (CRUZ et al., 2015<sup>a</sup>).

Um outro modelo de cuidado bastante difundido no cenário internacional, e que vem demonstrando bastante eficácia, pela característica de oferecer um cuidado personalíssimo, voltado a atender as necessidades psicológicas e comportamentais dos idosos com demência, é o Mapeamento do Cuidado em Demência - MDC. Esta é uma intervenção multicompetente desenvolvida pelo *Dementia Research Group* na Universidade de *Bradford*, no Reino Unido, baseada na teoria psicossocial da personalidade de *Kitwood* em demência, que postula um Cuidado Centrado na Pessoa - CPC, descrevendo que, muito do mal-estar vivenciado pelas pessoas com demência decorre de influências ambientais negativas, entre elas atitudes pessoais e práticas de cuidado (KITWOOD, 1997).

Esta prática de cuidar destaca a importância do cuidado individualizado, devendo este ser baseado na história de vida da pessoa com demência, nas suas necessidades e preferências, ultrapassando desta forma, os domínios do cuidado físico e mental. Propondo aos cuidadores formais observar como acontece a interação desses idosos com demência e o mundo em que estão inseridos, buscando com isso, identificar estímulos que desencadeiam a agitação, a agressão ou qualquer outro mal estar (STEIN-PARBURY et al., 2012).

Outras intervenções de cuidado ao idoso com demência já praticadas são a terapia de validação, a terapia de reminiscência, a estimulação multissensorial (*Snoezelen*) e a atividade

física. Estas ferramentas do cuidado compõe o conjunto de técnicas comportamentais, que busca promover a mudança do comportamento não funcional do paciente (CHARIGLIONE; JANCZURA, 2013).

A estimulação multissensorial consiste na entrada de informações para o cérebro através de sensores visuais, auditivos, olfativos, gustativos e somestésicos, podendo constituir um meio para a construção de novas sinapses e restituição de funções cognitivas e sensoriomotoras, devido à capacidade do cérebro de aprender através de estímulos provenientes do meio (PALM et al., 2013).

Neste contexto, o *snoezelen* que é uma prática de estimulação sensorial, caracteriza-se pela adaptação de um local fechado ou ao ar livre, com equipamentos que permitam vários estímulos para os sentidos e que, também, possam proporcionar relaxamento. Na geriatria, o *snoezelen* é utilizado para auxiliar no tratamento de idosos com demência, visando a reduzir os sintomas psicológicos e comportamentais decorrentes da patologia (MARTINS; RODRIGUEZ; MEDEIROS, 2017).

A Técnica de Reminiscência - TR, outra intervenção utilizada no cuidado ao idoso com demência, constitui-se na lembrança do passado; é realizada por meio de contação de histórias, que não deverão sofrer correções por parte de quem as escuta, assim como também a utilização de materiais antigos como jornais, fotografias músicas, ou outros recursos, que permitam o idoso recordar memórias antigas. Resultados evidenciados na literatura indicam uma potencial eficácia da aplicação da TR em domínios como cognição, qualidade de vida e depressão em idosos com declínio cognitivo (GIL et al., 2017).

Ainda no contexto da utilização de intervenções comportamentais para o cuidado ao idoso com demência, a técnica de validação é uma abordagem terapêutica comumente utilizada em pacientes com DA, que busca oferecer ao paciente a oportunidade de resolver conflitos do passado, a partir do encorajamento e validação da expressão do sentimento, proporcionando também uma atitude de respeito ao idoso, em que o cuidador deverá aceitar a realidade proposta pelo idoso, e não tentar trazê-lo de volta à realidade (ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL, 2017).

As técnicas comportamentais usadas no tratamento de demências trabalham as disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, buscando ativar as funções cerebrais ainda preservadas e permitir que estas funções, compensem as comprometidas. Desta forma, visa a proporcionar ao idoso, um nível satisfatório da função cerebral, auxiliando-o na realização de tarefas de vida diária, convívio social, manutenção da autoestima, bem-estar e qualidade de vida (SILVA; SOUZA, 2018).

A aplicação de atividades físicas em idosos com declínio cognitivo também é apontada como intervenção benéfica de cuidado, apresentando resultados positivos para o controle de sintomas como depressão. Seu benefício foi também reconhecido na melhora de sintomas afetivos e neuropsiquiátricos apresentados por idosos com diagnóstico de DA. Outro ponto observado como benéfico na aplicação da atividade física é a diminuição da sobrecarga do cuidador, devido à melhora dos sintomas comportamentais e psicológicos dos idosos (NASCIMENTO et al., 2012).

A musicoterapia também aparece como uma ferramenta capaz de oferecer aos indivíduos diversos benefícios como proporcionar conforto, estimular a memória, oferecer entretenimento, auxiliar na criatividade, promover o desenvolvimento motor e cognitivo, além de motivar a expressão de sentimentos e estimular o indivíduo a refletir sobre sua história de vida; neste contexto, este recurso terapêutico torna-se bastante eficaz no tratamento de idosos com declínio cognitivo, pois irá promover a estimulação da sua cognição, como já citado (OLIVEIRA et al., 2012).

Outro estudo realizado também com idosos institucionalizados portadores de demência identificou o benefício do uso da música a partir de quatro eixos de análise: resgate de memórias das experiências vividas, sentimentos proporcionados pela música, a música e as reações corporais e a sua influência na dor. Em todos os eixos, perceberam-se aspectos positivos provocados pela música, traduzidos por muitos como sensações agradáveis (ALBUQUERQUE et al., 2012).

Outra abordagem terapêutica utilizada no cuidado a idosos com demência foi o uso de palhaços idosos, que acontece pela visita realizada por pessoas mais velhas vestidas com roupas de época, usando nariz vermelho, com o mínimo de maquiagem, praticando com os idosos ações lúdicas com o uso de músicas, dança, instrumentos musicais, improvisações e humor, mostrando-se segundo resultados apresentados pelo próprio estudo, a redução dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência, principalmente nos portadores da DA (KONTOS et al., 2016).

A SAE é considerada uma importante ferramenta do cuidado, permitindo ao enfermeiro o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das intervenções terapêuticas aplicadas pela equipe de enfermagem ao indivíduo receptor do cuidado, assegurando ao mesmo qualidade nas intervenções aplicadas e uma assistência individualizada, que culminará em um cuidado efetivo ao indivíduo (COFEN, 2009).

Contudo, ainda não se observa nas ILPIs a aplicação efetiva da sistematização do cuidado a essa clientela. Um estudo realizado por estudantes de enfermagem da Bahia

conseguiu testar e sistematizar um modelo básico de cuidados de enfermagem baseado nos diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional, aplicável aos idosos institucionalizados com afecção demencial ou diagnóstico médico de demência estabelecido. Observou-se, neste estudo, que as ações cuidativas são mais eficazes aos idosos quando realizadas de modo sistematizado e incorporadas à rotina da instituição, possibilitando-lhes mais segurança nos estágios mais avançados do processo demencial (JESUS et al., 2010).

As intervenções elencadas no referido estudo seguiram quatro categorias, que foram identificadas como: comportamento motor; cognição e memória; comunicação e socialização; e outros problemas físicos de saúde. Destacaram-se as seguintes intervenções elencadas: uso de calendários, contação de histórias (fábulas), resgate de suas histórias de vida, bingo, realização de alongamento e exercícios, incentivo ao auto cuidado e estimulação da comunicação não verbal (gestos e linguagem corporal) (JESUS et al., 2010).

É importante destacar, ainda, que, para a elaboração destas intervenções, a coleta de dados não foi realizada por meio de um instrumento específico para avaliação das necessidades da pessoa idosa com demência, o que pode significar uma fragilidade no planejamento do cuidado, pois a existência de um instrumento próprio para a aquisição de informações específicas sobre o quadro demencial, favoreceria a um direcionamento na obtenção de informações.

Através da análise e discussão dos estudos, encontraram-se resultados relevantes para o cuidado ao idoso institucionalizado com demência, contudo identificou-se uma fragilidade em produções científicas sobre trabalhos que abordassem o cuidado de enfermagem a estes idosos. Neste contexto, observa-se a ausência de uma sistematização desse cuidado, o que poderá acarretar em um não atendimento das necessidades individuais apresentadas, e devido a isto, uma não qualidade de vida a estes idosos.



### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico com a finalidade de construir um instrumento para a coleta de dados da consulta de enfermagem voltado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo fundamentado na Teoria de Wanda Horta, para aplicação da primeira etapa do Processo de Enfermagem. A pesquisa metodológica costuma envolver métodos complexos e sofisticados de estudos para à obtenção, organização, análise de dados e condução de pesquisas rigorosas, visando à elaboração, validação e avaliação de instrumentos que permitam a busca por novos significados e interpretações (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos de validação permitem verificar com precisão se os instrumentos ou inferências que estão sendo desenvolvidos são capazes de atender ao que supostamente eles se propõem, avaliando-se, assim, o propósito que levou a sua elaboração e uso (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de um instrumento é considerada alcançada quando sua elaboração e aplicabilidade permitem mensurar de forma fidedigna o que se propõe medir. Desta forma, para validação de instrumento de forma precisa, são utilizadas algumas técnicas como validação de conteúdo, validação de aparência, validação de critério, entre outros (PASQUALI, 2009).

A validação de conteúdo consiste na delimitação da representabilidade e dimensão com que cada elemento da medida, adequadamente, corrobora o domínio de interesse e a extensão de cada item dentro daquilo que se propõe a medir de um determinado evento investigado, baseado na avaliação de especialistas em uma área específica (PASQUALI, 2013).

Realizar a validação da aparência consiste em apreciar se o objeto que se dispõe desenvolver possui clareza nas informações, se a forma como está apresentado é adequada, se é de fácil leitura e interpretação e se os itens que o compõe apresenta representatividade (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Para o referido estudo, foi realizada a validação de indicadores de necessidades humanas básicas de idosos institucionalizados com declínio cognitivo, do conteúdo e aparência de um instrumento de coleta de dados por juízes especialistas na área da temática proposta.

### 3.2 Etapas da pesquisa

#### 3.2.1 Cuidados de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado com Demência

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, a qual consiste em um método de estudo que permite sintetizar o conhecimento por meio da análise de pesquisas relevantes, constituindo-se em um instrumento de Prática Baseada em Evidências, capaz de manter os profissionais atualizados, proporcionando suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008)

Na elaboração da presente revisão, foram utilizadas as seis etapas do processo de produção da revisão integrativa: 1) elaboração de pergunta norteadora “**Quais são as intervenções de enfermagem praticadas no cuidado ao idoso institucionalizado com demência?**”, 2) busca na literatura dos estudos primários, 3) extração dos dados, 4) avaliação dos estudos primários, 5) análise e síntese dos resultados e 6) apresentação do produto final.

Para elaboração da questão norteadora, foi utilizada a estratégia PICo (Schardt *et al.*, 2007), e, a partir de cada item da estratégia PICo, foram encontrados Descritores em Ciências da Saúde - DECS e Mesh (*Medical Subject Headings*) para compor a estratégia de busca. O item C da estratégia PICo não foi usado, visto que este estudo não se restringiu a incluir ensaios clínicos com grupo comparação. Deste modo, consideramos o contexto (Co) do estudo. A lista de descritores utilizados estão apresentadas no Quadro 5, na sequência:

**Quadro 5-** Elementos da estratégia PICo e seus descritores do *Medical Subject Headings* e dos Descritores em Ciências da Saúde para a busca e seleção dos estudos sobre intervenções de enfermagem utilizadas no cuidado aos idosos institucionalizados com demência

Componente	Definição	Descritores Mesh	Descritores Decs
<b>P:</b> População de interesse	Idosos institucionalizado	<i>Idoso</i> <i>Aged</i> <i>Agìng</i>	Idoso
<b>I:</b> Intervenção	Intervenções de Enfermagem	<i>Nursing care</i>	Cuidados de enfermagem Assistência de enfermagem Consulta de Enfermagem
<b>CO:</b> Contexto	Demência Instituição de Longa Permanência para Idosos	<i>Dementia</i> <i>Alzheimer´s Disease</i> <i>Nursing homes</i> <i>Home for the aged</i>	Demência Instituição de Longa Permanência para Idosos

Fonte: dados da pesquisa, 2018

Uma vez escolhidos os descritores, foram, então, combinados por meio dos operadores booleanos *OR* e *AND* para realização das buscas nas bases de dados da pesquisa, conforme demonstrado no Quadro 6:

**Quadro 6-** Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados/biblioteca virtual para a seleção dos estudos sobre intervenções de enfermagem utilizadas no cuidado aos idosos institucionalizados com demência

Base de dados Biblioteca <i>on-line</i>	Estratégias de busca
LILACS (via Biblioteca Virtual de Saúde - BVS)	instituição de longa permanência para idosos)) OR (tw:(idoso)) AND (tw:(cuidados de enfermagem)) OR (tw:(assistência de enfermagem)) AND (tw:(demência)) AND (instance:"regional") AND ( fulltext:"1") AND db:("MEDLINE" OR "LILACS") AND mj:("Demência" OR "Doença de Alzheimer" OR "Enfermagem Geriátrica" OR "Instituição de Longa Permanência para Idosos") AND limit:("aged") AND la:("en" OR "pt" OR "es") Filtros: idioma (inglês, português e espanhol); ano de publicação (2009 a 2018) e tipo de documento (artigo); artigos disponível;
MEDLINE/PUBMED	((((aged) OR aging) AND "nursing care") AND dementia) OR "alzheimer disease") AND "nursing homes") OR "home for the aged" Filtros: idioma (inglês, português e espanhol); ano de publicação (2009 a 2018) e tipo de documento (artigo); <i>FREE FULL TEXT</i>
CINAHL (via Ebsco Host)	Instituição de longa permanência para idosos OR idoso AND cuidados de enfermagem OR assistência de enfermagem OR consulta de enfermagem AND demência Filtros: idioma (inglês, português e espanhol); ano de publicação (2009 a 2018); tipo de documento (artigo); texto completo; <i>aged: 65+ years</i>
SCOPUS	<i>(TITLE-ABS-KEY ( aged ) OR TITLE-ABS-KEY ( aging ) AND TITLE-ABS-KEY ( nursing AND care ) AND TITLE-ABS-KEY ( dementia ) OR TITLE-ABS-KEY ( alzheimer AND disease ) AND TITLE-ABS-KEY ( nursing AND homes ) OR TITLE-ABS-KEY ( home AND for AND the AND aged ) ) AND ( LIMIT-TO ( ACCESSTYPE(OA) ) ) AND ( LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2018 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2017 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2016 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2015 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2014 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2013 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2012 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2011 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2010 ) OR LIMIT-TO ( PUBYEAR , 2009 ) ) AND ( LIMIT-TO ( SUBJAREA , "MEDI" ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "NURS" ) OR LIMIT-TO ( SUBJAREA , "PSYC" ) )</i>

**Fonte:** dados da pesquisa, 2018

Os critérios de inclusão para este estudo consistiram em artigos: 1) que apresentassem texto completo disponível nos idiomas inglês, português ou espanhol; 2) que descrevessem qualquer intervenção de enfermagem ou outra prática de cuidado multiprofissional ao idoso com demência; 3) publicados em novembro de 2009 à abril de 2018. Este período foi escolhido levando em conta a promulgação da Resolução 358/2009 do COFEN, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Optou-se pela exclusão dos artigos de revisão; artigos que não corresponderam ao objetivo do estudo; guias médicos; resenhas; comentários; relatórios técnicos e científicos; documentos ministeriais; informativos governamentais; dissertações; teses ou monografias; editoriais e cartas ao editor.

Constituíram as bases de dados acessadas a *Liberature of Latin American and the Caribbean* - LILACS, por meio da Biblioteca Virtual de saúde - BVS; a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* - CINAHL, a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* - MEDLINE por meio do PUBMED e a SCOPUS. Essa fase de busca foi realizada durante os meses de março a maio de 2018.

Os resultados da busca na literatura foram adicionados e administrados por meio de um *software* de gerenciamento de referências gratuito (*Mendeley-Desktop* versão 1.17.7). O uso desse tipo de ferramenta diminui a chance de erros na catalogação dos estudos encontrados.

A seleção dos estudos deu-se por meio de três etapas: 1) uma triagem inicial a partir da leitura apenas do título; 2) uma segunda triagem a partir da leitura do resumo; 3) finalmente uma terceira triagem a partir da leitura do texto completo.

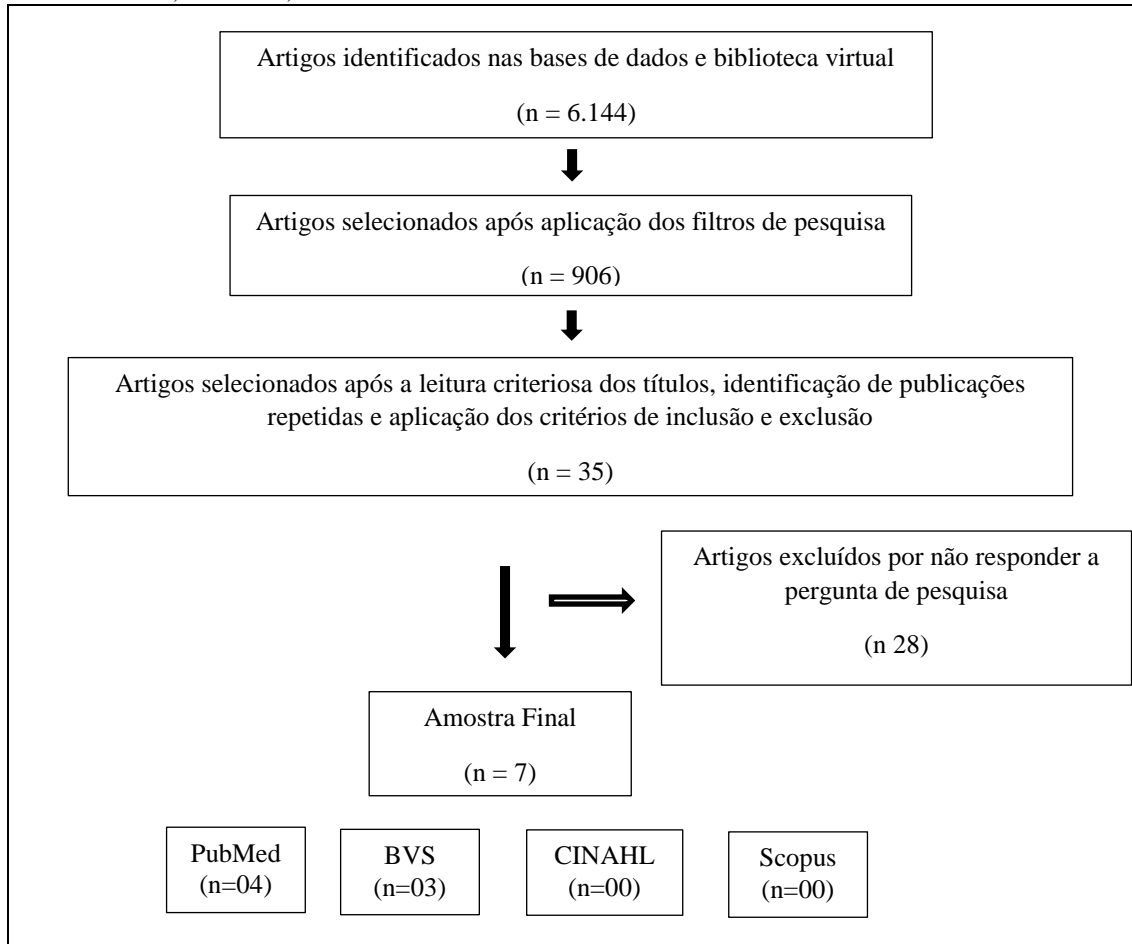
Para a análise da qualidade dos artigos, utilizou-se o instrumento *Mixed Methods Appraisal Tool*, que consiste em uma lista de verificação desenvolvida para fornecer uma ferramenta de avaliação de qualidade para estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos incluídos em revisões sistemáticas mistas (PLUYE; HONG, 2014). Os critérios do MMAT foram desenvolvidos a partir da análise dos itens de avaliação de qualidade dos estudos revisados de 17 revisões sistemáticas mistas na área da saúde. O MMAT é voltado para o contexto da saúde pública, particularmente para as questões relacionadas com intervenções complexas, sendo, portanto, importante a sua utilização para a avaliação dos estudos selecionados sobre as intervenções de cuidados ao idoso com demência (PLUYE et al., 2009).

Os dados foram extraídos de forma a preservar o contexto dos achados, conforme estudo que abordou técnicas para extrair achados em estudos de síntese de pesquisas de métodos mistos (SANDELOWSKI et al., 2013). Esse processo de extração dos dados ocorreu utilizando-se dois instrumentos; o primeiro continha os metadados do artigo: revista de publicação (periódico), autores, ano de publicação e país do estudo e, o segundo instrumento foi formado pelas variáveis de interesse do estudo: tipo de estudo, amostra/população, intervenção.

Na busca realizada nos bancos de dados e biblioteca virtual, pelo cruzamento dos descritores demonstrados no Quadro 6, foram identificados 6.763 publicações; neste montante, foram aplicados os filtros de pesquisa, reduzindo-se, assim, o número de artigos para 906. Após a leitura criteriosa dos títulos, identificação de publicações repetidas e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 871, ficando uma amostra de

35 artigos para leitura na íntegra, resultando, como amostra final para a realização da revisão, sete publicações, como demonstrado no fluxograma a seguir.

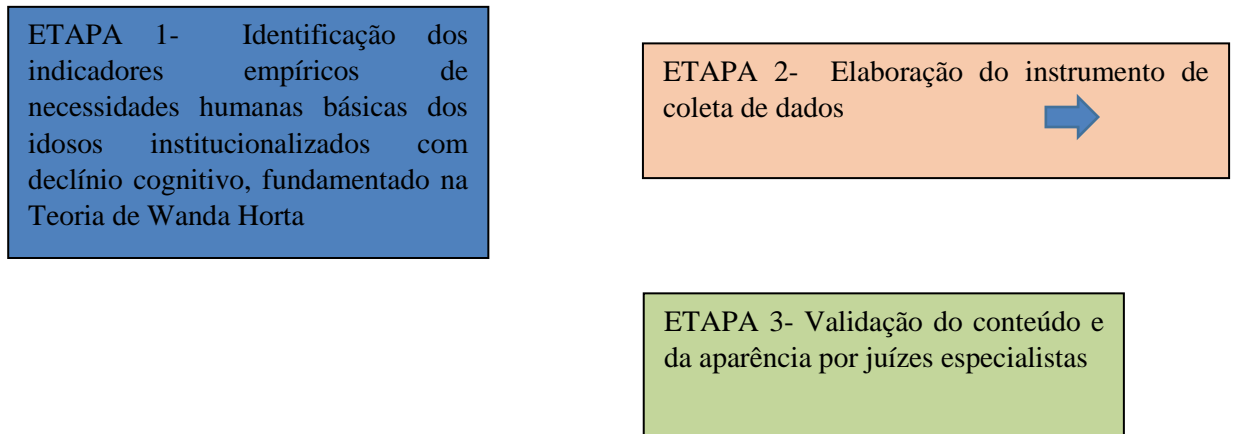
**Figura 3-** Fluxograma explicativo de estratégia de busca e seleção dos estudos sobre intervenções de enfermagem utilizadas no cuidado aos idosos institucionalizados com demência nas Bases de Dados, MEDLINE via PUBMED, CINAHL, SCOPUS e biblioteca virtual BVS



**Fonte:** dados da pesquisa, 2018

3.2.2 Construção e validação de conteúdo de um instrumento para a coleta de dados da consulta de enfermagem voltado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo

A pesquisa foi conduzida em três etapas, como demonstrado no fluxograma a seguir:

**Figura 4-** Fluxograma Etapas da Pesquisa

Fonte: dados da pesquisa, 2019

### **Etapa 1 – Identificação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, fundamentado na Teoria de Wanda Horta**

Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, para fundamentar o conhecimento necessário ao reconhecimento das necessidades humanas básicas que os idosos institucionalizados com declínio cognitivo poderiam apresentar. A busca teórico-científica aconteceu por meio de pesquisas em materiais científicos produzidos e publicados, utilizando-se os seguintes descritores: teoria de enfermagem; consulta de enfermagem; processo de enfermagem.

Em seguida, foi realizada uma pesquisa com métodos mistos do tipo sequencial explanatório. O método misto de pesquisa é composto por uma combinação das abordagens qualitativas e quantitativas em uma única pesquisa. Esse método tem como objetivo auxiliar os pesquisadores a responderem as questões de investigação ou testar suas hipóteses, podendo essas estratégias ser implantadas de forma sequencial ou concomitante. No design sequencial explanatório, os dados quantitativos são coletados inicialmente e, após sua análise, são coletados os dados qualitativos (TASHAKKORI; TEDDLIE, 2003; MORSE, 2003; CRESWEL; PLANO CLARK, 2011).

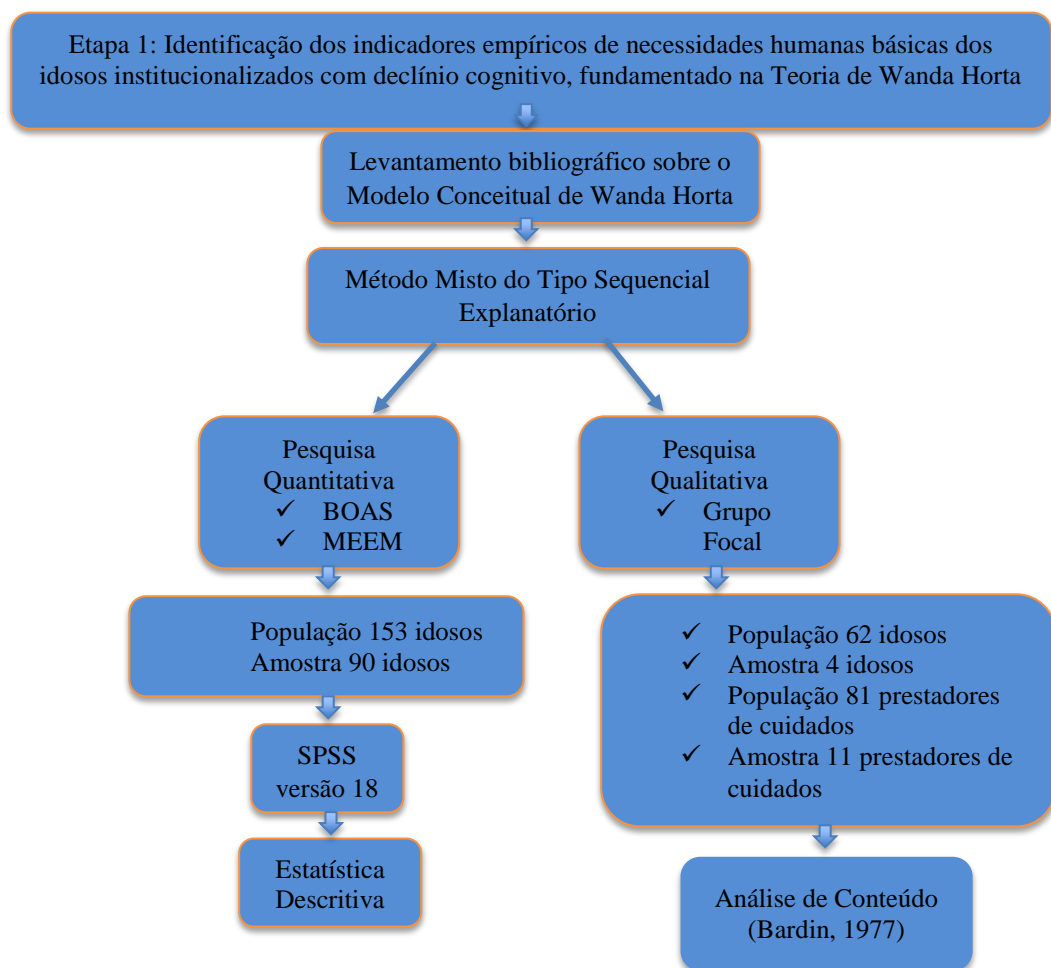
Os dados quantitativos foram coletados por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental e do Brazil Old Age Schedule - BOAS. A aplicação do MEEM serviu para rastrear os idosos institucionalizados que apresentaram no momento da pesquisa algum declínio cognitivo, sendo estes, os idosos que foram convidados a participar da etapa

qualitativa do estudo. Os indicadores empíricos das necessidades humanas básicas foram identificados por meio de grupos focais, realizados com idosos com declínio cognitivo e seus cuidadores formais, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

O grupo focal configura-se em um tipo de entrevista com grupos, tomando como referência a comunicação e a interação, buscando reunir dados que permitam compreender a percepção, crenças, sentimentos e atitude dos participantes, sobre uma temática selecionada pelo pesquisador (KITZINGER, 2000). Em relação ao número de participantes, Pizzol (2004) refere que o número ideal é aquele que permite a participação de todos. Sendo encontrado na literatura uma variação de seis a 15 pessoas (TRAD, 2009).

Para sintetizar esta etapa, foi construído um fluxograma, como demonstra a Figura 5.

**Figura 5:** Fluxograma da Etapa 1



**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

## **Etapa 2 – Elaboração do instrumento de coleta de dados**

Após o reconhecimento dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo na etapa anterior, a etapa 1, foi elaborada a versão 1 do instrumento de coleta de dados. Para auxiliar na estruturação do instrumento de coleta de dados, além dos indicadores empíricos identificados na etapa 1, foram utilizados modelos de instrumentos de consulta de enfermagem previamente publicados na literatura científica.

A busca dos modelos de instrumentos foi realizada utilizando-se as seguintes fontes de dados: artigos publicados em periódicos, catálogos de enfermagem, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias e trabalhos de conclusão de curso. Os descritores utilizados foram: consulta de enfermagem; coleta de dados; métodos de coleta de dados. E as palavras-chave: histórico de enfermagem; instrumento de enfermagem.

## **Etapa 3- Validação do conteúdo e da aparência por juízes especialistas**

Nesta etapa, os juízes especialistas, compostos por enfermeiras com experiência na prática assistencial e/ou na docência, sobre a temática neste estudo abordada, realizaram a validação dos indicadores empíricos de NHB dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, do conteúdo e da aparência do instrumento versão 1 desenvolvido por meio das duas etapas anteriores.

### **3.3 Cenário da pesquisa**

O cenário do estudo envolveu duas ILPIs, a Vila Vicentina Júlia Freire e o Lar da Providência, ambas localizadas no município de João Pessoa-PB. As instituições acima citadas assinaram o termo de anuência permitindo a realização do referido estudo (**ANEXOS A e B**).

A Vila Vicentina é uma ILPI sem fins lucrativos, que funciona na Rua Etelvina Macedo de Mendonça, nº 327, no bairro da Torre, João Pessoa-PB. Foi fundada em 1944 pela Sociedade São Vicente de Paulo (Vicentino), ordem religiosa católica. Atualmente, presta serviço a 64 idosos, distribuídos da seguinte forma: 31 idosos do sexo masculino e 33 idosas do sexo feminino. No que diz respeito ao quantitativo de profissionais que prestam cuidados direto a estes idosos, têm-se quatro técnicos de enfermagem, 10 cuidadores formais e uma enfermeira.

O Lar da Providência, a outra ILPI integrante do estudo, fica localizada na avenida Santa Catarina, nº 5, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB. Fornece seus serviços de cuidados



aos idosos institucionalizados há mais de 107 anos. Possui 89 idosos institucionalizados, sendo 17 homens e 72 mulheres. Quanto ao quadro de funcionários a instituição possui um quantitativo de 111 prestadores de serviços, sendo: oito integrantes da administração, 24 técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, 40 cuidadores formais e 27 funcionários na higienização.

As referidas ILPIs fornecem cuidados assistenciais aos idosos que se encontram em situação de institucionalização. De acordo com o tipo de modalidade descrito pela ANVISA, ambas estão inseridas nas modalidades I, II e III (ANVISA, 2005).

### **3.4 Participantes do estudo**

#### **População da Etapa 1**

Para a abordagem quantitativa da pesquisa, onde foram aplicados o MEEM e o BOAS, a população foi representada pelos 153 idosos residentes nas ILPIs integrantes do estudo. Os critérios de inclusão definidos para a seleção desses participantes foram: indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, considerados idosos pelo Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e que estavam em processo de institucionalização nas ILPIs participantes. O critério de exclusão envolveu: idosos que não apresentaram condições cognitivas.

Para a abordagem qualitativa, onde foram conduzidos os grupos focais, constituíram a população 15 pessoas, distribuídas em três grupos. Um grupo foi constituído pelos idosos com declínio cognitivo, rastreados a partir do MEEM aplicado na etapa quantitativa, que utilizou para a identificação desses idosos os escores sugeridos por Brucki et al. (2003), que levam em consideração os diversos graus de instrução. Desta forma, foram incluídos nesta etapa os idosos analfabetos com pontuação abaixo de 17; idosos com escolaridade entre um e quatro anos que fizeram abaixo de 22 pontos; idosos que tinham entre cinco e oito anos de estudo com pontuação inferior a 24 e os idosos com nível de escolaridade igual ou acima de nove anos que alcançaram uma pontuação menor que 26 e que eram residentes nas ILPIs. Após a aplicação do MEEM, e relacionados os resultados obtidos com os pontos de corte para detectar declínio cognitivo, foram rastreados 62 idosos, destes, apenas sete aceitaram participar da etapa qualitativa, sendo, desta forma, excluídos os outros 55 idosos, por não aceitarem participar desta etapa.

Constituíram os outros dois grupos focais, os profissionais que atuam no cuidado a estes idosos institucionalizados com declínio cognitivo, sendo um grupo formado pelos profissionais da Vila Vicentina, e o outro grupo da ILPI Lar da Providência. Os critérios de inclusão utilizados foram: trabalhar na instituição, prestar cuidados direto ao idoso

institucionalizado com declínio cognitivo por no mínimo seis meses, ser enfermeiro, técnico de enfermagem ou cuidador formal.

### **População da etapa 3**

A seleção dos juízes ocorreu no mês de outubro de 2018. Foram considerados juízes especialistas os enfermeiros com especialização em área clínica relevante a temática discutida; ser mestre e/ou doutor em enfermagem ou em gerontologia; ter pesquisas publicadas sobre a temática do presente estudo; possuir experiência assistencial ao idoso com declínio cognitivo e demência de, no mínimo, um ano.

A tarefa dos juízes especialistas consistiu em dizer se o item avaliado referia-se adequadamente, ou não, ao traço em questão. O número mínimo de especialistas seguiu a recomendação de Bertonecello (2004) e Pasquali (2013), que sugerem um mínimo de seis juízes, devendo estes, como já referido no parágrafo anterior, ser peritos na área em questão.

A seleção dos especialistas se deu por busca na Plataforma Lattes do Currículo Lattes de pesquisadores, que se encontravam disponíveis no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ, assim como por consulta a grupo de enfermeiros que participam dos departamentos científicos de enfermagem gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem. Após análise de alguns currículos no Plataforma Lattes e manifestação de interesse dos enfermeiros convidados no grupo de departamentos científicos em enfermagem gerontológica, tivemos um número de 15 enfermeiras selecionadas, que receberam, em seus e-mails, carta convite para participação na pesquisa (**APÊNDICE A**).

Após aceite definitivo de participar da pesquisa, foi enviado aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (**APÊNDICE B**) e os Instrumentos para avaliação, os quais apresentavam em seus textos iniciais, uma explicação de como deveriam ser preenchidos os instrumento avaliativos (**APÊNDICE C e D**). Todavia, após terminado o prazo para entrega do material a ser analisado, obtivemos a resposta de oito juízes, sendo esta a quantidade que realizou a validação do instrumento de coleta de dados.

### **3.5 Aspectos éticos do estudo**

Este estudo está vinculado ao Projeto “Políticas, práticas e tecnologias inovadoras para o cuidado na atenção à saúde da pessoa idosa”, o qual já sofreu apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, do Centro de Ciências e Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB – Campus I, com aprovação de acordo com o Parecer N° 2.190.153 e registrado no

Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos - SISNEP e com CAAE: 67103917.6.0000.5188 (ANEXO C).

Foram levados em consideração os aspectos éticos preconizados pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras dispostas na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS e do Ministério da Saúde, que trata sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Por se proceder de uma pesquisa que envolve seres humanos, a mesma não apresentou risco prováveis, contudo, seus benefícios superam os riscos que por ventura pudessem aparecer, pois trata-se de uma pesquisa que buscou contribuir para melhorar a qualidade no cuidado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo. No decorrer da pesquisa, foram explicados os objetivos do estudo, a garantia do anonimato, o procedimento de coleta de dados, ficando a pesquisadora a disposição dos participantes do estudo para o esclarecimento de qualquer dúvida. Como comprovação para a participação da pesquisa, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio do Edital 27/2016.

### **3.6 Instrumentos e Procedimentos para coleta dos dados**

Para a realização desta pesquisa, foi aplicado um protocolo constituído por dois instrumentos, os quais buscam rastrear informações referentes ao declínio cognitivo e ao perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo. Segue, abaixo, discriminado cada instrumento constituinte do protocolo (ANEXO D).

- **Brazil Old Age Schedule - BOAS**

O BOAS é um questionário validado, composto por perguntas que permitiram traçar o perfil sociodemográfico dos idosos participantes da pesquisa. Este instrumento permite, também, investigar fatores multidimensionais no que diz respeito ao envelhecimento (VERAS; DUTRA, 2008).

- **Mini Exame do Estado Mental - MEEM**

O MEEM, desenvolvido por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), é um dos testes mais utilizados na prática clínica, permitindo avaliar a função cognitiva e rastreamento de quadros demências. É constituído por duas partes, uma busca avaliar a orientação, memória e a atenção, tendo uma pontuação máxima de 21 pontos, e a outra parte, aborda habilidades relacionadas a nomear e compreender, com pontuação máxima de nove pontos, totalizando um escore de 30 pontos. Este instrumento utilizado para rastreamento de declínio cognitivo

aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, além também de avaliar orientação temporal e espacial, atenção e cálculo, linguagem e afasia, apraxia e habilidade construcional.

No referido estudo, foi utilizada a tradução do MEEM proposta por Bertolluci et al. (1994) e Almeida (1998), onde, para alguns itens, foram propostas adaptações que não comprometessem a versão original criada por Folstein, Folstein e Mchugh (1975). As modificações aplicadas foram (LOURENÇO; VERAS, 2006):

- 1- Na seção que avalia a “orientação espacial”, os itens presentes na versão original são “*State, County, Town, Hospital, Floor*”, após tradução, foram adaptados para “estado, cidade, bairro, prédio da entrevista e andar do prédio”, podendo, nas situações em que o bairro for desconhecido, ser utilizada a referência de uma rua próxima ou à parte da cidade onde a unidade de saúde ou ILPI está localizada. Os termos “prédio da entrevista e andar do prédio”, foram neste estudo substituídos por “em que local estamos” e “que local é este aqui”.
- 2- Nos objetos para “registro e nomeação” que no instrumento original são “*apple, penny, table*”, na versão adaptada estão como “carro, vaso, bola”;
- 3- No item de avaliação da “atenção e cálculo” foram adicionados os testes de “subtração serial de sete” e “soletração da palavra mundo”, mas não foi realizado neste estudo a soletração da palavra mundo.

Antecedendo o início da coleta de dados, houve um contato prévio com os responsáveis das duas ILPIs e com os enfermeiros, para definir qual o melhor dia para realização de nossas visitas.

A primeira etapa do estudo feita através da abordagem quantitativa foi realizada nos meses de junho a setembro de 2018. Todos os idosos com 60 anos ou mais residentes nas ILPIs participantes foram incluídos na pesquisa. Os dados foram coletados pelo pesquisador e também por 11 discentes do curso de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB e da Faculdade Internacional da Paraíba-FPB, treinados para este fim. O treinamento consistiu em capacitar os alunos sobre como estes instrumentos deveriam ser aplicados, qual o objetivo de cada instrumento e que materiais precisavam ser levados para a realização desta coleta de dados. Foram também fornecidas informações sobre os locais de realização da pesquisa, como os pesquisadores deveriam se apresentar nos locais de coleta de dados e a quem se reportariam para pedir permissão e iniciar a aplicação dos questionários.

Na abordagem aos idosos, os pesquisadores apresentavam-se e explicavam o objetivo da pesquisa através da leitura do TCLE (**APÊNDICE E**). Após os devidos esclarecimentos

sobre o estudo, os pesquisadores perguntavam aos idosos sobre sua disponibilidade em participar da pesquisa. Aqueles que aceitavam participar do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, após a assinatura do termo, dava-se início à aplicação dos instrumentos de coleta de dados, neste caso, o MEEM e o BOAS.

Os dados qualitativos foram coletados no mês de novembro de 2018, após o término da etapa quantitativa. A técnica utilizada para a obtenção dos dados foi a aplicação do grupo focal, do tipo estruturado, desenvolvido em três encontros, sendo dois encontros com os profissionais da equipe de enfermagem e os cuidadores formais e um encontro com os idosos. Todos os profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores que aceitaram participar desta etapa da pesquisa assinaram o TCLE (**APÊNDICE E**), sendo este TCLE o mesmo utilizado na etapa quantitativa com os idosos.

Para a realização do grupo focal, foi solicitada aos responsáveis pelas instituições a liberação de uma sala, sendo a sala de reunião cedida pelas duas ILPIs. Ambas as salas apresentavam as seguintes características: conseguiam acomodar confortavelmente os participantes e o moderador e não apresentavam nenhum tipo de ruído externo. Nos três encontros, os participantes foram dispostos em círculo, o que facilitou a visualização de todos por todos. Foram utilizados gravadores para a obtenção dos áudios das conversas, o que permitiu a reprodução e análise dos discursos, e um questionário estruturado para direcionar a discussão (**APÊNDICE F**).

Após a alocação de todos em seus lugares, o moderador/pesquisador deu início ao grupo, apresentando-se e pedindo que os demais se apresentassem, criando, desta forma, um ambiente amistoso. Após este momento de apresentação, o moderador/pesquisador iniciou o grupo direcionando os discursos com as questões estruturadas e fundamentadas no Modelo Conceitual de Wanda Horta, buscando extrair dos participantes os dados relativos com o objetivo da realização do grupo focal, que era obter dos participantes os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo. A prática anteriormente referida de execução do grupo focal foi aplicada da mesma forma nos três grupos que foram realizados. A realização do grupo focal com os enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores formais, não apresentou nenhuma dificuldade. Contudo, para a realização do grupo focal com os idosos, observou-se um pouco de dificuldade, pois os mesmos em alguns momentos queriam se manter calados, ou apresentavam dificuldades em suas respostas, do tipo falar muito baixo, ou de forma incompreensível. Em todos os grupos focais, o pesquisador contou com a presença de um auxiliar.

### **3.7 Análise dos dados**

#### **Etapa 1**

Os questionários respondidos pelos idosos (MEEM e o BOAS) foram conferidos pelo pesquisador antes de serem digitados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* - SPSS, versão 18, simultaneamente por dois digitadores treinados. Depois de concluída a digitação, foi realizada uma comparação para conferir a existência de concordância entre os dados digitados pelos digitadores.

A análise quantitativa foi realizada por meio de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta, média e desvio padrão). Estes dados permitiram a identificação dos 62 idosos com declínio cognitivo, os quais foram convidados a participar da etapa qualitativa.

Os dados qualitativos, obtidos por meio do grupo focal, foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, que, de acordo com Bardin (1977), é um conjunto de métodos de análise das comunicações utilizada para estudar, entender e analisar material qualitativo, buscando-se a melhor compreensão de uma comunicação ou discurso.

A técnica de análise de conteúdo deu-se pelas seguintes fases: I - Fase de pré-exploração do material ou leitura flutuante do corpus da entrevista. Foram realizadas leituras completas do material coletado, a princípio sem sistematizar, porém tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados; II - Seleção das unidades de análise. Para a seleção das unidades a pesquisadora guiou-se pela questão norteadora da pesquisa, utilizando como opções para o recorte do tema sentenças, frases ou parágrafos; III – O processo de categorização utilizado foi apriorística, pois o pesquisador já possuía as categorias pré definidas de acordo com o tema de interesse, as quais estão representadas pela nomenclatura utilizada por Wanda Horta para classificar as NBH: Categoria 1- Necessidades Psicobiológicas; Categoria 2- Necessidades Psicossociais e Categoria 3- Necessidade Psicoespiritual. Devido à larga abrangência dessas categorias, comportou a aplicação de subcategorias com base na leitura do material empírico (BARDIN, 1977)

#### **Etapa 3**

Para a validação dos indicadores de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, baseado na Teoria das Necessidade Humanas Básicas de Wanda Horta e validação do conteúdo e a aparência do instrumento construído a partir das etapas 1 e 2 do estudo, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo - IVC. Este índice determina a porcentagem de especialistas que estão em consonância sobre alguns aspectos do instrumento e de seus itens, analisando, inicialmente, cada item de forma

individual e depois o instrumento como um todo. Foi considerado como ponto de corte do IVC, um índice de concordância de 80% (0.80) entre os especialistas (PASQUALI, 2013).

O IVC foi avaliado pelo número de juízes que julgaram o item de forma positiva, ou seja, “Adequado” e “Totalmente Adequado”. Os dados gerados foram compilados no SPSS, versão 18, de forma a serem agrupados, organizados em números absolutos e percentuais, permitindo a sua interpretação e explanação quantitativa descritiva. Os itens que obtiveram uma média inferior ao ponto de corte do IVC, foram excluídos. Este método de análise, o IVC, emprega o uso de uma escala tipo likert (RUBIO et al., 2003; LYNN, 1986). Para o referido estudo, foi criada uma escala com pontuação de 1 a 4, sendo 1- Totalmente Inadequado, 2- Inadequado, 3- Adequado e 4- Totalmente adequado, para avaliar os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas; o conteúdo e a aparência do instrumento de coleta de dados. Nos Quadros 7 e 8, seguem as descrições do significado para cada pontuação.

**Quadro 7-** Apresentação da escala Likert utilizada para a validação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo

<b>Número</b>	<b>Significado</b>
1 – Totalmente Inadequado	Caso considere que o indicador não apresenta importância nem relevância para caracterizar as necessidades humanas básicas do idoso institucionalizado com declínio cognitivo
2 – Inadequado	Se o indicador empírico apresentado precisar de alteração ou substituição
3 – Adequado	Se considera o indicador empírico relevante na avaliação das necessidades humanas básicas do idoso com declínio cognitivo institucionalizado
4 – Totalmente Adequado	Caso você considere esse indicador empírico importante na avaliação das necessidades humanas básicas do idoso com declínio cognitivo institucionalizado e desta forma aceita mantê-lo

**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

No Quadro 8, segue a demonstração da escala tipo Likert utilizada para a validação do conteúdo e aparência do instrumento.

**Quadro 8-** Apresentação da escala Likert utilizada para a validação do conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo

<b>Número</b>	<b>Significado</b>
1 – Totalmente Inadequado	Caso considere que o instrumento não apresenta relevância para o objetivo que foi criado
2 – Inadequado	Se o instrumento precisa de alteração
3 – Adequado	Se considera a apresentação do relevante, no que diz respeito a sua proposta de construção, não devendo ocorrer nenhuma modificação
4 – Totalmente Adequado	Caso você considere a forma como está apresentado o instrumento importante, devendo desta forma permanecer como está nesta versão

**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

Foram também aceitas sugestões dos juízes especialistas para acréscimo de indicadores ou ainda, alterações no conteúdo e aparência do instrumento. As sugestões foram feitas em local destinado a este propósito no documento de avaliação.



## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Identificação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo fundamentado na teoria de Wanda Horta**

Para o alcance do objetivo desta fase do estudo, realizou-se a aplicação do MEEM e do BOAS, com os idosos institucionalizados. Dos 153 idosos residentes nas ILPIs participantes do estudo, 27 não atendiam aos critérios de inclusão, 90 aceitaram participar do estudo e 36 não quiseram participar.

O aumento da expectativa de vida tornou-se um fato real em nosso país, trazendo consigo diversas preocupações, dentre elas as condições de dependência que o idoso irá apresentar, requerendo então cuidados. Diante dessa verdade, as ILPIs operam atualmente com todos os seus leitos ocupados, e filas de espera para a admissão de mais idosos em seus estabelecimentos. Tal fato decorre de várias situações, dentre elas, podemos citar as limitações proveniente do envelhecimento agravadas pelo desenvolvimento de repercussões desencadeadas pelo declínio cognitivo, e o não preparo das famílias para lidar com tal necessidade (LINI; PORTELLA; DORING, 2016).

Dos 90 idosos participantes do estudo, 60% (n = 54) são residentes da ILPI Lar da Providência e 40% (n = 36) da Vila Vicentina Júlia Freire, 27% (n = 24) são homens e 73% (n = 66) são mulheres. Em relação à idade, a maior proporção 40% (n = 36) tinha entre 81 e 90 anos. Quanto ao nível de escolaridade, 31% (n = 28) referiram nunca ter estudado, 12% (n = 11) fizeram até o primário, 16% (n = 14) e 13% (n = 12) possuem o 1º grau e 2º grau respectivamente, 18% (n = 16) cursaram até o nível superior e 10% (n = 9) não responderam a este quesito. Quando questionados sobre “de onde vem o seu sustento”, 81% (n = 73) responderam da aposentadoria, 2% (n = 2) recebem pensão, 6% (n = 5) vivem da ajuda de parentes ou amigos, 3% (n = 3) disseram receber benefício e 8% (n = 7) não marcaram nenhuma das opções. No tocante ao estado civil, 8% (n = 7) são casados, 31% (n = 28) viúvos, 23% (n = 21) divorciados, 30% (n = 27) nunca casaram e 8% (n = 7) não responderam.

A predominância do sexo feminino na população do estudo traduz o processo de feminização observado em grupos mais envelhecidos da população. Este fato explica-se por fatores como: uma busca maior por serviços de saúde ao longo da vida pelas mulheres, exposição inferior a fatores de risco de caráter ocupacional e prática de hábitos de vida mais saudável (ZIMMERMMANN et al., 2015).

No que concerne à idade, a maior parte dos idosos que participaram do estudo tinha idade acima de 80 anos. Corroborando o estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto – SP, que investigava fragilidade em idosos institucionalizados, o qual também identificou que a faixa etária dos idosos participantes do estudo era acima de 80 anos (FLUETTI et al., 2018). Segundo Del Duca et al. (2012), um fator muitas vezes condicionante para a institucionalização é a idade avançada, pois, com o passar de cada década, o risco de incapacidade funcional torna-se mais presente, havendo também uma maior predisposição para o aparecimento de doenças crônicas.

Quanto ao grau de escolaridade dos idosos estudados, detectou-se um nível muito baixo, pois de acordo com os dados obtidos na pesquisa a maioria eram analfabetos. Este número representa a grande quantidade de indivíduos com reduzido ou inexistente grau de escolaridade, fato infelizmente ainda comum em países caracterizados como em desenvolvimento, a exemplo do Brasil. Em uma revisão realizada por Bertoldi, Batista e Ruzanowsky (2015), identificou-se que diversos fatores podem influenciar o declínio cognitivo nos idosos em processo de institucionalização, dentre eles, destaca-se: a baixa escolaridade, a idade avançada, o sexo feminino, a falta de atividade física e o isolamento social, muitas vezes este último, decorrente da própria institucionalização.

No que se refere ao estado civil, observa-se, neste estudo, que a maioria dos idosos institucionalizados é solteira ou viúva, o que corrobora dados já apontados em outras pesquisas (FLUETTI et al., 2018). Neste contexto, ressalta-se que o fato relacionado à ausência de um companheiro, falta de apoio social e laços familiares enfraquecidos podem também favorecer a institucionalização (SANTIAGO et al., 2016).

No estudo, houve predomínio de aposentados, fato que só confirma dados do país, que apontam que a fonte de renda da população idosa dá-se por meio da aposentadoria ou pensão (IBGE, 2014).

No tocante ao preenchimento do MEEM pelos idosos, 8% (n = 7) não responderam. Entre os 83 idosos que responderam, 23% (n = 21) não apresentaram declínio cognitivo e 69% (n = 62) apresentaram declínio cognitivo, como mostra distribuição a partir da avaliação dos pontos de corte utilizados para esse estudo na Tabela 3:

**Tabela 3-** Distribuição do número de idosos de acordo com os escores do MEEM, dados da pesquisa, 2019

Escore do MEEM/ Escolaridade	n (%)
< 17 pontos / analfabetos	22 (35%)
< 22 pontos / 1 a 4 anos de estudo	6 (10%)

< 24 pontos / 5 a 8 anos de estudo	11 (18%)
< 26 pontos / 9 anos ou mais	23 (37%)

---

Dos idosos institucionalizados avaliados neste estudo, 69% apresentaram declínio cognitivo, corroborando o estudo de Rosa, Santos Filha e Moraes (2018), que também investigou idosos institucionalizados com declínio cognitivo, no entanto, apenas 27% apresentaram o déficit.

Os pontos de corte utilizados para o rastreamento dos idosos com o declínio cognitivo levaram em consideração o nível de escolaridade, pois, como já discutido acima, baixos níveis de escolaridade podem ser um aspecto considerado de risco para o declínio cognitivo. Contudo, o que chama atenção nos dados da tabela 3 é o número alto de idosos 37% (n = 23) com declínio cognitivo e com um bom nível de escolaridade, fato que não está associado com o que diz a literatura.

Deste total de 62 idosos identificados com o declínio cognitivo, apenas 11% (n = 7) aceitaram participar da etapa qualitativa (grupo focal) da pesquisa.

Dos sete idosos que aceitaram participar, três eram do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Com relação ao grupo formado pelos profissionais que prestavam cuidados a esses idosos, tivemos 11 integrantes, distribuídos da seguinte forma: grupo focal de profissionais da Vila Vicentina: uma técnica de enfermagem e cinco cuidadores formais; grupo focal dos profissionais do Lar da Providência: uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e dois cuidadores formais. Dos 11 participantes, dez eram mulheres e apenas um, homem.

A análise de conteúdo, segundo Bardin, realizada no material resultante dos grupos focais, foi relevante para a identificação de 91 indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo.

No Quadro 9, encontram-se distribuídos os 91 indicadores identificados neste estudo, estando o quadro dividido da seguinte forma: na primeira coluna, encontra-se demonstrado o quantitativo de indicadores por necessidade humana básica; na segunda coluna, está discriminado como cada indicador foi identificado nas indagações apresentadas pelos participantes dos grupos focais; e, por fim, na terceira coluna, encontram-se as traduções destes indicadores para um vocabulário científico, sendo este último grupo de indicadores utilizado para compor o instrumento de coleta de dados construído.

**Quadro 9** - Relação dos indicadores empíricos de NHB dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo

Necessidades Humanas Básicas	Indicadores Empíricos	
<b>PSICOBIOLOGÍCAS</b>	Indicadores identificados no grupo focal	Indicadores utilizados no instrumento
Regulação Neurológica (n=9)	Confuso, desorientado, esquecidos, perdidos no lugar, perdidos no tempo, lembrança do passado, orientado, não sabe identificar o que quer, não lembra o número do quarto, perdidos no lugar, confusão mental, estado vegetativo, não lembra que tem que comer	<b>Nível de Consciência:</b> Consciente, Sonolento, Torporoso; <b>Estado Cognitivo (Atenção):</b> Orientado, Desorientado, Confuso; Memória recente; Memória remota; Memória imediata
Nutrição (n=8)	Não conseguem comer sozinhos, não tem muita fome, apetite diminuído, come bem, come pouco, auxílio para alimentar-se, não referem quando estão com fome, uso de sonda, não engole a comida, engasgar, uso de prótese	<b>Aceitação alimentar:</b> boa, regular, insuficiente; Deglutição; Auxílio para se alimentar; <b>Via de administração do alimento:</b> Oral, Gastrostomia; Uso de prótese
Hidratação (n=6)	Adivinhar a necessidade de água, não gostam de água, não pede água, pede água, desidratado, hidratado, infecção urinária, ressecamento da pele, bebe pouca água, não lembram de beber água	Hidratado; Desidratado; Turgor e elasticidade da pele; Ingesta hídrica; Solicita ingestas hídricas; Precisa de auxílio para ingestas hídricas
Eliminação (n=8)	Uso de fralda, incontinência urinária, diurese espontânea, muita diurese, dificuldade para defecar, evacuação espontânea, diurese escurecida	<b>Diurese:</b> Espontânea, Fralda, Incontinência urinária, Poliúria, Oligúria, Nictúria; Aspecto da diurese; Constipado
Percepção dos órgãos dos sentidos (n=5)	Não sabem diferenciar as cores, tá ardendo, dor, não escutam	Acuidade visual diminuída; Condição da audição; Dor a estimulação tátil; <b>Como expressa a dor:</b> Relato verbal, Expressão não verbal
Integridade física e cutâneo-mucosa (n=5)	Hidratação da pele, áreas vermelhas, querendo ficar assadinho, lesão, não passam pomada para assadura	<b>Condições da pele:</b> Íntegra, Presença de lesão, Ressecada; <b>Coloração da pele:</b> Normocorada, Hiperemiada
Sono e repouso (n=7)	Tomam medicação para dormir, dorme o dia inteiro, passa à noite acordado, dopamento, dormem bem, agitação durante a noite, dorme de dia e de noite,	Sono preservado; <b>Horário do sono:</b> Matutino, Vespertino, Noturno; <b>Características do sono:</b> Insônia, Acorda durante à noite; Usa

	não dormem nada, cochilo depois do almoço, acordada durante à noite, sono leve	medicamento para dormir
Cuidado corporal (n=5)	Toma banho sozinha, não tem mais noção da higienização completa, não consegue fazer sua higienização completa, não consegue fazer sua higiene do corpo, não consegue fazer higiene oral, problemas dentários, auxílio no banho, não aceita o banho, não lembra de tomar banho, não consegue lavar as parte íntimas, não consegue se esfregar, escolhem roupas para vestir, não escolhe roupa para vestir, auxílio total para tomar banho	Higiene do corpo; Auxílio para banho; Higiene bucal; Auxilio para realizar a higiene bucal; Problemas dentários
Atividade física (n=2)	Faz hidroginástica, não faz atividade física	Exercício físico regular; Dor ao movimento
Motilidade (n=3)	Rigidez de pescoço, não consegue se mover da cama, não se move de um lado para outro	Limitação física; Auxílio para se movimentar; Rigidez de pescoço
Locomoção (n=6)	Não consegue deambular, usa andador, cadeira de rodas, dificuldade para andar, necessita de auxílio para andar, desequilíbrio, anda devagar, andam sozinhos, acamado, queda, não tem coordenação motora	Deambula; Auxílio para deambular; <b>Uso de órtese:</b> Andador, Cadeira de rodas, Bengala; Equilíbrio preservado
Segurança física e meio ambiente (n=2)	Coloca barrinhas, grades na cama	Uso de corrimão; Grades nas camas
Sexualidade (n=1)	Fala safadeza, masturbação	Aumento do libido
<b>PSICOSSOCIAIS</b>		
Amor e aceitação (n=10)	Agitado, tristeza, agressivo, inquietação, choro, manha, feliz, deprimidos, retraídos, irritado	<b>Sentimentos:</b> Tristeza, Solidão, Felicidade; <b>Manifestação dos sentimentos e emoções:</b> Choro, Manhoso, Deprimidos, Isolamento, Irritado, Agressivo, Inquieto

Atenção (n=1)	Chama demais, ficam com ciúme, fica gritando	Solicita atenção
Gregária (n=1)	Sentem falta da família, quer tá em grupo, gosta de estar reunidos, gosta de estar com os idosos	Solicita visita
Autoestima (n=1)	Sou esquisito e abusado	Pensamento negativo de si mesmo
Comunicação (n=2)	Muita dificuldade para entender comandos, não entendem o que a gente tá falando, fecham a boca para demonstrar que não quer o alimento, dificuldade para se comunicar, fala com dificuldade, entendem e compreendem o que a gente fala, comunica tranquilamente, não respondem, não fala	Comunicação verbal; Comunicação não verbal
Recreação e lazer (n=7)	Não aceita festinhas, gosta de festa, não gosta de participar das brincadeiras, gosta de desenhar, gosta de bingo, gosta de música, gosta de dançar, gosta de pintar	Participam de atividades em grupo; Realiza passeios; <b>Atividades que gosta de participar:</b> Bingo, música, dança, pintar, ações educativas
<b>PSICOESPIRITUAIS</b>		
Espiritualidade (n=2)	Vai à missa, ler a bíblia, pouca espiritualidade	Religião; Necessidade de participar de cerimônias religiosas

**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

Os indicadores de necessidades humanas básicas, também denominados como problemas de enfermagem, consistem nos sinais e sintomas por meio dos quais as necessidades manifestam-se nos indivíduos, é por meio da percepção destes indicadores, que consegue-se identificar alterações ou desequilíbrios orgânicos (HORTA, 2011).

Os indicadores listados neste estudo e apresentados no Quadro 10 foram identificados a partir dos aspectos biopsicobiológicos e espirituais, que caracterizam as necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo.

Para melhor entendimento, e seguindo a fundamentação da teórica utilizada para nortear este estudo, optou-se por apresentar as NHB alteradas de acordo com seus respectivos níveis de necessidades, denominados por Wanda Horta a partir de João Mohana em: necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, as quais estão identificadas na coluna “categorias”.

Já na coluna “subcategorias”, temos listados os tipos de necessidades humanas básicas alteradas de acordo com seu respectivo nível de necessidade, são elas: regulação neurológica, nutrição, hidratação, eliminação, percepção dos órgãos dos sentidos (visão, audição, tátil e dolorosa), integridade física e cutâneo-mucosa, sono e repouso, cuidado corporal, atividade física, motilidade, locomoção, sexualidade e segurança física e meio ambiente, que fazem parte da categoria necessidades psicobiológicas; as necessidades de amor e aceitação, atenção, gregária, autoestima, comunicação e recreação e lazer, que fazem parte da categoria necessidade psicossocial e por fim, a necessidade de espiritualidade, integrante da categoria necessidade psicoespiritual, (Quadro 10).

**Quadro 10-** Categorias e subcategorias vinculadas às necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo, fundamentada na organização de Wanda Horta

<b>Categorias – Níveis de necessidades Humanas</b>	<b>Subcategorias -Necessidades humanas básicas</b>
<b>1- Necessidades psicobiológicas (n =13)</b>	Regulação Neurológica
	Hidratação
	Eliminação
	Nutrição
	Cuidado corporal
	Locomoção
	Motilidade
	Sono e repouso
	Percepção dos órgãos dos sentidos
	Integridade física e cutâneo-mucosa
	Atividade física
	Segurança física ou do meio ambiente
	Sexualidade
<b>2- Necessidades psicossociais (n = 6)</b>	Comunicação
	Recreação e lazer
	Gregária
	Amor e aceitação
	Autoestima
<b>3- Necessidade psicoespiritual (n = 1)</b>	Atenção
	Espiritualidade

**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

As necessidades humanas básicas são compreendidas como momentos de tensões conscientes ou inconscientes, decorrentes dos desnivelamentos dos eventos vitais. Essas necessidades são consideradas universais, ou seja, comum a todos os seres humanos. Porém, o modo de expressão e satisfação dessas necessidades varia de indivíduo para indivíduo (HORTA, 2011).

Seguem, apresentadas a seguir, as falas transcritas dos grupos focais, que caracterizam cada subcategoria, e, através das quais, podem-se identificar os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas.

### Categoria – Necessidades Psicobiológicas

Nessa categoria, estão apresentadas as necessidades de regulação neurológica, nutrição, hidratação, eliminação, percepção dos órgãos dos sentidos (visão, audição, tátil e dolorosa), integridade física e cutâneo-mucosa, sono e repouso, cuidado corporal, atividade física, motilidade, locomoção, sexualidade e segurança física e meio ambiente, como demonstrado no Quadro 11.

**Quadro 11-** Subcategorias: regulação neurológica, hidratação, eliminação, nutrição, cuidado corporal, locomoção, motilidade, atividade física, sono e repouso, percepção dos órgãos do sentido, integridade física e cutâneo-mucosa, segurança física e do meio ambiente e sexualidade

Subcategorias	Falas que representam a subcategoria
<p><b>Regulação Neurológica</b></p>	<p>E1- ... não sabe, não lembra, fica perguntando a todo instante: “Onde é meu quarto?” Se a gente fala, ela até vem, mas aí ela não sabe, não sabe se já fez xixi, se defecou. Eles não entendem praticamente nada...</p> <p>E2- o nível de consciência deles, vai variar de idoso para idoso, tem idoso que lembra muito do presente, já tem idoso que quando ele tá fazendo tudo, ele tá normal, tá lembrando normal do que está acontecendo do dia a dia, já quando ele vai ficando depressivo, é por que ele vem trazendo o passado para o presente</p> <p>E3- ... eles ficam confusos, não sabem onde estão, ficam perguntando, não são todos mas tem uns que ficam sim ... as vezes agente presta atenção mais na pergunta dele, na conversa, para ver se ele se lembra né, do que aconteceu hoje...</p> <p>E4- ... percebo que às vezes ele está perdido no lugar, ... Eles ficam um pouco perdidos no tempo, não sabem a hora de ir, aí a gente tem que está conduzindo ... geralmente esses idosos com algum declínio, eles não lembra não, agente é quem vai e administra o medicamento, a água, comida, tudo.</p> <p>E4- ... a gente tem que lembrar eles sobre algumas atividades ... as vezes dá uma esquecida, também acho que tem dificuldade de atenção ... eles ficam lembrando de coisas do passado, sempre falando do passado, só lembranças</p> <p>E5- ... o idoso com declínio cognitivo come e não se lembra que comeu... e eu acabei de dá a comida e ela disse a ela que não comeu, a dificuldade que eu acho é mais essa.</p> <p>E5- A Keila, usa fralda, aí fica pedindo para ir no banheiro, mas já está de fralda, acho que ela esquece.</p> <p>E6 - ... por que eles não tem noção de tempo, da hora, do tempo de comer ...</p> <p>E7- É mesmo, lembram muito do passado</p> <p>E8- tem muitas lembranças do passado ... O idoso com declínio cognitivo fica as vezes desorientado ...</p> <p>E9- ... aí a gente já percebe que elas acordam sem saber onde está, ou depois fica perguntando onde está, e ficam mais agitada ... mas já tem dia que está mais depressiva, só chora, lembra do passado</p> <p>E10- ... às vezes fala coisa com coisa né ... fica lembrando do passado dela ... percebo que elas não lembram do que acontece agora ... Tem uma que tem Alzheimer, ela não lembra das filhas dela ...</p> <p>E11- tá num quadro ... de um esquecimento... às vezes alteração de comportamento, as vezes um esquecimento, as vezes uma irritabilidade, perda da memória, confusão mental... eles não saber onde estão, muitas vezes se sentir num lugar diferente, ou eles se assustam ... eles ficam alterados e tem uma irritabilidade, porque eles não sabem onde estão, correndo o risco de até um impulso agressivo para com os outros idosos, ou algum profissional.</p>
<p><b>Hidratação</b></p>	<p>E1- ... na maioria desses idosos a gente tem que tipo adivinhar principalmente se esses acamados, a necessidade principalmente de água, que eles não lembram e não gostam de tomar água...</p> <p>E2- dificilmente eles pedem água, a gente fica oferecendo</p> <p>E4- o idoso por si só já bebe pouca água, e esses com déficit cognitivo, não lembram de beber água</p> <p>Id.2: adoro beber água, apenas sinto sacrifício de engolir ...</p> <p>Id.3: bebo pouca água ... tenho uma sedizinha pouca</p>



	Id.4- não bebo muita água também não
<b>Eliminação</b>	<p>E1- Tem aqueles pacientes que eles apresentam dificuldade também pra defecar ... principalmente esses acamados, que a dificuldade é maior.</p> <p>E2- ... Tem uns que suas eliminações já não são controladas, então precisam usar fraldas, ... Os de diurese espontânea, as vezes fazem xixi na calça.</p> <p>E2- ... têm os que tem Alzheimer mais naquela fase inicial, que ainda sente quando vai urinar, quando vai defecar, eles mesmos vão normalmente ao banheiro. Agora os acamados não, a gente vai observando nas trocas</p> <p>E4 – ao banheiro, apenas seu Antônio Martins pede, os outros fazem na fralda ...</p> <p>E6- ... esses idosos com déficit cognitivo usam fralda, eles acho que esquece e faz na calça ...</p> <p>E9- ... eles realizam a eliminação, muitas vezes fazem que não percebem, por isso que existe os dependentes de fralda ...</p> <p>E10- ... os meus que são os que tem Alzheimer avançado para defecar e fazer xixi sempre vai ser na fralda mesmo, não tem condições de pedir né, já são dependentes mesmo.</p> <p>E11- ... tem a questão da incontinência urinária, que eles não conseguem, saber que precisam ir ao banheiro ... precisam da fralda...</p> <p>Id.3- eu sinto vontade, e alguém tem que ir me levar, mas uso fralda</p> <p>Id.2- eu uso fralda...</p>
<b>Nutrição</b>	<p>E1- A maioria precisa de auxílio para a própria alimentação. Eles não conseguem mais comer sozinhos.</p> <p>E2- eles não referem quando estão com fome, nem nada. ... Mas aqui é assim: café da manhã, merenda, almoço, merenda, jantar, merenda ... Já tem esses horários certos.</p> <p>E2- a maioria é totalmente dependente da gente ... da alimentação</p> <p>E3- ... os idosos com um grau elevado de déficit de cognição dependem de nossa ajuda para alimentação, os mais leves nem tanto, a gente coloca a comida eles comem, mas eu fico olhando e vejo que ficam dispersos e comem pouco ...</p> <p>E4 – ... tem uns que não lembram não sabe de comer ... eles não tem muita fome, e junta que não lembra de comer ...</p> <p>E5- ... come pouco, já tem outros que comem normal.</p> <p>E8- ... tem que dá comida, por que se elas não conseguem mais comer só né ...</p> <p>E9- ... Se alimentar ... se você não pôr o prato e botar a colher na mão dela e mostrar que ela tem que comer, ela não come, fica ali, e ela esquece que tem que comer ...</p> <p>E10- ... tem uma idosa com Alzheimer, ele como pela sonda ...</p> <p>E11- ... não consegue, muitas vezes atuar ali no que deve, manipular um alimento... não lembram de engolir, de deglutir, perdem ... tendo que fazer uso de dispositivos para ter ingestão enteral,</p> <p>Id.3- como muito pouco ... eu preciso de ajuda para comer... preciso que me mostre onde é o lugar da comida</p> <p>Id.2 - ... eu não sinto tanta dificuldade de comer só não, eu coloco a colher, primeiro eu dou um toque em alguma parte do rosto, que fica perto da boca, ai vou pra o lado da boca, pronto, coloco a colher com o alimento e me alimento direitinho ...</p>
<b>Cuidado corporal</b>	<p>E1- ... Não conseguem fazer a sua higiene, ... oral, como a higiene do corpo por completo.</p> <p>E1 - ... Até os idosos que usam fralda, somos nós que temos fazer uma higiene adequada ... passar uma pomada de assadura, prevenção, eles não sabem de nada, somos nós que fazemos... A prótese, tem uns idosos que usam prótese, meu Deus, quando a gente vai escovar, é terrível ... e a gente sente o mau hálito, sente tudo.</p> <p>E2- Os banhos nós temos que ajudar, pois muitos até tomam banho só, mas não conseguem fazer sua higienização adequada ... que tem um esquecimento, mesmo andando sozinhos, a gente tem que acompanhar porque não têm mais a noção da higienização completa.</p> <p>E3- ... precisam de nossa ajuda para o banho, vestir uma roupa ... Os da enfermaria os que são acamados, a gente tem que levar, botar na cadeira, levar pra lá pra dá banho. Na maioria a gente tem que esta esfregando.</p> <p>E4 - ... o banho tem que auxiliar... Os idosos bem demenciados e acamados precisam de duas pessoas para o banho ..., eles não tem iniciativa não, não lembram de tomar o banho, agente é que tem que pegar...</p> <p>E5 - ... tem o idoso que não se lembra de tomar, ou que tomou banho, tem outros que já</p>

	<p>não quer tomar o banho ... a gente lava as partes íntimas deles, por que ele não tem aquela cognição toda de se esfregar, mas ele consegue, ele se enxuga... mais nas partes mais difíceis, é a gente quem faz.</p> <p>E6- ... o banho é com a gente ... a troca de roupa é tudo com agente.</p> <p>E7- no banho agente ver que alguns consegue se ensaboar, tem uns que direito outros não, mas nas partes íntimas deles por que ele não tem aquela cognição ou atenção toda de se esfregar, a gente vai ajudar</p> <p>E8- agente é quem escolhe a roupa, até que alguns escolhem, mas tem outros que a gente precisa escolher. Agente veste também em alguns, e nos outros eles conseguem.</p> <p>E8 – a gente percebe também que as partes mais difíceis como as costas e os pés eles não conseguem, aí agente que faz.</p> <p>E9- no banho precisam de nosso auxílio, por que por muitas vezes, elas lembram que precisam tomar banho, mas não sabem como tomar banho, e tem as acamadas também... a que tem Alzheimer bem avançado ...</p> <p>E10- ... tem que dá o banho, troca de roupa, por que às vezes elas querem colocar a mesma roupa, mas aí a gente tem que explicar que tá suja, que tem que trocar ...</p> <p>E10- ... também tem uns que tomam banho só, e vestem a roupa só se agente deixar ...</p> <p>E11- ... não consegue ... se vestir, se trocar ... não tem esse domínio, aí perde essa capacidade... olhe, venha, vamos tomar um banho, deixa ele lá, aí fica olhando, bota o shampoo, fica alertando, faça isso, vai orientando, inclusive também para ver ..., tem uns que a gente tem que auxiliar, lavar as costas as pernas, pois eles sozinhos não fazem, os de grau moderado também...</p> <p>E11- tem a questão da escovação, higiene de língua, que tem que tá em cima também, por que o idoso muitas vezes se recusa em abrir a boca, ele está no quadro de demência, ele não vai abrir a boca, não vai, então se você não for lá estimular, pegar uma gaze, fazer uma limpeza, vai acumular bactérias, vai desenvolver algum problema dentário, como existe muita assim nessa fase do idoso né, esses idosos bem demenciados, a questão da dentição é bem importante, porque causa infecções também</p> <p>Id.2: consigo me ensaboar sozinho ... nas costas preciso de ajuda, mas é coisa simples, a gente vai atravessando devagarzinho até quando Deus quiser</p>
<b>Locomoção</b>	<p>E1- ... Não conseguem deambular... tem o paciente que eles não conseguem fazer uma locomoção grande .... Aí se tiver a barrinha, ele já vai segurar, já vai lhe ajudar. Tem o andador também. E fora a cadeira de rodas também...</p> <p>E2- Os idosos em um estágio avançado do Alzheimer, que já estão acamados sim precisam de ajuda para andar... Os acamados eles vêm pra aqui pro salão ... na cadeira porque não andam. Os demais andam normalmente e vêm também pro salão.</p> <p>E3- precisam de nossa ajuda para ... pra levar pra o salão de festa ... tem alguns que anda, com ajuda de andador ou bengala, mas tem outros que tem que colocar na cadeira e levar... os idosos com Alzheimer e já acamados nós usamos cadeira de rodas</p> <p>E3- na enfermaria tem muitas idosas com declínio e elas já não andam mais, ali a gente tem que levar, botar na cadeira ...</p> <p>E4- ... Uns desses idosos andam com dificuldade ...</p> <p>E10- ... A gente vê que a dificuldade desses idosos de andar, vai aumentado a medida que vão ficando mais comprometidos na memória, mas a gente já sabe que é devido ao Alzheimer ...</p> <p>E11- ... por que ele não tem coordenação motora, porque ele tem o risco de cair... com declínio mais lá na frente, quando tem uma perda muito grande o idoso já chega a ficar num quadro, ficar acamado ...</p> <p>Id.2- eu vou acompanhado, só ando acompanhado</p> <p>Id.3- eu tive alguma dificuldade para sair do quarto, para ir ao banheiro, tenho que me segurar na parede</p>
<b>Motilidade</b>	<p>E1- Tem idoso ... que nem se move da cama, aqueles totalmente acamados, nem se mover de um lado pra o outro ele consegue. Nem se virar, no caso.</p> <p>E11- ... e muitas vezes esse quadro, esse declínio ele, ele vai além mais, ele começa a deixar o idoso com perdas, além de rigidez, essa parte cognitiva como ele não consegue desenvolver ...</p>
<b>Sono e repouso</b>	<p>E1- ... idosos que tomam medicação controlada, é um pouco mais complicado de controlar porque tem idoso que dorme o dia inteiro e acorda à noite. Tem idoso que dorme dia e noite inteira e só acorda quando a gente chega ... Mas também tem outros que não dormem nada. ... A maioria dos idosos que têm o declínio cognitivo, eles</p>

	<p>tomam medicação controlada, pra dormir.</p> <p>E1- ... Tem idoso que fica tipo um “dopamento” dorme o dia todo ...</p> <p>E2- ... Alguns que são meio agitados, aí passam a noite agitados ... Tem uns idosos com declínio cognitivo que tomam remédios para dormir</p> <p>E3- depois do almoço algumas dá um cochilo né ..., algumas ali dormir a tarde todinha, é aquele soninho leve mesmo ... a maioria dos idosos que tem esse declínio passa a noite todinha falando, demora a dormir, tem muitos que tem que tomar remédio</p> <p>E4-... tem alteração do sono, não é com muita frequência, mas tem, as vezes troca o dia pela noite, aí as vezes inverte.</p> <p>E6- tem uns que tem insônia, não consegue dormir,</p> <p>E7- tem uns que tomam remédio para dormir</p> <p>E9- ... não dormia de noite, só queria dormir durante o dia ... ela de noite tira a roupa de cama das irmãs, lava, aí sai estendendo no corredor, aí sai batendo nas portas, acaba acordando as demais idosas ... Mas às vezes acontece essas turbulências noturnas.</p> <p>E10- ... depois de meio dia, quando você olhar tá todo mundo dormindo...</p> <p>E11- Geralmente eles fazem uso de psicotrópicos, na maioria das vezes, porque tem uma alteração lá no quadro, tem uma agitação, uma inquietação, com risco até de pular da cama, da grade, que já aconteceu, né ... Muitas vezes dormem muito, mesmo as vezes tirando o psicotrópico, não sei por que eles dormem tanto? Alguns!</p> <p>Id.1- ... Dormir consigo demais. ... Tem um medicação pra sono no meio dessa medicação que eu tomo.</p> <p>Id.2: eu tenho problema para dormir, dormir de barriga para cima, tenho pesadelo, mas se for de lado durmo</p> <p>Id.3: durmo, às vezes fico acordado. Meu sono é maneiro ... às vezes fico acordado, com perturbação ... eu tomo remédio para dormir</p>
<b>Percepções dos órgãos dos sentidos (visão, audição, tátil, dolorosa)</b>	<p>E1- ... Não sabem nem diferenciar as cores, na verdade.</p> <p>E2- ... E quando a gente vai virar eles, percebemos que sentem muita dor, acho que já estão com atrofia ...</p> <p>E9- ... algumas tem dificuldade de marcar o bingo, umas é porque não enxerga direito, e outras já não escutam mais ...</p>
<b>Integridade física e cutâneo-mucosa</b>	<p>E1- Não realizam cuidado com a pele. As vezes eles dizem assim ... “Tá ardendo.” ... Quando a gente olha, a pele já tá querendo ficar assadinho ...</p> <p>E2- ... A irmã bate muito nessa tecla da gente sempre usar hidratante, óleo corporal, essas coisas, pra manter porque, pelo fato deles passarem muito tempo na cama, urina, fezes essas coisas, a tendência é sempre ressecar um pouco a pele ... a gente tá sempre observando, prestando atenção se há alguma lesão, algum ressecamento de pele, essas coisas, pra gente poder tratar, né?</p> <p>E3- passa sempre uma hidratação ... um óleo ... nas partes vermelhas ... já que está sempre deitada né, a gente fica hidratando.</p> <p>E4- usa o creme barreira ... passa no bumbum e na virilha.</p> <p>E5- ... para esses idosos acamados a gente fica fazendo ventilação, troca de falta, higienização, para não ter o risco de danificar a pele ...</p> <p>E9- ... a gente hidrata a pele na hora do banho, na hora da troca de fralda... Eles não conseguem passar neles mesmos, eles não lembram, principalmente os que tem Alzheimer</p> <p>E10- ... tá hidratando a pele pra não ficar ressecada ...</p> <p>E11- o idoso completamente dependente, você tem que ter um cuidado maior, elevação de decúbito, evitar que aquele idoso fique muito tempo na mesma posição, evitar que ele fique com as proeminências ósseas aproximadas, para abrir lesão de pressão que também é comum.</p> <p>Id.1- Eu gosto de me cuidar, uso hidratante.</p>
<b>Atividade física</b>	<p>Id.1- ... Eu faço hidroginástica.</p> <p>E3- mas tem alguns que não gostam de fazer atividade física</p> <p>E9- no setor que eu fico a maioria faz fisioterapia ... Algumas aceitam bem, e até pedem</p> <p>E11- Os que tem demência leve, faz. Os que tem demência muito avançada não faz</p> <p>Id.3: não gosto de fazer atividades</p> <p>Id.4: não gosto, não vou fazer atividade não</p>
<b>Segurança física e do meio ambiente</b>	<p>E1- A gente coloca aquelas barrinhas ... Na maioria dos cantos tem barra, no banheiro, em todo canto que a gente leva o idoso tem barra ...</p>

	E2- para os idosos com déficit de cognição que são acamados, a gente coloca grade na cama, pois às vezes eles amanhecem agitados ... E4- ... No banheiro também coloca as barras para eles ficarem segurando durante o banho.
<b>Sexualidade</b>	E4- tem um que fala muita safadeza E6- Damião é só na sacanagem E8- Damião, sei não, eu acho que ele visitou muito a casa das primas, só fala fuleragem rrsrs E10- ... os homens ele tem mais esse fogo, essa tendência, e assim o homem não perde, por muitas vezes a gente pega o idoso se masturbando ... Já tem idoso que não apresenta tanto.

**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

A **subcategoria necessidade de regulação neurológica** apresenta-se bastante comprometida, exercendo, nestes idosos, um dos quadros mais difíceis de se enfrentar, pois está relacionada à perda da capacidade de lembrar de fatos recentes ou pessoas próximas, além de provocar também mal estar nos mesmos, pois, às vezes, pegam-se perdidos nos seus lugares de vivência.

*E4- ... percebo que às vezes ele está perdido no lugar, ... Eles ficam um pouco perdidos no tempo, não sabem a hora de ir, aí a gente tem que está conduzindo ... geralmente esses idosos com algum declínio, eles não lembra não, agente é quem vai e administra o medicamento, a água, comida, tudo.*

O envelhecimento acarreta nos indivíduos alterações em todos os sistemas orgânicos, inclusive no sistema nervoso central, que se apresenta como um dos mais afetados, principalmente na região da cognição, o que leva ao desenvolvimento de déficits na função cognitiva, resultando em esquecimento, lentidão do pensamento, comprometimento da memória recente e preservação de momentos passados, os quais são trazidos à tona com maior frequência (CRUZ et al., 2015b).

Segundo Bernardo (2018), o prejuízo na habilidade processual, leva os idosos com comprometimento cognitivo a vivenciarem situações de forte desconforto, caracterizadas pelo não reconhecimento de rostos ou lugares familiares e não conseguir se orientar no espaço, sendo este último responsável pelo risco dos idosos se perderem.

No que se refere à **subcategoria nutrição**, esses idosos passam a apresentar um nível considerado de dependência para se alimentar, necessitando muitas vezes que os seus cuidadores ofereçam a comida para eles. A dificuldade de mastigação e deglutição também foi evidenciada. Outros aspectos que sofrem bastante interferência com a progressão da degeneração cognitiva e que foram revelados pelos participantes do estudo são necessidades relacionadas as **subcategorias hidratação, eliminação e cuidado corporal**, ficando nítida a necessidade de os cuidadores prover a estes idosos, cuidados no que se refere a lembrar e

ofertar água, assim como, a atenção para a realização de higiene corporal, auxílio na escolha e colocação de roupas e troca de fraldas, principalmente para os idosos que já apresentam limitações próprias de quadros mais elevados de declínio cognitivo.

*E3- ... os idosos com um grau elevado de déficit de cognição dependem de nossa ajuda para alimentação, os mais leves nem tanto, a gente coloca a comida eles comem, mas eu fico olhando e vejo que ficam dispersos e comem pouco... não consegue, muitas vezes atuar ali no que deve, manipular um alimento... não lembram de engolir, de deglutir, perdem ... tendo que fazer uso de dispositivos para ter ingestão enteral ... E4- o idoso por si só já bebe pouca água, e esses com déficit cognitivo, não lembram de beber água. E2 ... Tem uns que suas eliminações já não são controladas, então precisam usar fraldas, ... Os de diurese espontânea, as vezes fazem xixi na calça. I2- eu uso fralda. E10- ... tem que dá o banho, troca de roupa, por que às vezes elas querem colocar a mesma roupa, mas aí a gente tem que explicar que tá suja, que tem que trocar ... I2: consigo me ensaboar sozinho ... nas costas preciso de ajuda, mas é coisa simples, a gente vai atravessando devagarzinho até quando Deus quiser.*

Segundo Souza et al. (2018), as atividades que podem ser comprometidas com o acentuado processo de degeneração da cognição vão desde atividades simples como tomar um banho, alimentar-se, beber água, escolher uma roupa, vestir-se, realizar suas eliminações de forma independente até as mais complexas como se comunicar e lembrar de fatos ocorridos no seu dia.

Ainda no tocante às necessidades da **subcategoria cuidado corporal**, um autocuidado que pode estar, e na maioria das vezes está, prejudicado nestes idosos portadores de algum grau de declínio cognitivo é a higiene bucal.

*E11- tem a questão da escovação, higiene de língua, que tem que tá em cima também, por que o idoso muitas vezes se recusa em abrir a boca, ele está no quadro de demência, ele não vai abrir a boca, não vai, então se você não for lá estimular, pegar uma gaze, fazer uma limpeza, vai acumular bactérias, vai desenvolver algum problema dentário, como existe muita assim nessa fase do idoso né, esses idosos bem demenciados, a questão da dentição é bem importante, porque causa infecções também*

De acordo com Furuta et al. (2013), a higiene bucal é uma condição que também pode estar bastante prejudicada no idoso com declínio cognitivo, principalmente naqueles com diagnóstico da Doença de Alzheimer, favorecendo, desta forma, no aparecimento de agravos na cavidade bucal, como a presença de cáries, gengivites, entre outros danos.

As necessidades da **subcategoria locomoção, motilidade e integridade física e cutâneo-mucosa** sofrem interferência do processo de declínio cognitivo, tornando-se mais acentuadas quando associadas à própria limitação imposta pelo envelhecimento, resultando em dificuldade para andar, levantar-se e mover-se no leito. Tal impossibilidade física poderá acarretar outros danos associadas ao risco eminente de lesão na pele.

*E1- Tem idoso ... que nem se move da cama, aqueles totalmente acamados, nem se mover de um lado pra o outro ele consegue. Nem se virar, no caso. E10- ... A gente vê que a dificuldade desses idosos de andar, vai aumentado a medida que vão ficando mais comprometidos na memória, mas a gente já sabe que é devido ao Alzheimer ... E11- o idoso completamente dependente, você tem que ter um cuidado maior, elevação de decúbito, evitar que aquele idoso fique muito tempo na mesma posição, evitar que ele fique com as proeminências ósseas aproximadas, para abrir lesão de pressão que também é comum. ... I3: eu tive alguma dificuldade .... sair do quarto para ir ao banheiro, tenho que me segurar na parede.*

O idoso com déficit cognitivo acentuado, pode apresentar a síndrome de imobilização ou imobilidade completa, expondo-o a dificuldades na movimentação do corpo, deambulação e comprometimento da integridade da pele, este último mais característico, para os casos de déficit cognitivo severo, onde a situação de ser acamado, já faz parte do cotidiano desses idosos (PEREIRA; ROSA, 2017).

No que diz respeito à **subcategoria atividade física**, esta parece não estar totalmente comprometida nos idosos institucionalizados com declínio cognitivo integrantes do estudo, pois os relatos obtidos revelam que a prática ainda é realizada pelos que têm condições, ficando sem a prática destas atividades os idosos com quadros avançado de declínio cognitivo.

*I1- ... Eu faço hidroginástica. E3- mas tem alguns que não gostam de fazer atividade física. E9- no setor que eu fico a maioria faz fisioterapia ... Algumas aceitam bem, e até pedem. E11- Os que tem demência leve, faz. Os que tem demência muito avançada não faz.*

A prática de atividade física regular é considerada positiva para a saúde física e mental do idoso. Podendo minimizar o uso de medicações e ainda contribuir para um convívio saudável com outras pessoas (SALIM et al., 2011).

Para a OMS, um dos componentes relevantes para se ter uma boa condição de saúde está associado ao estilo de vida, sendo a execução de exercícios físicos um item imprescindível para a promoção de saúde e redução de fatores de risco (WHO, 2005).

A **subcategoria segurança física e meio ambiente** também foi mencionada nos grupos focais. Os cuidadores referiram existir a preocupação em promover a segurança dos idosos a partir da organização do ambiente, através da colocação de barras de apoio, visando a preservar a integridade física dos idosos com declínio cognitivo que apresentam dificuldade de locomoção. A necessidade da colocação de grades também se faz necessária, pois é comum, no quadro de declínio cognitivo mais acentuado, os idosos apresentarem momentos de agitação, ou até mesmo, durante a noite querer levantar-se da cama sozinhos, o que poderia favorecer a quedas, pois muitos já não apresentam um equilíbrio e controle motor adequado.

*E1- A gente coloca aquelas barrinhas ... Na maioria dos cantos tem barra, no banheiro, em todo canto que a gente leva o idoso tem barra ... E2- para os idosos com déficit de cognição que são acamados, a gente coloca grade na cama, pois às vezes eles amanhecem agitados ...*

A literatura ressalta que a alteração no comportamento como agitação, inquietação entre outros sintomas, são condições observadas na evolução da DA, que podem estar relacionadas a desfechos secundários com o maior risco de quedas, devendo por este motivo, e para preservar a vida do idoso, ser empregada as tecnologias cuidativas de segurança, como uso de corrimão, grades de segurança nos leitos, entre outros. Permitindo adaptações do ambiente para a manutenção da segurança física do idoso (SHIMIDT et al., 2018).

Outro aspecto observado referente às necessidades humanas dos idosos com declínio cognitivo está relacionado à **subcategoria sexualidade**. Muitos dos participantes do estudo referiram presenciar ou escutar fatos que caracterizam a necessidade de se compreender e respeitar quando da existência dessas alterações, e não simplesmente julgar ou até recriminá-los, por achar que é algo errado e que não faz parte do contexto de vida desses idosos.

*E4- tem um que fala muita safadeza. E6- Damião é só na sacanagem. E8- Damião, sei não, eu acho que ele visitou muito a casa das primas, só fala fuleragem rrsrrs. E10- ... os homens ele tem mais esse fogo, essa tendência, e assim o homem não perde, por muitas vezes a gente pega o idoso se masturbando ... Já tem idoso que não apresenta tanto.*

Nos idosos com diagnóstico de DA, que se caracteriza por declínio dos múltiplos domínios cognitivos, é comum que os indivíduos por ela acometidos apresentem sintomas neuropsiquiátricos e alterações do comportamento, como: ansiedade, agitação, alucinações, comportamentos motores inadequados, psicoses, alteração na personalidade e na libido. (CHAVES; PRADO; CAIXETA, 2012).

No que diz respeito à **subcategoria percepção dos órgãos dos sentidos**, foi possível detectar nas indagações dos participantes observações sobre dificuldades de escutar, enxergar e diferenciar cores. Também foi referida pelos cuidadores a manifestação de dor por estes idosos, principalmente os acamados.

*E1- ... Não sabem nem diferenciar as cores, na verdade. E2- ... E quando a gente vai virar eles, percebemos que sentem muita dor, acho que já estão com atrofia ... E9- ... algumas tem dificuldade de marcar o bingo, umas é porque não enxerga direito, e outras já não escutam mais ...*

O processo de envelhecimento traz aos indivíduos diversas alterações, podendo estas ser lenta para alguns, ou mais rápida para outros. Contudo, apesar de este processo não ser relacionado diretamente com doenças ou incapacidades, algumas alterações podem ser dependentes de fatores como estilo de vida, condições econômicas ou doenças crônicas, e quando associados ao processo de declínio cognitivo vivenciados por muitos idosos, trazem prejuízos para a vida destes. Como, por exemplo, o surgimento da presbiacusia associada ao declínio cognitivo, o que promoverá no idoso uma dificuldade para reconhecimento de palavras e compreensão de sentenças (BRUCKMANN; PINHEIRO, 2015).

Em relação à **subcategoria sono e repouso**, foi relatada a existência de dificuldades para iniciar e manter o sono durante a noite, presença de agitação, uso de medicamentos contínuos, troca do dia pela noite e dificuldade para despertar.

*E4-... tem alteração do sono, não é com muita frequência, mas tem, as vezes troca o dia pela noite, aí às vezes inverte. E6- tem uns que tem insônia, não consegue dormir. E11- Geralmente eles fazem uso de psicotrópicos, na maioria das vezes, porque tem uma alteração lá no quadro, tem uma agitação, uma inquietação, com risco até de pular da cama, da grade, que já aconteceu, né ... Muitas vezes dormem muito, mesmo as vezes tirando o psicotrópico, não sei por que eles dormem tanto? Alguns! I3: durmo, às vezes fico acordado. Meu sono é maneiro ... às vezes fico acordado, com perturbação ... eu tomo remédio para dormir.*

O sono e repouso é um outro indicador bastante prejudicado, pois sofre interferência da disfunção cognitiva apresentada pelos idosos institucionalizados, o que resulta em impacto negativo, devido ao comprometimento da qualidade e quantidade do sono. Essas modificações no padrão do sono promove alteração no equilíbrio homeostático, humor, resposta comportamental e habilidade de adaptação. Todavia, esta situação leva esses idosos a consumirem drogas hipnóticas que não são isentas de efeitos colaterais e podem interagir com



outras medicações que os mesmos fazem uso, comprometendo ainda mais o processo saúde-doença (ZIMMERMANN, 2015).

### **Categoria – Necessidades Psicossociais**

Esta categoria aborda sobre as subcategorias relacionadas a necessidades de comunicação, recreação e lazer, gregária, amor e aceitação, autoestima e atenção, as quais caracterizam o aspecto de socialização vivenciados pelos idosos (Quadro 12).

**Quadro 12-** Subcategoria: comunicação, recreação e lazer, gregária, amor e aceitação, autoestima e atenção

<b>Subcategoria</b>	<b>Falas que representam a subcategoria</b>
<b>Comunicação</b>	<p>E1- ... Percebo muita dificuldade de alguns para entender o que a gente fala, muita ... Os idosos com declínio mais grave ainda é pior, eles não falam. ...Porém, tem idosos, ... Eles fecham a boca, é um sinal que a gente entende, que não aceitam mais ou não quer aquele tipo de alimentação.</p> <p>E1- A comunicação entre eles é rara. Os que tem mais leve, faz uma amizade que às vezes não sabe nem o nome. Outras até sabem o nome.</p> <p>E2- Alguns entendem o que é que a gente fala. E respondem, na consciência deles, né? ... Os idosos com demência leve como Rosa, Seu Tarcísio, que são os mais leves, eles conseguem se comunicar. ... os com Alzheimer avançado, a maioria não fala, né? A maioria eles não conseguem se expressar, não conseguem dizer o que querem.</p> <p>E3- tem uns que ficam voltando, volta ao início da conversa, ai começa tudo de novo</p> <p>E4- Alguns não compreendem o que a gente fala ... Tem alguns que conversam entre eles</p> <p>E5- às vezes sinto dificuldade em me comunicar ... a dificuldade em se comunicar está em ele não lembrar que a gente fez as coisas para ele ...</p> <p>E7- tem uns que eu falo, eles escutam, mas acho que não entende</p> <p>E8- tem uns que consigo conversar sim, não tenho problema</p> <p>E8- na interação de modo geral, sim eu consigo com eles, só com alguns, que é mais difícil.</p> <p>E9- A gente conversa, como se tivesse conversando com uma criança ... tem uns que a gente pergunta as coisas, e eles respondem completamente diferente, a gente tenta entrosar, tenta conversar, mas eles vivem no mundinho deles ... Keilinha em alguns momentos conversa tranquilamente e em outros se perde. No caso de Luci e Marluce não, elas vão conversando coerentemente</p> <p>E10- ... tem coisas que eles falam que a gente sabe que dá para entender e tem coisas que não... tem a pessoa que não é muito fã, não quer conversar não, _não pergunte nada não que eu não quero responder não. Já existe a pessoa que as vezes só de ver uma pessoa conversando, já fica perguntando, _vai vim falar comigo também?</p> <p>E11- ... geralmente eles entendem... Nos idoso com declínio mais grave a gente tem que interagir de todo jeito, porque querendo ou não eles estão ali, eles estão presentes, pode ser que eles não falem com você, mas você estimula, conversa... Existe um ser ali, aquela pessoa tá ali, tá viva e se você estimular, nem que você disser qualquer coisa ele responde, nem que seja com um gesto, com um olhar, é muito comum com o olhar, né como eles não falam,</p> <p>E11- ... eles se expressam por uma posição, um gemido, pulso alterado, expressão da face, a gente já nota que tá com dor, tem uns que tem dificuldade para falar.</p> <p>E11- Geralmente eles não interagem muito entre eles ..., porque eles ficam, ... eles ficam brigando de onde eles estão com outro falando coisa sem nexo e os outros às vezes se irritam, cantam, ou outro grita, então a gente vê que não tem interação.</p> <p>Id.1- Consigo me comunicar, mas não há muita amizade não... Os idosos daqui um nível de escolaridade muito baixo. Aí fica ruim de comunicar ... Pessoas de nível de escolaridade diferente acho que não combina muito não.</p> <p>Id.4: eu gosto de interagir, de conversar com os outros</p> <p>Id.2- ... converso, principalmente com as pessoas que vem fazer visita, que dão um boa tarde bem saudável, um boa noite, um bom dia, um aperto de mão é muito sensacional</p>
<b>Recreação e</b>	E1- A maioria dos idosos com declínio mais acentuado não aceita atividades de lazer.

<p><b>lazer</b></p>	<p>É muito raro ... Tem o pessoal que traz brincadeira, mas eles não aceitam, eles não gostam de participar das brincadeiras. ... Tem outras que até gostam de desenhar, de pintar, de brincar de dominó, mas a maioria não. Agora eles gostam mesmo é de dançar forró.</p> <p>E2- Os idosos com declínio cognitivo que andam, vão fazer atividades, agora os acamados não, né? Porque ele não têm noção e nem têm movimento.</p> <p>E2- ...vão nas festinhas... Quando eles não querem, alguns que a gente chama e eles não querem ir, também a gente não insiste, porque tem que ser da vontade deles, né?</p> <p>E4- quem mais participa das brincadeiras são as meninas, elas gostam mais... também tem umas que pede para passear...</p> <p>E4- são poucos os que gostam de participar de atividades de lazer</p> <p>E5 - ... muitos já não querem festinhas ...</p> <p>E6- ...já tem uns homens que gostam, como Robson, ele gosta muito de dançar.</p> <p>E7- ... para participar das brincadeiras também, tem uns que a gente precisa insistir para levar, e muitas vezes eles nem participa ... aqui fizeram um passeio para a Lagoa ... eles voltaram felizes</p> <p>E9- tem atividades ... joga dominó, quebra cabeça, pintura, faz objetos de papel com eles ... outros gostam muito de bingo.</p> <p>E10 ... eles gostam se tiver festa... se tiver bingo do mesmo jeito ... Agora tem alguns que nem adianta, nem chame que você vai levar uma cortada na hora.</p> <p>E10- Tem uma idosa que a gente percebeu que devido a evolução do Alzheimer ela parou de fazer o crochê que ela gostava muito.</p> <p>E11- Eles participam, eles dançam, quando é com música, ..., eles parecem que vem uma lembrança, a questão da música, cantam. Às vezes a gente coloca um sonzinho na sala, aí um canta ... Ou seja, tem uns que cantam, outras ficam paradas ... Geralmente os que não tão num grau de demência muito avançado eles gostam, quando chama eles vão, agora aqueles totalmente demenciados eles, às vezes estão tão parados, ou então se recusam, mas de todo jeito, a gente tenta levar, principalmente para as atividades em grupo.</p> <p>Id.1- Eu participo, mas não gosto. ... Eu gosto de escutar música...</p> <p>Id.2: eu estou parado em atividade, no início eu participava, de trabalho manual né, artesanato, poesia, fazia algumas poesias. Agora estou parado, tenho desequilíbrio. Mas quando posso eu vou, pois gosto muito...</p> <p>Id.3: ... não vou muito não, mas acho o bingo uma coisa divertida ... tenho dificuldade para marcar</p> <p>Id.4: a um bingo eu gosto demais ... gosto também demais de dançar</p>
<p><b>Gregária</b></p>	<p>E1- ... eles sempre referem saudades ... Eles sentem muita falta da família</p> <p>E2- A gente sente aquela tristeza, principalmente pela falta da família</p> <p>E3- ... na ala masculina a maioria não gosta de se reunir ...</p> <p>E7- ... mas uma coisa que eles sentem é falta da família</p> <p>E9- ... temos idosos que quando eles vê um grupo de alunos reunidos, eles já pensam que é festa entendeu, pensam que é alguma atividade para eles, e começam a chegar... tem as duas realidades, tem a realidade de querer tá em grupo e tem a realidade de não quer de jeito nenhum.</p> <p>E10- ... gosta de tá ali com os outros idosos participando das festas ...</p> <p>E11- ... eu acho que eles sentem muita tristeza por morar numa instituição de longa permanência né, as vezes alguns não sabe nem que mora, outros não sabem onde estão, mas assim, a ausência da família, ... esse vínculo é geralmente é o que falta ...</p> <p>Id.2- ... também gosto de estar reunidos com os amigos.</p> <p>Id.4: ... a gente vai a festinha dos aniversariantes do mês, eu gosto de me reunir.</p>
<p><b>Amor, aceitação,</b></p>	<p>E1 - ... Então eles reclamam muito ... Tem dias que eles estão muito deprimidos... Porque meu filho não veio</p> <p>E2- Família quando não vem, sabe, eles ficam quietinhos ... Aí fica aquela tristeza ... Alguns são meio, assim, tristonhos ... Outros, quando aparece família, a gente percebe que esboçam alguma reação, alguma felicidade, outros não, permanecem do mesmo jeito.</p> <p>E4- ... às vezes fica até agitado ...</p> <p>E10- ... o que mais deixa o idoso depressivo, o que mais leva o idoso a cair é a falta da família ...</p> <p>E11- ... às vezes apresenta uma irritabilidade...</p>

<b>Auto estima</b>	Id.1- ... meu jeito é esquisito. Sou um cara esquisito, abusado ...
<b>Atenção</b>	E3 - ... eles ficam chamando _ vem, vem logo, a gente tem que tá ajudando, não pode deixar o outro pra ir atender ele, aí fica o idoso fica aperreando, agitado chamando, chamando, ... E4- Antônio Ferreira chama demais, ele que muita atenção E5- Eles também ficam com ciúme, acha que você tá dando mais atenção a um do que a outro. Ficam com raiva E8- tem um que para chamar a atenção fica gritando até alguém ir lá E9- ... tem a realidade da pessoa que ela quer chamar atenção, porque ela quer uma pessoa sempre do lado dela, ela que atenção ...

Fonte: dados da pesquisa, 2019

Com relação à **subcategoria necessidade de comunicação**, foi evidenciado, por meio dos relatos, existir, em algumas situações, a dificuldade para se comunicar, contudo, outros já verbalizam se comunicar sem dificuldades. No que se refere à comunicação entre eles, alguns responderam ser rara.

*E1- A comunicação entre eles é rara. Os que tem mais leve, faz uma amizade que às vezes não sabe nem o nome. Outras até sabem o nome. E2- Alguns entendem o que é que a gente fala. E respondem, na consciência deles, né? ... Os idosos com demência leve como ..., que são os mais leves, eles conseguem se comunicar. ... os com Alzheimer avançado, a maioria não fala, né? A maioria eles não conseguem se expressar, não conseguem dizer o que querem. I4: eu gosto de interagir, de conversar com os outros.*

A linguagem é um aspecto que sofre significativa influência com o avançar do declínio cognitivo, pois o indivíduo vai, ao longo do tempo, evoluindo com alterações na capacidade de falar, se expressar, compreender e nomear objetos, o que poderá levar a uma dificuldade em manter uma comunicação de fato. Contudo, tal característica parece estar mais acentuada, nos indivíduos portadores do transtorno neurocognitivo maior, também conhecido como demência, onde as funções cognitivas são mais prejudicadas, por se caracterizar como um processo evolutivo de degeneração das funções mentais (ARAÚJO; NICOLE, 2010). Todavia, existem alguns casos onde o idoso consegue manter uma certa interação, devendo tal aspecto ser estimulado para evitar uma progressão maior do declínio cognitivo.

A **subcategoria atividades de recreação e lazer** pareceu não estar totalmente comprometida nos idosos que participaram do estudo, pois foi revelada pelos próprios idosos e também pelos seus cuidadores a manutenção de práticas de atividades lúdicas como jogar bingo, pintar, realizar passeios, escutar música e dançar.

*E10 ... eles gostam se tiver festa... se tiver bingo do mesmo jeito ... Agora tem alguns que nem adianta, nem chame que você vai levar uma cortada na hora. E11- Eles participam, eles dançam, quando é com música, ..., eles parecem que vem uma*

*lembrança, a questão da música, cantam. Às vezes a gente coloca um sonzinho na sala, aí um canta ... Ou seja, tem uns que cantam, outras ficam paradas ... Geralmente os que não tão num grau de demência muito avançado eles gostam, quando chama eles vão, agora aqueles totalmente demenciados eles, às vezes estão tão parados, ou então se recusam, mas de todo jeito, a gente tenta levar, principalmente para as atividades em grupo. I4: a um bingo eu gosto demais ... gosto também demais de dançar*

Segundo Ramos et al. (2018), os idosos submetidos a atividades que promovem a estimulação cognitiva preservam maior autonomia para a execução de AIVD. Revelando existir um aumento na capacidade de abstração, rapidez psicomotora e organização perceptiva. Outros benefícios percebidos estão relacionados ao aumento do nível do humor, diminuição de sintomas de depressão, melhora nos sentimentos de autoconceito, autoestima e autonomia, e uma demonstração de satisfação com a vida.

Os benefícios da musicoterapia estão associados à produção nos indivíduos de sentimentos positivos, como o de se sentir acolhido, favorecendo também na recuperação física, mental e emocional (NEMES et al., 2017).

Corroborando os autores supracitados, sobre a importância da prática de atividade de recreação e lazer, Foster et al. (2013) e Rylatt (2012), discorrem sobre o destaque que a dança vem ganhando no campo terapêutico, devido aos reais benefícios que a sua prática promove ao idoso, sendo considerada uma terapia alternativa no tratamento de doenças como Parkinson, demências, epilepsia, depressão e ansiedade.

No que concerne às **subcategorias necessidades de atenção, amor/aceitação, autoestima e gregária**, os relatos versavam sobre a existência de sentimentos negativos sobre si mesmo, a necessidade de chamar atenção e a ausência da família, situações que inevitavelmente, geram sentimentos de tristezas, o qual foi relatado diversas vezes. Foi ainda relatado que alguns idosos sentem muita vontade de estar em grupo.

*E3 - ... eles ficam chamando \_ vem, vem logo, a gente tem que tá ajudando, não pode deixar o outro pra ir atender ele, aí fica o idoso fica aperreando, agitado chamando, chamando, ... II- ... meu jeito é esquisito. Sou um cara esquisito, abusado ... E1 - ... Então eles reclamam muito ... Tem dias que eles estão muito deprimidos... Porque meu filho não veio E11- ... às vezes apresenta uma irritabilidade... E9- ... temos idosos que quando eles vê um grupo de alunos reunidos, eles já pensam que é festa entendeu, pensam que é alguma atividade para eles, e começam a chegar... tem as duas realidades, tem a realidade de querer tá em grupo e tem a realidade de não quer de jeito nenhum. E4- ... às vezes fica até agitado ... E11- ... às vezes apresenta uma irritabilidade...*

Torres et al. (2010) evidenciam a significativa contribuição que a presença da família oferece para a manutenção da integridade física e psicológica dos idosos. Devendo ser valorizada e também estimulada junto aos familiares a visitação destes aos seus parentes idosos que se encontram institucionalizados.

Outro componente comum e característico em idosos que apresentam um quadro de declínio cognitivo avançado, como observado na demência, é a presença de sintomas comportamentais e psicológicos, os quais caracterizam-se por sinais e sintomas associados aos transtornos de percepção, de conteúdo, de humor ou do comportamento, sendo os mais recorrentes, o delírio, a irritabilidade, apatia, alterações alimentares, euforia, disforia, ansiedade, tristeza entre outros. Provocando nos idosos e em seus cuidadores um sofrimento intenso (SILVA et al., 2018).

### **Categoria – Necessidade Psicoespiritual**

Nesta categoria, estão presentes aspectos relacionados à subcategoria necessidade de espiritualidade, como apresentado no Quadro 13.

**Quadro 13-** Subcategoria: espiritualidade

<b>Subcategoria</b>	<b>Falas que representam as subcategorias</b>
<b>Espiritualidade</b>	<p>E1- ... os que tem um déficit leve, eles vão à missa ... A gente percebe que os que participam de atividades religiosas são mais felizes. Eles interagem melhor. E os que não participam não, são mais bravos, agressivos.</p> <p>E2- ... Tem uma irmã que vem rezar sempre. Mas só quem participa é Rosa, os demais não ...</p> <p>E4- ... a espiritualidade é muito pouca, eles não tem, e quando tem, são poucos ...</p> <p>E9- ... eu percebo que elas ficam felizes quando vão a missa ...</p> <p>E10- ... seis horas e já vou acordando as três, mas a primeira coisa que ela faz é ler a bíblia, não tem quem tire isso dela...</p> <p>E11- ... Geralmente os idosos frequentam muito a capela, porque tem missa todos os dias... A gente percebe, que aquilo ali acalma...</p> <p>Id.1- Eu vou à missa no domingo.... Eu sinto uma realização. Uma realização naquele plano ali, no plano espiritual. Fiz minha parte. É isso que eu sinto.</p> <p>Id.2:sou católico, mas não sou praticante, porque sinto dificuldade. Dificuldade de andar de conseguir uma pessoa que esteja de bom humor para conduzir um deficiente ...</p> <p>Id.3: sou espírita, não prático</p> <p>Id.4- sou católica, assisto na televisão. E importante, é bom rezar, Deus ajuda a gente ...</p>

**Fontes:** dados da pesquisa, 2019

A **subcategoria espiritualidade** parece estar significativamente comprometida nos idosos com declínio cognitivo, pois, segundo os relatos dos entrevistados, são poucos os idosos que mantêm a prática de atividades que envolvem a espiritualidade. No entanto, os

entrevistados foram categóricos em afirmar que a manutenção da referida atividade nos idosos que ainda a praticam promove sentimentos de felicidade.

*E1- ... os que tem um déficit leve, eles vão à missa ... A gente percebe que os que participam de atividades religiosas são mais felizes. Eles interagem melhor. E os que não participam não, são mais bravos, agressivos. E4- ... a espiritualidade é muito pouca, eles não tem, e quando tem, são poucos ... II- Eu vou à missa no domingo.... Eu sinto uma realização. Uma realização naquele plano ali, no plano espiritual. Fiz minha parte. É isso que eu sinto.*

Estudos demonstram haver uma diminuição da espiritualidade e religiosidade nos pacientes com DA, associando tal evento às limitações cognitivas produzidas pela patologia. Contudo, para aqueles idosos portadores da DA que mantêm a prática religiosa, observa-se que os mesmo conseguem enfrentar com positividade os estágios iniciais da doença (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018).

No contexto das alterações orgânicas e estruturais a que está exposto o idoso com declínio cognitivo, pode-se observar, por meio das indagações dos participantes, que as atividades relacionadas à regulação neurológica, alimentação, hidratação, eliminação e ao cuidado corporal são bastante afetadas, sendo estas, talvez, um dos maiores indicativos dos prejuízos causados pela presença de declínio cognitivo. Todavia, a evolução desta condição clínica acarreta no idoso institucionalizado uma série de alterações, as quais promovem um aumento crescente da dependência de cuidados e também de atenção.

Neste contexto, faz-se importante a identificação das necessidades de saúde apresentadas por estes idosos, assim como também do seu estado cognitivo, para que sejam traçadas metas de cuidados, que possibilite uma melhor assistência a esta população, contribuindo assim para a qualidade de vida deles (ANDRADE et al., 2017).

Desta forma, faz-se importante a realização deste estudo, pois buscou identificar as necessidades humanas básicas alteradas no idoso institucionalizado com declínio cognitivo, visando a propor a esta população um cuidado personalíssimo, que possa atender as necessidades identificadas.

Após a devida identificação do indicadores, foi possível realizar a construção da versão 1 do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo.

#### 4.2 Elaboração do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo, versão 1.

O instrumento de coleta de dados que será utilizado na realização de consultas de enfermagem foi estruturado para que fosse de fácil compreensão e aplicação. Diante disso, para iniciar esta fase, foi realizada uma busca de outros modelos de instrumentos de coleta de dados já publicados.

Mediante avaliação de cada modelo de instrumento encontrado na busca anteriormente realizada, optou-se por construir o instrumento versão 1 na formatação apresentada na Figura 6.

**Figura 6-** Versão 1- Instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo

<b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS</b>	
<b>Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo</b>	
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO</b>	
Nome: _____ Data: ___/___/___	
Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M Data de Nascimento: ___/___/___	
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Tempo de institucionalização: _____	
Aposentado: ( ) Sim ( ) Não Benefício: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____	
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>	
<b>SINAIS VITAIS e DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>	
T _____ °C FC _____ bpm R _____ irpm PA _____ mmHg P _____ bpm	
Altura _____ cm Peso _____ Kg IMC _____	
<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>	
<b>NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS</b>	
<b>Regulação Neurológica</b>	
Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Torporoso	
Estado Cognitivo:	
Atenção: ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso	
Memória imediata: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	
Memória recente: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	
Memória remota: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	
<b>Nutrição</b>	
Aceitação alimentar: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente	
Deglutição: ( ) Satisfatória ( ) Precária	
Auxílio para se alimentar: ( ) Sim ( ) Não	
Via de administração do alimento: ( ) Oral ( ) Gastrostomia	
Uso de Prótese: ( ) Sim ( ) Não	
<b>Hidratação</b>	
( ) Hidratado ( ) Desidratado	
Turgor e elasticidade da pele: ( ) Preservado ( ) Diminuído	
Ingesta hídrica: Frequência _____ Volume _____	
Solicita ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não	
Precisa de auxílio para ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não	
<b>Eliminação</b>	
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Incontinência urinária ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria	
Aspecto da diurese: _____	
Constipado: ( ) sim ( ) não	
<b>Percepção dos órgãos dos sentidos (visual, auditiva, tátil e dolorosa)</b>	
Acuidade visual diminuída: ( ) Sim ( ) Não	

Condição da audição: ( )Normal ( )Diminuída Dor a estimulação tátil: ( ) Sim ( ) Não Como expressa a dor: ( ) Relato verbal ( ) Expressão não verbal
<b>Integridade física</b> Condições da pele: ( ) Íntegra ( ) Presença de lesão ( ) Ressecada Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hiperemiada
<b>Sono e Repouso</b> Sono preservado: ( ) Sim ( ) Não Horário do sono: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno Características do sono: ( ) Insônia ( ) Acorda durante à noite Usa medicamento para dormir: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____
<b>Cuidado Corporal</b> Higiene do corpo: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Auxílio para o banho: ( ) Sim ( ) Não Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Auxílio para realizar a higiene bucal: ( ) Sim ( ) Não Problemas dentários: ( ) Sim ( ) Não
<b>Atividade Física e Motilidade</b> Exercício Físico regular: ( ) Sim ( ) Não Tipo de exercício: _____ Dor ao movimento: ( ) Sim ( ) Não Limitação física: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____ Auxílio para se movimentar: ( ) Sim ( ) Não Rigidez de pescoço: ( ) Sim ( ) Não
<b>Locomoção</b> Deambula: ( ) Sim ( ) Não Se não: ( ) Acamado ( ) Cadeirante Auxílio para deambular: ( ) Sim ( ) Não Uso de Órtese: ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Bengala Equilíbrio Preservado: ( ) Sim ( ) Não
<b>Sexualidade</b> Aumento da libido: ( ) Sim ( ) Não
<b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b>
<b>Amor, Aceitação e Autoestima</b> Sentimentos: ( ) Tristeza ( ) Solidão ( ) Felicidade Manifestação de sentimentos e emoções: ( ) Choro ( ) Manha ( ) Deprimidos ( ) Isolamento ( ) Irritado ( ) Agressivo ( ) Inquieto ( ) Pensamento negativo de si mesmo
<b>Atenção e Gregária</b> Solicita Atenção: ( ) Sim ( ) Não Como? _____ Solicita Visita: ( ) Sim ( ) Não
<b>Comunicação</b> Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada Causa: _____ Comunicação não verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada
<b>Recreação e lazer</b> Participam de atividades em grupo: ( ) Sim ( ) Não Realiza Passeios: ( ) Sim ( ) Não Atividades que gosta de participar: ( ) Bingo ( ) Música ( ) Dança ( ) Pintar ( ) Ações Educativas
<b>Segurança física e Meio ambiente</b> Uso de Corrimão: ( ) Sim ( ) Não Grades na Cama: ( ) Sim ( ) Não
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>
<b>Espiritualidade</b> Religião: ( ) Sim ( ) Não. Qual? _____ Necessidade de participar de cerimônias religiosas: ( ) Sim ( ) Não
<b>IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTERCORRÊNCIAS ou OBSERVAÇÕES</b>
<b>Enfermeira:</b> _____ <b>COREN:</b> _____ <b>DATA:</b> ___/___/___



A formatação utilizada buscou facilitar o preenchimento e visualização dos dados considerados necessários para integrar o instrumento, como: identificação da instituição de longa permanência para idosos; itens sobre o aspecto sociodemográfico como nome completo, data, idade em anos, sexo, data de nascimento, escolaridade, profissão, tempo de institucionalização, se aposentado ou beneficiário de algum programa e antecedentes pessoais; itens relacionados a dados para a prestação do cuidado, como os sinais vitais, dados antropométricos e os indicadores e sua inserção nas necessidades humanas básicas pertinentes; por fim os dados do serviço, como: espaço para anotação das observações realizadas pelo enfermeiro/a; local para anotação do número de registo único do profissional de enfermagem, que, no Brasil, é reconhecido como o número do Conselho de Enfermagem Regional- COREN, devendo este legalmente ser carimbado e assinado, e por fim, local para registro da data do documento.

Após feita a construção do instrumento versão 1, foi realizada a etapa de validação com juízes especialistas, considerados experts para executar tal ação.

### 4.3 Validação do instrumento de coleta de dados com os juízes especialistas

Das 15 enfermeiras que receberam os documentos para validação do instrumento, apenas oito retornaram os documentos devidamente preenchidos no prazo determinado. Na Tabela 4, segue a caracterização da amostra, que, nesta fase do estudo, é representada pelos enfermeiros, considerados juízes especialistas, os quais fizeram a validação do instrumento.

**Tabela 4-** Caracterização dos juízes especialistas selecionados para a validação dos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas, do conteúdo e aparência do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo

CARACTERÍSTICAS	N	%
<b>SEXO</b>		
Feminino	8	100
Masculino	0	0
<b>IDADE</b>		
20 – 30	1	12,5
31 – 40	4	50
41 – 50	2	25
Acima de 60 anos	1	12,5
<b>ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COMO ENFERMEIRA</b>		
Menos de 1 ano	0	0
1 – 5	1	12,5
6 – 10	0	0

11 – 15	3	37,5
16 – 20	1	12,5
Acima de 20 anos	3	37,5

#### NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

Especialização	1	12,5
Mestrado	2	25
Doutorado	5	62,5
Pós Doutorado	0	0

#### ANOS DE EXPERIÊNCIA EM GERONTOLOGIA

Menos de 1 ano	0	0
1 – 5	1	12,5
6 – 10	4	50
11 – 15	3	37,5
16 – 20	0	0
Acima de 20 anos	0	0

**Fonte:** dados da pesquisa, 2019

Participaram da etapa de validação do instrumento versão 1, que ocorreu nos meses de dezembro de 2018 a janeiro de 2019, oito enfermeiras com atuação nas áreas gerencial, assistencial e docência. Conforme demonstrado na tabela 4, todas as participantes 100% (n = 8) são do sexo feminino, 50% (n = 4) tem idade entre 31 e 40 anos, 25% (n = 2) entre 41 e 50 anos, 12,5% (n = 1) na faixa de 20 a 30 e 12,5% (n = 1) acima de 60 anos. No que se refere aos anos de experiência profissional como enfermeira, 37,5% (n = 3) tinham experiência entre 11 a 15 anos, as outras 37,5% (n = 3) afirmaram tê-la acima de 20 anos, 12,5% (n = 1) de 1 a 5 anos e 12,5% (n = 1) de 16 a 20 anos. Com relação ao nível de educação em enfermagem, 62,5% (n = 5) possuem doutorado, 25% (n = 2) mestrado e 12,5% (n = 1) especialização. Foi também investigado o tempo de experiência na área de gerontologia, onde se observou que 100% (n = 8) das colaboradoras atuavam na área, sendo os anos de experiência divididos da seguinte forma: 50% (n = 4) de 6 a 10 anos, 37,5% (n = 3) com 11 a 15 anos de experiência e 12,5% (n = 1) referiram ter de 1 a 5 anos.

Todas as enfermeiras participantes do estudo como juízes especialistas possuíam experiência na área de gerontologia, fator considerado relevante, pois agregava conhecimento teórico e vivência da prática profissional. De acordo com o modelo de Fehring (1987), uma das dificuldades apresentadas para a implantação deste modelo de validação, está na obtenção de enfermeiros peritos/especialista na temática, sugerindo, desta forma, critérios a serem seguidos, que possam evidenciar o conhecimento destes especialistas sobre o tema escolhido,

tais como: anos de experiência na prática de enfermagem; pesquisas conduzidas sobre a temática investigada; artigos publicados na área e participação em conferências, congressos ou cursos que promovam a ampliação do conhecimento.

Foram apresentados no instrumento versão 1, 117 itens para serem avaliados e validados. Estes itens estão divididos da seguinte forma: 26 itens para validação do conteúdo e 91 itens referem-se aos indicadores empíricos de necessidades humanas básicas dos idosos institucionalizados com declínio cognitivo. Dos 117 itens submetidos à validação, 94% (n = 110) alcançaram IVC igual ou maior que (0.80) e 6% (n = 7) obtiveram IVC inferior a (0.80). Destes 110 que apresentaram validação, 77% (n = 85) são os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas e 23% (n = 25) referentes aos itens sociodemográficos, dados do serviço e prestação do cuidado, os quais contemplaram o instrumento e fazem parte da validação do conteúdo. Todos os itens avaliados no instrumento estão apresentados no Quadro 15 com o respectivo valor correspondente ao seu IVC.

**Quadro 14-** Apresentação dos Índices de Validade de Conteúdo (IVC) dos indicadores de necessidades humanas básicas e conteúdo do instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo – versão 1

Dados sociodemográfico	IVC
<b>4- Dados de identificação do idoso</b> Nome, Data, Idade, Sexo: ( ) F ( ) M, Data de Nascimento, Escolaridade, Profissão, Tempo de Institucionalização, Aposentado: ( ) Sim ( ) Não, Benefício: ( ) Sim ( ) Não	0,87
<b>2- Antecedentes pessoais</b>	0,75
<b>5- Sinais Vitais e Dados Antropométricos</b> T ___ °C, FC ___ bpm, R ___ irpm, PA ___ mmHg, P ___ bpm, Altura ___ cm, Peso ___ Kg, IMC ___	1.0
<b>4- Necessidades Humanas Básicas</b>	0,87
<b>5- Necessidades Psicobiológicas</b>	0,87
<b>6- Regulação Neurológica</b>	1.0
Nível de Consciência:	
7- Consciente	1.0
8- Sonolento	1.0
9- Torporoso	0,87
Estado Cognitivo (Atenção):	
10- Orientado	0,87
11- Desorientado	0,87
12- Confuso	0,85
13- Memória imediata: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	0,75
14- Memória recente: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	0,75
15- Memória remota: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	0,62
<b>16- Nutrição</b>	1.0
Aceitação Alimentar:	
17- Boa	1.0
18- Regular	1.0
19- Insuficiente	1.0
20- Deglutição: ( ) Satisfatória ( ) Precária	0,75
21- Auxílio para Alimentar: ( ) Sim ( ) Não	0,87
Via de Administração do Alimento:	
22- Oral	0,87

23- Gastrostomia	0.87
24- Uso de Prótese: ( ) Sim ( ) Não	0.87
25- Hidratação	1.0
26- Hidratado	1.0
27- Desidratado	0.87
28- Turgor e elasticidade da pele: ( ) Preservado ( ) Diminuído	0.87
29- Ingestão hídrica: Frequência _____ Volume _____	1.0
30- Solicita ingestão hídrica: ( ) Sim ( ) Não	1.0
31- Precisa de auxílio para ingestão hídrica: ( ) Sim ( ) Não	1.0
32- Eliminação	0.87
Diurese:	
33- Espontânea	0.87
34- Fralda	1.0
35- Incontinência urinária	1.0
36- Poliúria	1.0
37- Oligúria	1.0
38- Nictúria	1.0
39- Aspecto da diurese: _____	0.87
40- Constipado: ( ) Sim ( ) Não	0.87
41- Percepção dos Órgãos dos Sentidos (visual, auditiva, tátil e dolorosa)	1.0
42- Acuidade visual diminuída: ( ) Sim ( ) Não	0.87
43- Condição da audição: ( ) Normal ( ) Diminuída	0.87
44- Dor a estimulação tátil: ( ) Sim ( ) Não	1.0
Como expressa a dor:	
45- Relato verbal	1.0
46- Expressão não verbal	1.0
47- Integridade Física	0.87
Condições da pele:	
48- Íntegra	1.0
49- Presença de lesão	0.87
50- Ressecada	0.87
Coloração da pele:	
51- Normocorada	0.87
52- Hiperemiada	0.87
53- Sono e Repouso	1.0
54- Sono preservado: ( ) Sim ( ) Não	1.0
Horário do Sono:	
55- Matutino	1.0
56- Vespertino	1.0
57- Noturno	1.0
Características do sono:	
58- Insônia	1.0
59- Acorda durante à noite	1.0
60- Usa medicamento para dormir: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____	1.0
61- Cuidado Corporal	0.87
62- Higiene do corpo: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	0.87
63- Auxílio para o banho: ( ) Sim ( ) Não	1.0
64- Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória	0.87
65- Auxílio para realizar higiene bucal: ( ) Sim ( ) Não	1.0
66- Problemas dentários: ( ) Sim ( ) Não	1.0
67- Atividade Física e Motilidade	0.87
68- Exercício físico regular: ( ) Sim ( ) Não Tipo de exercício: _____	0.87
69- Dor ao movimento: ( ) Sim ( ) Não	0.87
70- Limitação física: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	1.0
71- Auxílio para se movimentar: ( ) Sim ( ) Não	1.0
72- Rigidez de pescoço: ( ) Sim ( ) Não	1.0
73- Locomoção	1.0
74- Deambula: ( ) Sim ( ) Não Se não: ( ) Acamado ( ) Cadeirante	1.0
75- Auxílio para deambular: ( ) Sim ( ) Não	1.0

Uso de órtese:	
76- Andador	1.0
77- Cadeira de rodas	1.0
78- Bengala	1.0
79- Equilíbrio Preservado: ( ) Sim ( ) Não	1.0
80- Sexualidade	0.87
81- Aumento do libido: ( ) Sim ( ) Não	0.87
<b>82- Necessidades Psicossociais</b>	0.87
83- Amor, Aceitação e Autoestima	1.0
Sentimentos:	
84- Tristeza	1.0
85- Solidão	1.0
86- Felicidade	1.0
Manifestação dos Sentimentos e Emoções:	
87- Choro	1.0
88- Manhoso	0.62
89- Deprimidos	0.87
90- Isolamento	1.0
91- Irritado	1.0
92- Agressivo	1.0
93- Inquieto	1.0
94- Pensamento negativo de si mesmo	1.0
95- Atenção e Gregária	1.0
96- Solicita atenção: ( ) Sim ( ) Não Como? _____	1.0
97- Solicita visita: ( ) Sim ( ) Não	1.0
98- Comunicação	1.0
99- Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada Causa: _____	1.0
100- Comunicação não verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada	1.0
101- Recreação e Lazer	0.87
102- Participam de atividades em grupo: ( ) Sim ( ) Não	1.0
103- Realiza passeios: ( ) Sim ( ) Não	1.0
Atividades que gosta de participar:	
104- Bingo	0.87
105- Música	1.0
106- Dança	1.0
107- Pintar	0.87
108- Ações Educativas	0.87
109- Segurança Física e Meio Ambiente	1.0
110- Uso de corrimão: ( ) Sim ( ) Não	1.0
111- Grades nas camas: ( ) Sim ( ) Não	1.0
<b>112- Necessidades Psicoespirituais</b>	1.0
113- Espiritualidade	1.0
114- Religião: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____	0.87
115- Necessidades de participar de cerimônias religiosas: ( ) Sim ( ) Não	1.0
116- Impressões da Enfermeira, Intercorrências ou Observações	0.87
117- Enfermeira: COREN: DATA:	0.87

Fonte: dados da pesquisa, 2019

A validação dos indicadores relativos à prestação do cuidado, que caracterizam as necessidades humanas básicas, estão apresentados separadamente conforme o referencial de Wanda Horta, o qual foi adotado para o estudo, e discutidos a seguir:

Na necessidade de **regulação neurológica**, os indicadores memória imediata, memória recente e memória remota receberam IVC de 0.75; 0.75 e 0.62 respectivamente, sendo excluídos desta necessidade. Para o indicador memória, ocorreu a substituição dos termos não

validados por “preservada” ou “prejudicada”, segundo sugestão. Foi ainda retirado por sugestão das colaboradoras o termo “Estado cognitivo”.

A **necessidade de nutrição** recebeu IVC acima de 0.80 para todos os seus indicadores, com exceção do indicador deglutição que recebeu IVC de 0.50. Contudo, este indicador “deglutição” recebeu avaliação inadequada de duas avaliadoras e outras duas colaboradoras não marcaram nenhuma das opções oferecidas na escala de avaliação para o referido indicador. Todavia, para a opção “inadequada”, permitia-se, segundo critérios estabelecidos, a possibilidade de ocorrer alteração ou substituição do termo, foi, então, o que as avaliadoras fizeram, sugeriram acrescentar ao indicador deglutição os seguintes termos “disfagia” e “engasgo”, sendo então acatadas as sugestões. Optou-se também por não excluir o indicador “deglutição”, pois o mesmo representa uma necessidade muito presente nos idosos que apresentam declínio cognitivo avançado.

Segundo discorre Santos e Borges (2015), na fase grave da DA, onde o comprometimento cognitivo é bem maior, observa-se dificuldade na deglutição, entre outras complicações. Este fator condicionará a este idoso o uso de dispositivos para a oferta da sua alimentação.

Os indicadores Sonda Nasoenteral- SNE e Sonda Nasogástrica- SNG foram sugeridos por três avaliadoras, sendo os mesmos aceitos e incluídos em um novo item denominado de dispositivos para alimentação, junto ao indicador gastrostomia, que já havia sido validado neste estudo com IVC de 0.87. Para o item via de administração do alimento, foi acatada a inclusão de mais dois indicadores “via gástrica” e “via enteral”. Uma avaliadora sugeriu a inclusão do indicador dieta enteral, sendo este indicador aceito, pois, se existe a possibilidade de um idoso institucionalizado com declínio cognitivo receber sua dieta por SNE, possa ser, então, que esta dieta seja do tipo enteral.

Na **necessidade de hidratação**, todos os indicadores foram validados. Contudo, duas avaliadoras sugeriram acrescentar no indicador ingesta hídrica, validado com IVC de 1.0, os seguintes termos para melhor quantificá-lo: “boa”, “regular” e “satisfatória”, sendo então realizada a inclusão. Foi sugerida para o indicador “turgor e elasticidade da pele”, validado com IVC de 0.87, a substituição dos termos “preservado” e “diminuído” pela escala de 1 a 4 cruzes, a sugestão foi considerada acatada.

Uma avaliadora sugeriu a exclusão do indicador “turgor e elasticidade da pele”, todavia, esta sugestão não foi acatada, pois a avaliação do turgor e elasticidade da pele também auxilia na avaliação do estado de desidratação, sendo, então, um dado que complementa outra informação do instrumento.

Para a **necessidade de eliminação**, foi sugerida a inclusão do indicador incontinência fecal, sendo este acatado, pois o idoso com declínio cognitivo em fases mais avançadas poderá apresentar esta necessidade. No indicador aspecto da diurese, validado com IVC 0.87, foi sugerido acrescentar os itens “cor”, “volume” e “odor”; optou-se por não realizar o acréscimo, pois no instrumento, o indicador “aspecto da diurese” apresenta local para que esses dados sejam anotados pelo enfermeiro/a, e em relação ao volume, foram validados indicadores como oligúria e poliúria ambos com IVC 1.0, os quais remetem à informação referente ao volume.

Foi também sugerido o acréscimo do indicador eliminação intestinal e aspecto das fezes, sendo ambos acrescentados. Em virtude do acréscimo do indicador “eliminação intestinal”, foi removido do instrumento o indicador constipado, o qual obteve um IVC de 0.87.

Os indicadores de **necessidade de percepção dos órgãos dos sentidos (visual, auditiva, tátil e dolorosa)** foram validados na sua maioria com IVC de 1.0, apenas os indicadores acuidade visual diminuída e condição de audição tiveram o IVC de 0.87, sugeriu-se para o indicador acuidade visual diminuída, o acréscimo de “uso de lentes corretivas” e para o indicador condição de audição, acrescentar “uso de próteses”, todos foram acatados. No indicador “como expressa a dor”, validado com IVC de 1.0, foram acatadas as sugestões de acréscimo dos seguintes termos “localiza”, “não sabe localizar a dor” e “gemente”. Seguindo sugestão de uma das avaliadoras, foi ainda substituído o termo “percepção dos órgãos dos sentidos” por “sensopercepção”, nomenclatura esta utilizada na mais recente organização das NHB de Wanda Horta, realizada por Garcia e Cubas (2012).

Na **necessidade de integridade física**, todos os seus indicadores tiveram validação com IVC acima de 0.80. Duas colaboradoras sugeriram acrescentar o termo “local” no indicador presença de lesão, o qual foi acatado e incluído no instrumento. Foi também sugerida e acatada a inclusão do “local” para o indicador “hiperemiada”. Outra sugestão, como acrescentar a escala de 1 a 4 cruces para a mensuração do indicador “ressecada” e “hiperemiada”, foi realizada pelas colaboradoras, porém não foi acatada. Ainda em relação ao indicador “presença de lesão”, foi acrescentado a instrução para consulta da Escala de Braden, para os casos em que o idoso apresente lesão.

Os indicadores da **necessidade de sono e repouso** foram todos validados com IVC de 1.0. Houve, por parte de uma colaboradora, a sugestão de acrescentar o indicador “sonolência diurna”, optou-se por acatar o novo indicador.

Para as **necessidades de cuidado corporal**, os indicadores higiene do corpo e higiene bucal tiveram IVC de 0.87, e os indicadores auxílio para banho, auxílio para realizar a higiene bucal e problemas dentários alcançaram IVC de 1.0, sendo todos considerados validados. Concernente às sugestões, foi sugerido incluir cuidado com unhas e tricotomia facial, estes não foram acatados, pois já estão contemplados na higiene do corpo. Houve ainda sugestão para inclusão dos indicadores “troca de roupas” e “gengivites”, ambos foram aceitos.

Por sugestão das avaliadoras, e após apreciação da orientadora e da pesquisadora, foi acatada a sugestão de unir as **necessidades de locomoção, atividade física e motilidade** em um único item. Para o indicador “exercício físico regular”, foi sugerido acrescentar a informação sobre a regularidade da prática de atividade física recomendada pela OMS. Foi sugerida por uma colaboradora a retirada do indicador “dor ao movimento” da necessidade de atividade física e motilidade, pois este já se encontra contemplado na necessidade “percepção dos órgãos dos sentidos”.

Na **necessidade de sexualidade**, obteve-se a validação do indicador “aumento do libido” com IVC de 0.87, contudo, algumas colaboradoras sugeriram que o mesmo fosse substituído por outros indicadores, alegando que a sexualidade no idoso não se resume apenas ao libido; nestes termos, foi acatada a sugestão, havendo o acréscimo dos seguintes indicadores “vida sexual ativa”, “refere desejo sexual” e “presença de masturbação”.

A **necessidade de segurança física e meio ambiente** apresentou validação dos seus dois indicadores “uso de corrimão” e “grades na cama” com IVC de 1.0. Uma colaboradora sugeriu acrescentar o indicador uso de apoios para elevação do tórax, contudo, o indicador não foi acrescentado. Consta informar também que a necessidade de segurança física e meio ambiente foi retirada do grupo das necessidades psicossociais onde estava presente na versão 1 do instrumento, e foi colocada no grupo das necessidades psicobiológicas, pois, de acordo com a organização de Wanda Horta, teórica que fundamenta o estudo, esta necessidade faz parte deste segundo grupo.

Foi retirado da **necessidade de amor e aceitação** o indicador “manhoso”, que obteve IVC de 0.62. Os demais indicadores foram todos validados com IVC acima 0.80. O indicador pensamento negativo de si mesmo da **necessidade de autoestima** obteve validação com IVC de 1.0.

Os indicadores das **necessidades de gregária e atenção** foram validados com IVC de 1.0. Quatro colaboradoras fizeram sugestões de acréscimo dos seguintes indicadores para as referidas necessidades: “necessidade de atenção”, “recebe visita”, “interage com outros residentes”, “agride os residentes” e “é agredido pelos residentes”, todas foram acatadas e



incluídas no instrumento. Houve ainda a sugestão de inclusão do indicador “participa das atividades da instituição”, contudo, este não foi aceito, pois já está contemplado na necessidade de recreação e lazer.

Na **necessidade de comunicação**, os indicadores comunicação verbal e comunicação não verbal obtiveram IVC de 1.0, alcançando, desta forma, a validação. Algumas colaboradoras sugeriram substituir os termos “normal” e “prejudicada”, que constavam no instrumento para caracterizar o indicador comunicação não verbal, pelos seguintes termos: “expressão facial”, “gestos” e “expressão corporal”, termos estes que caracterizam as formas de comunicação não verbal. Apesar de o referido indicador ter sido validado, considerou-se relevante a sugestão, havendo, desta forma, o acréscimo dos termos sugeridos e retirada dos termos “normal” e “prejudicada”.

A **necessidade de recreação e lazer** obteve para todos os seus indicadores IVC acima de 0.80. Todavia, foram realizadas sugestões de substituição do item “bingo” por “jogos” e “pintar” por “artesanato”, todas foram acatadas. Foi também sugerido e aceito o acréscimo do item “leitura” no indicador atividade que gosta de participar.

Quanto aos dois indicadores da **necessidade de espiritualidade**, todos foram validados, o indicador “religião” obteve ICV de 0.87 e “necessidade de participar de cerimônias religiosas” alcançou ICV de 1.0. Uma colaboradora sugeriu acrescentar o indicador “participa de práticas integrativas complementares”, este foi acatado, pois estas práticas são amplamente executadas na atualidade, promovendo benefícios positivos ao idoso com declínio cognitivo.

Os itens relacionados aos dados sociodemográficos foram todos validados, já o item **antecedentes pessoais** alcançou IVC de 0.75, ou seja, insuficiente para validação, contudo algumas colaboradoras sugeriram incluir no mesmo, um *checklist* com algumas morbidades ou condições que podem favorecer o declínio cognitivo, sendo, então, acatada a sugestão, e manutenção do item no instrumento.

O item **dados de identificação do idoso** recebeu IVC de 0.87, considerado validado, todavia, foram sugeridos pelas colaboradoras o acréscimo dos seguintes termos “religião”; “naturalidade” e “motivo da institucionalização”; substituição de “tempo de institucionalização” por “data de admissão” e exclusão do item “benefício”, sendo todas as sugestões acatadas. Os dados referentes à prestação do cuidado, como por exemplo os **sinais vitais e dados antropométricos**, obtiveram IVC de 1.0.

Foi ainda sugerido por algumas colaboradoras que, no item “dados do serviço”, onde estão contempladas as informações referentes às **impressões da enfermeira, intercorrências ou observações**, fossem retirados os termos “impressões da enfermeira e intercorrências”,

ficando apenas “observações”, a sugestão foi aceita. Uma colaboradora solicitou a retirada do termo “data” do item dados do serviço, pois o mesmo já aparece no início do instrumento, onde estão os dados de identificação do idoso. A mesma colaboradora sugeriu acrescentar mais linhas para que o/a enfermeiro/a possa fazer suas anotações.

Ainda sobre a validação do conteúdo que foi alcançada com IVC acima de 0.80 e aparência com IVC de 1.0, houve a sugestão de acrescentar em cada item das necessidades humanas básicas apresentadas no instrumento uma linha para que os/as enfermeiros/as possam fazer algumas anotações referente àquele item específico e no título do instrumento substituir o termo “Sistematização da Assistência” por “Histórico de Enfermagem”, todas as sugestões foram acatadas.

Por se tratar da construção de um instrumento de coleta de dados novo para esta clientela, e partindo do princípio que os indicadores que constituíram a versão 1 do instrumento foram identificados a partir da percepção dos próprios idosos com declínio cognitivo e de seus cuidadores, podendo desta forma, existir a possibilidade de uma não exposição total das necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo, pelos próprio idosos e por seus cuidadores, e reconhecendo a expertise dos juízes avaliadores na temática estudada, optou-se que, mesmo em situações onde a quantidade de sugestões fosse mínima, este indicadores passariam por uma avaliação junto ao aporte literário disponível, e se, após análise, fossem identificadas importância e relevância para inserção do indicador, esta seria feita.

As alterações que foram realizadas no instrumento versão 1, fruto das sugestões feitas pelas colaboradoras, estão apresentadas na Figura 9. O que está em azul foram os acréscimos realizados, e o que está em vermelho com um traço por cima são os indicadores excluídos do instrumento.

**Figura 7-** Instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo - versão 1 com modificações sugeridas pelos juízes especialistas

<b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS</b>	
<del>Sistematização da Assistência</del>	<b>Histórico de Enfermagem</b> de Enfermagem ao Idoso
<b>Institucionalizado com Declínio Cognitivo</b>	
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO</b>	
Nome: _____	Data: ___/___/___
Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M	Data de Nascimento: ___/___/___ <b>Religião:</b> _____
Escolaridade: _____ Profissão: _____	<del>Tempo de Institucionalização: _____</del> <b>Naturalidade:</b> _____
_____ <b>Motivo da Institucionalização:</b> _____	<b>Data de</b>
<b>Admissão:</b> _____	<b>Aposentado:</b> ( ) Sim ( ) Não <del>Benefício: ( ) Sim ( ) Não</del>
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>	
( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Depressão ( ) Hipotireoidismo ( ) Etilismo ( ) Tabagismo ( )	
Acidente Vascular Encefálico ( ) Trauma Craniano ( ) Câncer Cerebral	
( ) Baixa Condição Econômica ( ) Outros: _____	
<b>SINAIS VITAIS e DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>	
T ___ °C FC ___ bpm R ___ irpm PA _____ mmHg P ___ bpm	

Altura_____ cm Peso_____ Kg IMC_____
<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>
<b>Regulação Neurológica</b>
Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Torporoso <b>Estado Cognitivo:</b> Atenção: ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso <del>—Memória imediata: ( ) Preservada ( ) Prejudicada</del> <del>—Memória recente: ( ) Preservada ( ) Prejudicada</del> <del>—Memória remota: ( ) Preservada ( ) Prejudicada</del> Memória: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Se prejudicada utilizar MEEM
<b>Anotações:</b>
<b>Nutrição</b> Aceitação alimentar: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente Deglutição: <del>( ) Satisfatória ( ) Precária</del> ( ) Disfagia ( ) Engasgo Auxílio para se alimentar: ( ) Sim ( ) Não Via de administração do alimento: ( ) Oral ( ) Gástrica ( ) Enteral Dispositivo para alimentação: ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia Dieta enteral: ( ) Sim ( ) Não Uso de Prótese: ( ) Sim ( ) Não
<b>Anotações:</b>
<b>Hidratação</b> ( ) Hidratado ( ) Desidratado Turgor e elasticidade da pele: <del>( ) Preservado ( ) Diminuído</del> ( )+/4+ ( )++/4+ ( )+++/4+ ( )++++/4+ Ingesta hídrica: <del>Frequência _____ Volume _____</del> ( ) Boa ( ) Regular ( ) Satisfatória Solicita ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não Precisa de auxílio para ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não
<b>Anotações:</b>
<b>Eliminação</b> Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Incontinência urinária ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria Aspecto da diurese: _____ Eliminação intestinal: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Incontinência fecal Aspecto das fezes: _____ <del>Constipado: ( ) sim ( ) não</del>
<b>Anotações:</b>
<b><del>Perecepção dos órgãos dos sentidos</del> Sensopercepção (visual, auditiva, tátil e dolorosa)</b> Acuidade visual diminuída: ( ) Sim ( ) Não ( ) uso de lentes corretivas Condição da audição: ( ) Normal ( ) Diminuída Uso de prótese: ( ) unilateral ( ) bilateral Dor a estimulação tátil: ( ) Sim ( ) Não Como expressa a dor: <del>( ) Relato verbal ( ) Expressão não verbal</del> ( ) Localiza a dor ( ) Não sabe localizar a dor ( ) gemente
<b>Anotações:</b>
<b>Integridade física</b> Condições da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Presença de lesão Local: _____ Se sim, utilizar a escala de Braden. Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hiperemiada Local: _____
<b>Anotações:</b>
<b>Sono e Repouso</b> Sono preservado: ( ) Sim ( ) Não Horário do sono: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno Características do sono: ( ) Insônia ( ) Acorda durante a noite ( ) Sonolência diurna Usa medicamento para dormir: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____

<b>Anotações:</b>
<b>Cuidado Corporal</b> Higiene do corpo: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Auxílio para o banho: ( ) Sim ( ) Não Auxílio para trocar a roupa: ( ) Sim ( ) Não Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Auxílio para realizar a higiene bucal: ( ) Sim ( ) Não Problemas dentários: ( ) Sim ( ) Não Gengivites: ( ) Sim ( ) Não
<b>Anotações:</b>
<b>Locomoção, Atividade Física e Motilidade</b> Deambula: ( ) Sim ( ) Não Se não: ( ) Acamado ( ) Cadeirante Auxílio para deambular: ( ) Sim ( ) Não Uso de Órtese: ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Bengala Equilíbrio Preservado: ( ) Sim ( ) Não Exercício Físico regular: ( ) Sim ( ) Não Tipo de exercício: _____ ( ) 5x por semana por 30 min, se intensidade moderada ( ) 5x por semana por 15 min, se intensidade vigorosa ( ) 3 ou mais dias por semana ( ) 2 ou mais dias por semana Dor ao movimento: ( <del> ) Sim ( <del> ) Não</del>  Limitação física: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____  Auxílio para se movimentar: ( ) Sim ( ) Não  Rigidez de pescoço: ( ) Sim ( ) Não </del>
<b>Anotações:</b>
<b>Sexualidade</b> Aumento da libido: ( <del> ) Sim ( <del> ) Não</del>  Vida sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não  Refere desejo sexual: ( ) Sim ( ) Não  Presença de masturbação: ( ) Sim ( ) Não </del>
<b>Anotações:</b>
<b>Segurança física e Meio ambiente</b> Uso de Corrimão: ( ) Sim ( ) Não Grades na Cama: ( ) Sim ( ) Não
<b>Anotações:</b>
<b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b>
<b>Amor, Aceitação e Autoestima</b> Sentimentos: ( ) Tristeza ( ) Solidão ( ) Felicidade Manifestação de sentimentos e emoções: ( ) Choro ( <del> ) Manha</del> ( ) Deprimidos ( ) Isolamento ( ) Irritado ( ) Agressivo ( ) Inquieto ( ) Pensamento negativo de si mesmo
<b>Anotações:</b>
<b>Atenção e Gregária</b> Solicita Atenção: ( ) Sim ( ) Não Como: _____ Necessidade de Atenção: ( ) Sim ( ) Não Recebe visita: ( ) Sim ( ) Não De quem: _____ Solicita Visita: ( ) Sim ( ) Não Interage com os outros residentes: ( ) Sim ( ) Não Agride os residentes: ( ) Sim ( ) Não Sofre agressão dos residentes: ( ) Sim ( ) Não
<b>Anotações:</b>
<b>Comunicação</b> Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada Causa: _____ Comunicação não verbal: ( <del> ) Normal ( <del> ) Prejudicada</del> ( ) Expressões Faciais Gesto ( ) Expressão </del>



<b>Regulação Neurológica</b>
Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Torporoso ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso
Memória: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Se prejudicada utilizar MEEM.
Anotações:
<b>Nutrição</b>
Aceitação alimentar: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente
Deglutição: ( ) Disfagia ( ) Engasgo
Auxílio para se alimentar: ( ) Sim ( ) Não
Via de administração do alimento: ( ) Oral ( ) Gástrica ( ) Enteral
Dispositivo para alimentação: ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia
Dieta enteral: ( ) Sim ( ) Não
Uso de Prótese: ( ) Sim ( ) Não
Anotações:
<b>Hidratação</b>
( ) Hidratado ( ) Desidratado
Turgor e elasticidade da pele: ( ) +/4+ ( ) ++/4+ ( ) +++/4+ ( ) ++++/4+
Ingesta hídrica: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Satisfatória
Solicita ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não
Precisa de auxílio para ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não
Anotações:
<b>Eliminação</b>
Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Incontinência urinária ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria
Aspecto da diurese: _____
Eliminação intestinal: ( ) Presente ( ) Ausente
( ) Incontinência fecal
Aspecto das fezes: _____
Anotações:
<b>Sensopercepção (visual, auditiva, tátil e dolorosa)</b>
Acuidade visual diminuída: ( ) Sim ( ) Não ( ) uso de lentes corretivas
Condição da audição: ( ) Normal ( ) Diminuída Uso de prótese: ( ) unilateral ( ) bilateral
Dor a estimulação tátil: ( ) Sim ( ) Não
Como expressa a dor: ( ) Localiza a dor ( ) Não sabe localizar a dor ( ) gemente
Anotações:
<b>Integridade física</b>
Condições da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada
Presença de lesão: ( ) Sim ( ) Não Local: _____ Se sim, utilizar a escala de Braden.
Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hiperemiada Local: _____
Anotações:
<b>Sono e Repouso</b>
Sono preservado: ( ) Sim ( ) Não
Horário do sono: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno
Características do sono: ( ) Insônia ( ) Acorda durante à noite ( ) Sonolência diurna
Usa medicamento para dormir: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____
Anotações:
<b>Cuidado Corporal</b>
Higiene do corpo: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória
Auxílio para o banho: ( ) Sim ( ) Não
Auxílio para trocar a roupa: ( ) Sim ( ) Não
Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória
Auxílio para realizar a higiene bucal: ( ) Sim ( ) Não
Problemas dentários: ( ) Sim ( ) Não
Gengivites: ( ) Sim ( ) Não
Anotações:
<b>Locomoção, Atividade Física e Motilidade</b>
Deambula: ( ) Sim ( ) Não Se não: ( ) Acamado ( ) Cadeirante
Auxílio para deambular: ( ) Sim ( ) Não
Uso de Órtese: ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Bengala
Equilíbrio Preservado: ( ) Sim ( ) Não

Exercício Físico regular: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo de exercício: _____	
<input type="checkbox"/> 5x por semana por 30 min, se intensidade moderada	
<input type="checkbox"/> 5x por semana por 15 min, se intensidade vigorosa	
<input type="checkbox"/> 3 ou mais dias por semana	
<input type="checkbox"/> 2 ou mais dias por semana	
Limitação física: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Auxílio para se movimentar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Rigidez de pescoço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Anotações:	
<b>Sexualidade</b>	
Vida sexual ativa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Refere desejo sexual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Presença de masturbação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Anotações:	
<b>Segurança física e Meio ambiente</b>	
Uso de Corrimão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Gradas na Cama: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Anotações:	
<b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b>	
<b>Amor, Aceitação e Autoestima</b>	
Sentimentos: <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Solidão <input type="checkbox"/> Felicidade	
Manifestação de sentimentos e emoções: <input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Deprimidos <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/>	
Irritado <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Pensamento negativo de si mesmo	
Anotações:	
<b>Atenção e Gregária</b>	
Solicita Atenção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Como: _____	
Necessidade de Atenção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Recebe visita: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não De quem: _____	
Solicita Visita: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Interage com os outros residentes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Agride os residentes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Sofre agressão dos residentes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Anotações:	
<b>Comunicação</b>	
Comunicação verbal: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prejudicada Causa: _____	
Comunicação não verbal: <input type="checkbox"/> Expressões Faciais <input type="checkbox"/> Gesto <input type="checkbox"/> Expressão Corporal	
Anotações:	
<b>Recreação e lazer</b>	
Participam de atividades em grupo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Realiza Passeios: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Atividades que gosta de participar: <input type="checkbox"/> Jogos <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Dança <input type="checkbox"/> Artesanato <input type="checkbox"/>	
Leitura	
<input type="checkbox"/> Ações Educativas	
Anotações:	
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>	
<b>Espiritualidade</b>	
Religião: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual? _____	
Necessidade de participar de cerimônias religiosas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Participa de práticas integrativas complementares: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	
Anotações:	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	
<b>Enfermeiro(a):</b>	<b>COREN:</b>

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar do idoso com declínio cognitivo ainda é um desafio, principalmente diante da individualização do cuidado voltado ao atendimento de suas necessidades. Nas ILPIs, onde reside grande parte desta população, observa-se a prestação de um cuidado de caráter homogêneo, não havendo a preocupação de se investigar a necessidade específica, decorrência do seu grau de comprometimento.

Cada indivíduo vivencia de forma particular seu processo de envelhecimento e de saúde-doença, deste modo, as práticas de cuidado precisam atender as especificidades que cada indivíduo apresenta. Nestes termos, sabe-se que o PE torna-se uma ferramenta imprescindível para o desenvolvimento de um cuidado personalíssimo, baseado em julgamento clínico e crítico de suas habilidades e competências.

Neste aspecto, o histórico de enfermagem, primeira etapa do PE, torna-se imprescindível, pois, através dele, o enfermeiro coleta dados relevantes, que subsidiarão a prestação de uma assistência de acordo com as peculiaridades apresentadas pelo idoso com declínio cognitivo nas suas várias fases.

A experiência de construção de um instrumento de coleta de dados vivenciada neste estudo permitiu compreender a importância que tem este documento, pois o mesmo traz em seu conteúdo dados específicos sobre as várias necessidades que o idoso institucionalizado com declínio cognitivo, objeto de preocupação do referido estudo, poderá apresentar. Isso proporcionará ao enfermeiro elaborar um plano de cuidado de qualidade e com maiores chances de minimizar o sofrimento do indivíduo, foco deste estudo.

No presente estudo, foi construído um instrumento de coleta de dados ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo, a partir da identificação de suas necessidades humanas básicas, através de investigação em loco, com os próprio idosos e seus cuidadores diretos como enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores formais. Os indicadores das necessidades presentes no instrumento foram então validados, assim como o conteúdo e aparência do instrumento por juízes especialistas na área postulada, o que nos conferiu certa segurança.

As etapas que se seguirão constituem-se na aplicação do instrumento nas duas ILPI's participantes do estudo, visando, com isso, a avaliar a aplicabilidade e funcionalidade do instrumento construído; e o desenvolvimento das demais etapas que constitui o PE.

Desta forma, espera-se que a utilização do instrumento de coleta de dados pelos enfermeiros que atuam nas ILPIs possa auxiliá-los na sua práxis profissional, ajudando-os a



alcançar valorização e autonomia. Assim como lhes possibilitar identificar, de forma adequada, os dados coletados.

Espera-se que esta pesquisa sirva de inspiração para que outros estudos possam ser realizados, no intuito de identificar novos indicadores de NHB dos idosos com declínio cognitivo, visto que os indicadores neste estudo identificados, representam a percepção do grupo estudado, podendo não ter sido alcançada a totalidade de NHB existentes, e, por outro lado, que este estudo possibilite alcançar melhorias na qualidade de vida dos idosos que vivem em situação de institucionalização e que apresentam algum declínio cognitivo, pois, para alguns idosos portadores do déficit cognitivo, a implantação de intervenções precoces permite o estacionamento da evolução clínica da afecção e para aqueles idosos que apresentam um caráter mais comprometedor da doença, podem-se minimizar os danos ou retardar a progressão da doença.

No contexto acadêmico, espera-se publicar os resultados desta pesquisa e dar continuidade ao estudo, construindo e validando as outras etapas do processo de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.C.S. et al. Os efeitos da música em idosos com doença de Alzheimer de uma instituição de longa permanência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v.14, n. 2, p. 404-13, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.12532>. Acesso em: 19 set 2018

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7ed. São Paulo: Artmed, 2010

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 10 mai de 2018.

ALMEIDA, O.P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v.56, n. 3b, p.605-612, 1998. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1998000400014&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1998000400014&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso em: 12 ago de 2018.

AMANTE, L. N.; ROSSETO, A. P.; SCHNEIDER, D.C. Sistematização da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.43, n.1, p.54-56, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007). Acesso em: 10 Jul de 2018

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5.5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

ANDRADE, F.L.J.P. de et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 186-197, 2017, Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n2/pt\\_1809-9823-rbgg-20-02-00186.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n2/pt_1809-9823-rbgg-20-02-00186.pdf). Acesso em: 09 fev 2019

ANGELO, B.H.B.; SILVA, D.I.B.; LIMA, M.A.S. Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p-663-673, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a06v14n4.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2018

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ ANVISA N° 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento de instituições de longa permanência para idosos. Brasília (DF); 2005. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_283\\_2005\\_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df). Acesso em: 10 dez 2017.

ARAÚJO, C.L.O.; NICOLI, J.S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. **Revista Kairós**, v. 13, n. 1, p. 231-244, 2010. Disponível em:

<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/4872/3459>. Acesso em: 05 fev 2019

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER- ABRAZ. Tratamento. Brasil, 2012. Disponível em: <http://abraz.org.br/web/sobre-alzheimer/tratamento/>. Acesso em: 12 ago 2018.

ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PORTUGAL. Terapias e Abordagens Comunicacionais. Portugal, 2017. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-15-22-108-terapias-e-abordagens-comunicacionais>. Acesso em: 10 out 2018

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

BARBOSA, B. R et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3317-3325, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 24 Jul de 2018

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BEKHET, A.K. Efeitos de cognições positivas e desenvoltura na sobrecarga do cuidador entre os cuidadores de pessoas com demência. **International Journal of Mental Health Nursing**, Austrália, v.22, n.4, p-1-7, 2012. Disponível em: <http://sci-hub.tw/10.1111/j.1447-0349.2012.00877.x>. Acesso em: 15 mai. 2018

BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. **Manual do diagnóstico de enfermagem**: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA. Florianópolis: Bernúcia, 2001

BERNARDO, L.D. Idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistematizada sobre a intervenção da Terapia Ocupacional nas alterações em habilidades de desempenho. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 926-942, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n4/pt\\_2526-8910-cadbto-26-04-00926.pdf](http://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n4/pt_2526-8910-cadbto-26-04-00926.pdf). Acesso em: 07 fev 2019

BERTOLDI, J.T.; BATISTA, A.C.; RUZANOWSKY, S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Cinergis**, v. 16, n. 2, p. 152-156, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/dell/Downloads/5411-28653-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/dell/Downloads/5411-28653-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 7 fev 2019

BERTOLUCCI, P. H. et al. Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n.1, p.1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acesso em: 15 ago de 2018

BERTONCELLO, K. C. G. Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida. 2004. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BODSTEIN, A.; LIMA, V.V.A.; BARROS, A.M.A. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. **Ambiente & sociedade**, São

Paulo, v.17, n.2, p.171-178, 2014. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/en\\_a11v17n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n2/en_a11v17n2.pdf). Acesso em: 20 jun. 2018

BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.119, p.2939-2952.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 1986

BRASIL. Decreto nº 1948, de 3 de junho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do idoso, e dá outras providências. Brasília (DF); 1996.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. Portaria SEAS nº 73 de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília (DF); 2001. Disponível em:  
[www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO\\_Idoso/.../Portaria%20n%2073.doc](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/.../Portaria%20n%2073.doc). Acesso em: 10 dez. 2017

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília (DF); 2004. Disponível em:  
[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf). Acesso em: 12 jun de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 18 març 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 3ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 2012. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 ago de 2018

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.61, n.3b, p.777-781, 2003. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>. Acesso em: 17 ago de 2018.

BRUCKMANN, M.; PINHEIRO, M.M.C. Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças. **CODAS**, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/codas/2016nahead/2317-1782-codas-2317-178220162015146.pdf>. Acesso em: 10 fev 2019

BRUM, A.K.R. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.4, p-619-624, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a25.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2018

CAMARGOS, M.C.S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v.31, n.1, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982014000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100012). Acesso em 10 de ago de 2018

CANÇADO, F. A. X.; ALANIS, L. M.; HORTA, M. de L. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.18, p.516-556

CANINEU, P. R.; SAMARA, B.A; STELLA, F. Transtorno Neurocognitivo Leve. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.21, p.586-603

CARDOSO, L.S. et al. Pessoa idosa: capacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária. **Journal of Research Fundamental Care On Line**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.584-593, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/dell/Downloads/3193-19341-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018

CHAVES, M.; PRADO, C.; CAIXETA, L. Tratamento dos sintomas psicológicos e comportamentais da doença de Alzheimer. In: CAIXETA, L. et al. **Doença e Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 407-416.

CHARIGLIONE, I.P.F.; JANCZURA, G.A. Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p.13-22, 2013. Disponível em:<http://www.redalyc.org/pdf/4010/401036093003.pdf>. Acesso em: 14 set 2018

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu; 2007

CLEMENTE, R. S. G.; RIBEIRO-FILHO, S. T. Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.68-77, 2008. Disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=193](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=193). Acesso em: 10 jul 2018

COFEN. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências**. Brasília, 1986. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em: 20 ago de 2018.

COFEN. Decreto nº 94.406, de 25 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**.

Brasília, 1987. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html). Acesso em: 20 ago de 2018.

COFEN. Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.** Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 11 dez. 2018.

COFEN. Resolução nº 544, de 9 de maio de 2017. **Revoga a Resolução Cofen 159/1993, que dispõe sobre a consulta de enfermagem.** Brasília, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017\\_52029.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html). Acesso em: 20 ago de 2018.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research.** 2nd. Los Angeles: SAGE Publications, 2011.

CRUZ, T. J. P. et al.a. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer's disease performed by the caregiver. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 450-456, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en\\_0034-7167-reben-68-03-0510.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/en_0034-7167-reben-68-03-0510.pdf). Acesso em: 10 set 2018

CRUZ, D.T da et al.b. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 386-393, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-386.pdf>. Acesso em: 08 fev 2019

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

DEL DUCA, G. F. et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudos de casos e controles. **Revista Saúde Pública**, v.46, n. 1, p. 147-153, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 2 fev 2019

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de Hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p.100-107, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>. Acesso em: 21 ago de 2018.

FABER, L.M.; SCHEICHER, M.E.; SOARES, E. Depressão, declínio cognitivo e polimedicação em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.20, n.2, p.195-210, 2017. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p195-210/23939>. Acesso em: 10 jun 2018.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart & Lung**, v.16, n.6, p.1-9, 1987. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>. Acesso em: 16 ago de 2018.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988

FERREIRA, P. C. dos S.; TAVARES, D. M. dos S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n.1, p. 29-35, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en\\_v24n1a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a04.pdf). Acesso em: 19 Ago de 2018

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini –Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, v.12, p.189-198, 1975

FOSTER, E.R. et al. Community-based Argentine tango dance program is associated with increased activity participation among individuals with Parkinson's disease. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 94, n. 2, p. 240-249, 2013. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003-9993\(12\)00795-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003-9993(12)00795-2). Acesso em: 09 fev 2019

FLORIANO et al., L.A. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, p.543-548, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>. Acesso em: 12 mai. 2018

FLUETTI, M.T. et al. The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.62-71, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n1/pt\\_1809-9823-rbagg-21-01-00060.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v21n1/pt_1809-9823-rbagg-21-01-00060.pdf). Acesso em 09 fev 2019

FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FURUTA, M. et al. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 41, n. 2, p. 173-181, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22934613>. Acesso em 10 fev 2019

GARCIA, T. R.; CUBAS, M. R. **Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 201 – 209, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00201.pdf>. Acesso em 15 mai 2018

GIL, G.; BUSSE, A. L. Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada à idade. **Arq Méd Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, São Paulo, v.54, n. 2, p.44-50, 2009. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/49686119/avaliacao-neuropsicologica-e-o-diagnostico-de-demencia>. Acesso em 12 Jul de 2018

GIL, I.M.A et al. Terapia de reminiscência: construção de um programa para pessoas idosas com declínio cognitivo em contexto institucional. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser IV, n. 15, p.121-132, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn15/serIVn15a13.pdf>. Acesso em: 12 out 2018

GIL, R. Neuropsicologia das Demências. In: **Neuropsicologia**. 2ed. São Paulo: Editora Santos, 2005, cap. 16, p. 214-238

GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A. M.; SANTOS, S. M. A. Cuidados na Enfermagem Gerontológica: Conceito e Prática. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.113, p.2828-2843

GRATÃO et al., A.C.M. Functional dependency o folder individuals and caregiver burden. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n.1, p-134-141, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100017). Acesso em: 12 mai. 2018

HORTA, W. de A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2014/SIS\\_2014](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014). Pdf. Acesso em: 10 fev 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Amostra de Domicílios Contínua – Características dos moradores e domicílios. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 10 fev. 2019

JESUS, I.S. et al. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 285-292, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/12.pdf>. Acesso em: 14 set 2018

JÚNIOR, J.A.B.; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.5, p. 751-757, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>. Acesso em: 10 dez 2018

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs). **Qualitative research in health care**. 2ed. London: BMJ Books, 2000.

KITWOOD, T. The experience of dementia. **Aging & Mental Health**, v. 1, n. 1, p. 13 – 22, 1997. Disponível em: <http://sci-hub.tw/10.1080/13607869757344>. Acesso em: 16 set 2018



KONTOS, P. et al. Elder-clowning in long-term dementia care: results of a pilot study. **Journal of the American Geriatrics**, v. 64, n. 2, p. 347-353, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4846348/>. Acesso em 10 set 2018

KUCHEMANN, B.A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.1, n.27, p.165-180, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010). Acesso em: 12 jun de 2018

LEOPARDI, M.T. **Teoria em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Pappalivros, 1999

LINI, E.V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. fatores associados à institucionalização de idosos: estudo de caso controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, 2016, p. 1004 – 1014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt\\_1809-9823-rbagg-19-06-01004.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-01004.pdf). Acesso: 09 fev de 2019

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.4, p.1-8, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/en\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/en_23.pdf). Acesso em: 15 ago de 2018

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v.35, n.6, p.382-385, 1986. Disponível em: <http://sci-hub.tw/10.1097/00006199-198611000-00017>. Acesso em: 16 ago de 2018.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer, In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap. 22, p. 605-668

MANFRIM, A.; SCHIMIDT, S.L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.13, p.157-168

MARTINS, A.; RODRIGUEZ, M.J.C.; MEDEIROS, M.T.P. Intervenção Snoezelen em pessoas idosas institucionalizadas: bem estar e utilidades instantâneas e recordadas. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 109-131, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/dell/Downloads/32400-87274-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/dell/Downloads/32400-87274-1-SM%20(1).pdf). Acesso em: 15 out 2018

MASLOW, A.H. **Motivation and personality**. 2ed. New York: Harper & Row, 1970

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas de Enfermagem**. 4ed. Porto Alegre: Artmed, 2016

MENDES, A.C.G. et al. Assistência pública de saúde no contexto de transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. Caderno de Saúde Pública, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500014). Acesso em: 18 març 2019

MEDEIROS, A. L. Uso da Tecnologia da Informação Móvel e Sem Fio para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na Área Obstétrica. 2016. 192f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB) – 2016

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.2, p.424-431, 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/dell/Desktop/Criterios\\_de\\_selecao\\_de\\_experts\\_para\\_estudos\\_de\\_va%20\(1\)%20modelo%20adaptado.pdf](file:///C:/Users/dell/Desktop/Criterios_de_selecao_de_experts_para_estudos_de_va%20(1)%20modelo%20adaptado.pdf). Acesso em: 10 ago de 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P., GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 15 abr 2018

MICHEL, T et al. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n. 3, p. 495-504, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en\\_v21n3a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/en_v21n3a02.pdf). Acesso em: 10 mai. 2018

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A. da C.G.; SILVA, A. L.A. da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 507-519, 2016 Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf). Acesso em: 20 mai.2018

MORSE, J.M. Procedures and Practice of Mixed Method Design: Maintaining Control, Rigor, and Complexity In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C. (Eds). **The Sage Handbook of Mixed Methods Research in Social & Behavioral Research**, London, Sage, pp.189-208, 2003,

NASCIMENTO, C.M.C et al. A controlled clinical trial on the effects of exercise on neuropsychiatric disorders and instrumental activities in women with Alzheimer's disease. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.16, n. 3, p197-204, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n3/aop018\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v16n3/aop018_12.pdf). Acesso em: 13 set 2018

NEMES, A.C et al. Revisão Sistemática sobre intervenções com os idosos na área de musicoterapia. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, ano XIX, n. 22, p. 48-67, 2017. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/325171367\\_revisao\\_sistematica\\_sobre\\_intervencoes\\_com\\_idosos\\_na\\_area\\_da\\_musicoterapia\\_a\\_systematic\\_literature\\_review\\_on\\_interventions\\_with\\_older\\_adults\\_in\\_the\\_music\\_therapy\\_area](https://www.researchgate.net/publication/325171367_revisao_sistematica_sobre_intervencoes_com_idosos_na_area_da_musicoterapia_a_systematic_literature_review_on_interventions_with_older_adults_in_the_music_therapy_area). Acesso em: 09 fev 2019

NUNES, M.I.; SANTOS, M.; FERRETI, R.E.L. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012.

OLIVEIRA, G.C. et al. A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. **Cadern Unifoa**, v.2, n. 20, p. 85-94, 2012. Disponível em:<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/85-94.pdf>. Acesso em: 20 set 2018

OLIVEIRA, E. M. de. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v.20, n. 1, p. 109-120, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n1/1413-8271-pusf-20-01-00109.pdf>. Acesso em: 21 de dez 2018

OLIVEIRA, S. F. D. Fisiologia do Envelhecimento. In: NUNES, M.I.; SANTOS, M. dos; FERRETI, R.E. de L. **Enfermagem em geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012, cap. 2, p.9-18

PALM, R. et al. Longitudinal evaluation of dementia care in German nursing homes: the “DemenzMonitor” study protocol. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 123, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840731/>. Acesso em: 10 out 2018

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, p. 992-995, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40416/43399>. Acesso em: 10 mai de 2018.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5ed., Petrópolis: Vozes, 2013

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap.1, p.3-13

PEREIRA, A.M.V.B.; ROSA, A.C.D.S. Secretaria de Estado de Saúde dp Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da saúde do idoso. 1 ed, Curitiba: SESA, 2017. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia\\_idoso.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia_idoso.pdf). Acesso em: 08 fev 2019

PESSOA, R.M. de P. et al. Da demência ao transtorno neurocognitivo maior: aspectos atuais. **Revista Ciências em Saúde**, São Paulo, v.6, n.4, p. 1-13, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/dell/Downloads/606-2172-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/dell/Downloads/606-2172-1-PB%20(3).pdf) Acesso em: 12 set 2018.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v.42, n.3, p. 451-468, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-20032004000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032004000300003). Acesso em: 10 ago de 2018.

PLUYE, P.; HONG, Q. N. Combining the power of stories and the power of number: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. **Annual Review of Public Health**, v. 35, n. 1, p. 29-45, 2014. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>. Acesso em: 21 abr 2018.

PLUYE, P. et al. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in mixed studies reviews. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 4, p. 529-546, 2009. Disponível em: <http://www.unisa.edu.au/PageFiles/23703/8C%20Scoring%20system%20for%20appraising%20mixed%20methods%20research.pdf>. Acesso em: 21 abr 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7ed, Porto Alegre: Artmed, 2011. 669p.

RAMOS, A.S.M.B. et al. Fatores que influenciam na qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 15, n. 27, p. 1448-1457, 2018. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2018a/sau/fatores.pdf>. Acesso em: 09 fev 2019

ROSA, T.S.M.; SANTOS FILHA, V.A.V. dos; MORAES, A.B. de. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3757-3765, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3757.pdf>. Acesso em 09 fev 2019

ROTA, N. T.; BRIDI FILHO, C. A.; BRIDI, F. R. S. **Neurologia e aprendizagem**: abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2016.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v.27, n.2, p.94-105, 2003. Disponível em: <http://sci-hub.tw/10.1093/swr/27.2.94>. Acesso em: 17 ago de 2018.

RYLATT, P. The benefits of creative therapy for people with dementia. **Nurs Stand**, v. 26, n. 33, p. 42-47, 2012. Disponível em: <https://insights.ovid.com/nursing-standard/nust/2012/04/180/benefits-creative-therapy-people-dementia/54/00002311>. Acesso em: 08 fev 2019

SALIM, S.M. et al. Physical Activity for the elderly: guidelines for the establishment of programs and actions. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologi**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.197-208, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n2/v14n2a02.pdf>. Acesso em: 08 fev 2019

SANDELOWSKI, M. et al. Text-in-Context: A Method for Extracting Findings in Mixed-Methods Mixed Research Synthesis Studies. **Journal of advanced nursing**, v. 69, n. 6, p. 1428-1437, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3535067/>. Acesso em 20 abr 2018

SANTIAGO, L.M. et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste do Brasil. **Geriatric Gerontol Aging**, v.10, n.2, p. 86-92, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/dell/Downloads/v10n2a07.pdf>. Acesso em 11 fev 2019

SANTOS, M.D. dos; BORGES, S. de M. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 339-349, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00339.pdf>. Acesso em: 08 fev 2019

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira Promoção a saúde**, Fortaleza, v. 21, n.4, p.290-296, 2008. Disponível em: [http://hp.unifor.br/pdfs\\_notitia/2974.pdf](http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf). Acesso em: 20 Jun de 2018.

SCHARDT, C. et al. Utilization of the PICO framework to improve searching Pubmed for clinical questions. **BMC Med Inform Decis Mak**, v. 7, n. 16, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1904193/10>. Acesso em: 10 abr 2018

SCORTEGAGNA, H. de M.; PICHLER, N.A.; FÁCCIO, L.F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 304-311, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt\\_1809-9823-rbgg-21-03-00293.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n3/pt_1809-9823-rbgg-21-03-00293.pdf). Acesso em: 10 fev 2019

SCHMIDT, M.S et al. Desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidos por cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 601-609, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt\\_1809-9823-rbgg-21-05-00579.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00579.pdf). Acesso em: 06 fev 2019

SILVA, L.B.; SOUZA, M.F.S. Os transtornos neuropsicológicos e cognitivos da doença de Alzheimer: a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica como tratamentos alternativos. **Pretextos**, Minas Gerais, v. 3, n. 5, p. 466-484, 2018. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15987/13037>. Acesso em: 17 dez 2018

SILVA, I.L.C. da et al. Sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência: repercussões para o cuidador familiar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072018000300328&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072018000300328&lng=pt&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 09 fev 2019

SILVA, K. L. Construção e Validação de instrumento de coleta de dados para criança de 0-5 anos. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências de Saúde, João Pessoa

SOUZA, M.C. et al. Relação entre aspectos cognitivos, sociodemográfico e fluência verbal de idosos ativos. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 4, p. 493-502, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n4/pt\\_1982-0216-rcefac-20-04-493.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n4/pt_1982-0216-rcefac-20-04-493.pdf). Acesso em: 10 fev 2019

SOUZA, M.T.S; SILVA, M.D., CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n. 1, p. 1102-1106, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf). Acesso em: 10 abr 2018

SOUZA, L. C.; TEIXEIRA, A. L. Neuropsicologia das demências. In: FUENTES, D. et al. **Neuropsicologia: teoria e prática**. 2 ed., Porto Alegre: Artmed, 2014.p. 321-332

SPARKS, A. R.; TAYLOR, C.M. **Manual de Diagnósticos de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007

STEIN-PARBURY, J. et al. Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care. **Clinical Gerontologist**, v.35, p. 404 – 424, 2012. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317115.2012.702654>. Acesso em: 19 set 2018

TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem**: Guia Prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017

TASHAKKORI, A.; TEDDLIE, C.(Eds.) The Sage Handbook of Mixed Methods Research in Social & Behavioral Research, London, Sage, 2003.

TOMAI, S. A. B.; ABREU, V. P. S. Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, cap. 122, p.1364-1371

TOMOMITSU, M.R.S.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 8, p. 3420-3440, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03429.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018

TORRES, G.V. Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de idosos dependentes no município de Jequié (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 19-30, 2010.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a13v19n3.pdf>. Acesso em: 10 ago de 2018.

VERAS, R.; DUTRA, S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ: UnATI, 2008. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf). Acesso em: 15 ago de 2018.

ZIMMERMANN, I.M. de M et al. Fatores associados ao comprometimento cognitivo em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 12, p. 1320-1328, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/dell/Downloads/10840-23347-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 fev 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. Envelhecimento ativo: uma política de Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimentoativo.pdf>. Acesso em: 5 fev 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Dementia**: a public health priority. 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458\\_eng.pdf;jsessionid=9DAA01036B248A5A2C2577FF422D57E5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf;jsessionid=9DAA01036B248A5A2C2577FF422D57E5?sequence=1). Acesso em 01 mai. 2018

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Demência. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 12 mai 2018

## **APÊNDICE**

### **APÊNDICE A**

#### Carta Convite aos Juízes Especialistas

#### **CARTA CONVITE**

Prezado (a)

Sou aluna do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Juntamente com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rafaella Queiroga Souto estou realizando o estudo intitulado: “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO IDOSO COM DECLÍNIO COGNITIVO INSTITUCIONALIZADO. Este estudo encontra-se vinculado ao Projeto “POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA” de autoria da professora Antônia Oliveira Silva.

A proposta do referido estudo concentra-se na elaboração e validação de conteúdo e aparência de um instrumento para a coleta de dados direcionado ao idoso com declínio cognitivo institucionalizado, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

O instrumento para a realização da primeira etapa do processo de enfermagem, denominado coleta de dados ou histórico de enfermagem, consiste em uma ferramenta fundamental na aquisição de informações relevantes para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem qualificada e individualizada, que visa proporcionar ao idoso com algum grau de declínio cognitivo, um cuidado que promova atender às suas necessidades básicas de saúde.

Os indicadores determinantes das necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo institucionalizado apresentados neste estudo, foram obtidos a partir da percepção dos idosos institucionalizados, dos enfermeiros, dos técnicos de enfermagem e dos cuidadores formais que atuam nas ILPI's participantes do estudo, através da realização de grupo focal.

Os idosos que participaram desta etapa qualitativa (grupo focal) onde foram obtidos os indicadores empíricos a partir da percepção dos mesmos, foram rastreados na etapa quantitativa do referido estudo que se apresenta como uma pesquisa metodológica com métodos mistos. Na etapa quantitativa foram aplicados com os idosos institucionalizados o MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e a partir dos escores indicativos de declínio cognitivo, baseados nas notas de corte sugeridas por Brucki et al. (2003), que leva em consideração os diversos graus de instrução, pois reconhece a influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM. Em razão disto, optou-se para este estudo, adotar os seguintes pontos de corte: 17 para os analfabetos; 22 pontos para as pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 24 para cinco a oito anos; e 26 para aqueles com nove anos ou mais de escolaridade. Os idosos que se encontravam dentro destes escores de declínio cognitivo foram convidados a participar do grupo focal.

Já a seleção dos profissionais que prestam assistência a esses idosos, como os enfermeiros, os técnicos de enfermagem e os cuidadores formais, para participarem da etapa qualitativa, ocorreu através de um convite direto aos mesmos, que solicitamente aceitaram em participar desta etapa do estudo. A partir então da realização do grupo focal com idosos separadamente do grupo focal dos profissionais que prestam cuidados a estes idosos, obteve-se os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas apresentados nos instrumentos que os senhores irão avaliar.

Nestes termos, solicito a sua contribuição para a validação de conteúdo e aparência do instrumento construído, a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; visualização do material a ser analisado e avaliado; e preenchimento do questionário de caracterização dos juízes especialistas.

Após a avaliação dos indicadores de necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo institucionalizado e da aparência do instrumento de coleta de dados, as considerações fornecidas pelo grupo de juízes serão ponderadas e, serão feitos os ajustes necessários para atingir o índice de concordância esperado sobre a adequação de seu conteúdo e de sua aparência. Finalizada esta etapa de validação, teremos então construído a versão do instrumento de coleta de dados ao idoso com declínio cognitivo institucionalizado.

Desde já apresentamos votos de elevada estima e agradecemos a sua disponibilidade em compartilhar a sua experiência e conhecimento para a emissão de parecer sobre o conteúdo a ser analisado. Para o atendimento aos prazos de execução da pesquisa, solicitamos que a avaliação seja feita no prazo máximo de vinte dias.



Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

**Neyce de Matos Nascimento**  
Mestranda do PMPG/UEPB

**Profa Dr<sup>a</sup>. Rafaella Queiroga Souto**  
Orientadora, docente do PMPG/UEPB  
e professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva/UEPB  
E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora: Neyce de Matos Nascimento.

Endereço (Setor de Trabalho): LASES – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Telefone: (83) 987373455.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rafaella Queiroga Souto

Endereço (Setor de Trabalho): LASES – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Telefone: (83) 32098789.

## **REFERENCIA**

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.61, n.3b, p.777-781, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>. Acesso em: 17 ago de 2018.

## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (juízes especialistas)

Prezado (a),

Esta pesquisa é sobre a “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DIRECIONADO AO IDOSO COM DECLÍNIO COGNITIVO INSTITUCIONALIZADO” e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Neyce de Matos Nascimento aluna do Curso de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof(a) Dr<sup>a</sup>. Rafaella Queiroga Souto. Este estudo encontra-se vinculado ao Projeto “POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA” de autoria da professora Antônia Oliveira Silva.

O objetivo do estudo é propor a construção e validação de conteúdo e aparência de um instrumento para coleta de dados direcionado ao idoso com declínio cognitivo institucionalizado, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. A finalidade deste trabalho é contribuir para o desenvolvimento de subsídios que proporcionem a população idosa institucionalizada uma assistência integral, objetivando a melhora da qualidade do cuidado prestado ao idoso institucionalizado com declínio cognitivo, pois a construção de um instrumento de coleta de dados baseado na teoria de Wanda Horta, permitirá identificar as necessidades humanas básicas alteradas nesses idosos com as funções cognitivas comprometidas. Favorecendo desta forma o planejamento de intervenções que visem atender as necessidades alteradas, propiciando assim um cuidado individualizado e de qualidade, como propõe a Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE.

Solicitamos a sua colaboração para realizar uma verificação dos indicadores empíricos, validação de conteúdo e aparência de um instrumento de coleta de dados relacionado as necessidades básicas dos idosos com declínio cognitivo institucionalizado, para confirmar a relevância ou não dos indicadores empíricos presentes neste instrumento e a sua forma de apresentação. Pedimos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde. Os riscos mínimos se encontram no fato do provável constrangimento por parte dos especialistas pelo tempo necessário para a avaliação dos

termos identificados. Contudo, todas as medidas serão tomadas para que o participante possa avaliar os termos da melhor forma possível.

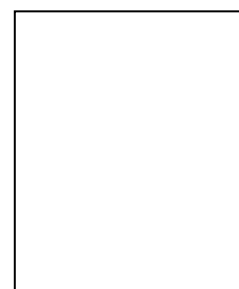
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa



Impressão dactiloscópica

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Neyce de Matos Nascimento.

Endereço (Setor de Trabalho): LASES – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Telefone: (83) 987373455

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rafaella Queiroga Souto

Endereço (Setor de Trabalho): LASES – Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia – Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, s/n - Castelo Branco, João Pessoa – PB. CEP: 58051-900. Telefone: (83) 32098789

Ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB -7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

## APÊNDICE C

### Instrumento de Pesquisa para Validação dos Indicadores Empíricos de Necessidades Humanas Básicas dos Idosos Institucionalizados com declínio Cognitivo

**INSTRUMENTO DE PESQUISA** – Identificação dos indicadores empíricos das Necessidades Humanas Básicas dos Idosos com Declínio Cognitivo residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

1- Prezada (o) participante,

Segue abaixo descritas as principais necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo institucionalizados. Essas necessidades foram identificadas a partir da percepção dos cuidadores, dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros que atuam em ILPIs e também dos idosos com declínio cognitivo que nestas instituições residem. Desta forma segue as definições de cada necessidade e os sinais e sintomas identificados.

Caros especialistas, a avaliação dos itens é feita mediante escala de Likert. O resultado mostrará a equivalência de conteúdo. Peço que leia atentamente e marque com um “**X**” na coluna “ **Totalmente Adequado**” caso você considere esse indicador empírico importante na avaliação das necessidades humanas básicas do idoso com declínio cognitivo institucionalizado e desta forma aceita mantê-lo; assinale com um “**X**” na coluna “**Adequado**” se considera o indicador empírico relevante na avaliação das necessidades humanas básicas do idoso com declínio cognitivo institucionalizado, devendo este indicador ser mantido; assinale com um “**X**” na coluna “**Inadequado**” se o indicador empírico apresentado, precisar de alteração ou substituição; e “**Totalmente Inadequado**” caso considere que o indicador não apresenta importância nem relevância para caracterizar as necessidades humanas básicas do idoso com declínio cognitivo institucionalizado, e desta forma sugere que ele seja excluído.

Em caso de **Inadequado** ou **Totalmente Inadequado**, descreva as sugestões para aprimorar o item a ser corrigido no espaço destinado para tal fim.

Desta forma solicitamos a sua colaboração para a validação dos indicadores de necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo institucionalizado, para confirmar ou não a relevância para a prática clínica e assistencial da enfermagem.

Agradecemos sua participação e colaboração!

Neyce de Matos Nascimento

Pesquisadora

Rafaella Queiroga Souto

Orientadora

#### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

- **Sexo:** Feminino ( ) Masculino ( )

- **Idade:** 20 – 30 ( ) 31 – 40 ( ) 41 – 50 ( ) 51 – 60 ( ) Acima de 60 anos ( )

- **Anos de experiência profissional como enfermeira:**

Menos de 1 ano ( ) 1 – 5 anos ( ) 6 – 10 anos ( ) 11 – 15 anos ( )

16 – 20 anos ( )      Acima de 20 anos ( )

**- Nível de educação em enfermagem:**

Especialização (especificar): \_\_\_\_\_

Mestrado (especificar a área): \_\_\_\_\_

Doutorado (especificar a área): \_\_\_\_\_

Pós doutorado (especificar a área): \_\_\_\_\_

**- Anos de experiência em gerontologia**

Menos de 1 ano ( )    1 – 5 anos ( )      6 – 10 anos ( )      11 – 15 anos ( )

16 – 20 anos ( )      Acima de 20 anos ( )

**- Que tipo de atividade realiza?**

( ) assistencial      ( ) docente      ( ) gerencial

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

**Indicadores empíricos das necessidades humanas básicas dos idosos com declínio cognitivo institucionalizado**

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS	Totalmente inadequado	Inadequado	Adequado	Totalmente adequado
<b>Regulação Neurológica</b> - é a necessidade do indivíduo de preservar e/ou restabelecer o funcionamento do sistema nervoso com o objetivo de coordenar as funções e atividades do corpo e alguns aspectos do comportamento (BENEDET; BUD, 2001).				
Nível de Consciência:				
- Consciente				
- Sonolento				
- Torporoso				
Estado Cognitivo:				
Atenção:				
- Orientado				
- Desorientado				
- Confuso				
Memória imediata				

Memória recente				
Memória remota				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Nutrição</b> - é a necessidade de o indivíduo obter os alimentos necessários com o objetivo de nutrir o corpo e manter a vida (BENEDET; BUD, 2001).				
Aceitação alimentar:				
- Boa				
- Regular				
- Insuficiente				
Deglutição				
Auxílio para se alimentar				
Via de administração do alimento:				
- Oral				
- Gastrostomia				
Uso de prótese				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Hidratação</b> - é a necessidade de manter em nível ótimo os líquidos corporais, compostos essencialmente pela água, com o objetivo de favorecer o metabolismo (BENEDET; BUD, 2001).				
Hidratado				
Desidratado				
Turgor e elasticidade da pele				
Ingesta hídrica				
Solicita ingestão hídrica				
Precisa de auxílio para ingestão hídrica				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				

<b>Eliminação</b> - é a necessidade do organismo de eliminar substâncias indesejáveis ou presentes e quantidades excessivas com o objetivo de manter a homeostase (BENEDET; BUD, 2001).				
Diurese:				
- Espontânea				
- Fralda				
- Incontinência urinária				
- Poliúria				
- Oligúria				
- Nictúria				
Aspecto da diurese				
Constipado				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Percepção dos órgãos dos sentidos</b> - é a necessidade de o organismo perceber o meio através de estímulos nervosos com o objetivo de interagir com os outros e perceber o ambiente (BENEDET; BUD, 2001).				
Acuidade visual diminuída				
Condição da audição				
Dor a estimulação tátil				
Como expressa a dor:				
- Relato verbal				
- Expressão não verbal				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Integridade física e cutâneo-mucosa</b> - é a necessidade de o organismo manter as características de elasticidade, sensibilidade, vascularização, umidade e coloração do tecido epitelial, subcutâneo e mucoso				



com o objetivo de proteger o corpo (BENEDET; BUD, 2001).				
Condições da pele:				
- Íntegra				
- Presença de lesão				
- Ressecada				
Coloração da pele:				
- Normocorada				
- Hiperemiada				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Sono e repouso</b> - é a necessidade do organismo em manter, durante um certo período diário, a suspensão natural, periódica e relativa da consciência; corpo e mente em estado de imobilidade parcial ou completa e as funções corporais parcialmente diminuídas com o objetivo de obter restauração (BENEDET; BUD, 2001).				
Sono preservado				
Horário do sono:				
- Matutino				
- Vespertino				
- Noturno				
Características do sono:				
- Insônia				
- Acorda durante à noite				
Usa medicamento para dormir				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Cuidado corporal</b> - é a necessidade do indivíduo para, deliberada, responsável e eficazmente, realizar atividades com o objetivo de preservar seu asseio corporal (BENEDET; BUD, 2001).				
Higiene do corpo				
Auxílio para o banho				

Higiene bucal				
Auxílio para realizar a higiene bucal				
Problemas dentários				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Atividade Física</b> - é a necessidade de mover-se intencionalmente sob determinadas circunstâncias através do uso da capacidade de controle e relaxamento dos grupos musculares com o objetivo de evitar lesões tissulares, exercitar-se, trabalhar, satisfazer outras necessidades, realizar desejos, sentir-se bem (BENEDET; BUD, 2001).				
Exercício físico regular				
Dor ao movimento				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Motilidade</b> - “capacidade do cliente em movimentar os seguimentos do corpo visando o atendimento de suas necessidades básicas” (HORTA, 1979, p.60)				
Limitação Física				
Auxílio para se movimentar				
Rigidez de Pescoço				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Locomoção</b> – “conjunto de movimentos harmônicos e sinérgicos, executados pelos membros e troncos sob o comando ou controle do sistema nervoso central” (FERREIRA, 1988)				
Deambula				
Auxílio para deambular				
Uso de órtese				
- Andador				

- Cadeira de rodas				
- Bengala				
Equilíbrio Preservado				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Sexualidade</b> - É a necessidade de integrar aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser com o objetivo de obter prazer e consumir o relacionamento sexual com um parceiro ou parceira e procriar (BENEDET; BUD, 2001).				
Aumento do libido				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>				
<b>Amor e Aceitação</b> - É a necessidade de ter sentimentos e emoções em relação às pessoas em geral com o objetivo de ser aceito e integrado aos grupos, de ter amigos e família (BENEDET; BUD, 2001).				
Sentimentos:				
- Tristeza				
- Solidão				
- Felicidade				
Manifestação dos Sentimentos e Emoções:				
- Choro				
- Manhoso				
- Deprimidos				
- Isolamento				
- Irritado				
- Agressivo				
- Inquieto				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				

<b>Atenção</b> – é a necessidade do indivíduo se sentir querido, valorizado e que as pessoas importantes para ele, se importam com que ele é, e com o que ele faz (SILVA, 2004).				
Solicita Atenção				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Gregária</b> - é a necessidade de viver em grupo com o objetivo de interagir com os outros e realizar trocas sociais (BENEDET; BUD, 2001).				
Solicita visita				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Autoestima</b> – é um sentimento pessoal caracterizado pela forma que uma pessoa se sente em relação a si mesma, uma auto avaliação ou julgamento do valor de uma pessoa, a forma como essa pessoa vê a si própria (ATKINSON; MURRAY, 2008)				
Pensamento negativo de si mesmo				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Comunicação</b> – é a necessidade de enviar e receber mensagens utilizando linguagem verbal e não verbal com o objetivo de interagir com os outros (BENEDET; BUD, 2001).				
Comunicação verbal				
Comunicação não verbal				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				

<b>Recreação e Lazer</b> - é a necessidade de utilizar a criatividade para produzir e reproduzir ideias e coisas com o objetivo de entreter-se, distrair-se e divertir-se (BENEDET; BUD, 2001).				
Participam de atividades em grupo				
Realiza Passeios				
Atividades que gosta de participar				
- Bingo				
- Música				
- Dança				
- Pintar				
- Ações Educativas				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>Segurança física e meio ambiente</b> - é a necessidade de manter um meio ambiente livre de agentes agressores à vida com o objetivo de preservar a integridade psicobiológica (BENEDET; BUD, 2001).				
Uso de Corrimão				
Grades nas Camas				
<b>Sugestão de novos indicadores</b>				
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>				
<b>Espiritualidade</b> - é a necessidade inerente aos seres humanos e está vinculada àqueles fatores necessários para o estabelecimento de um relacionamento dinâmico entre as pessoas e um ser ou entidade superior com o objetivo de sentir bem-estar espiritual (BENEDET; BUD, 2001).				
Religião				
Necessidade de participar de cerimônias religiosas				

Desde já agradeço a sua participação, que é de extrema importância para a construção e o aprimoramento deste estudo.

Neyce de Matos Nascimento

## APÊNDICE D

### Instrumento da Pesquisa para Validação de Conteúdo e Aparência do Instrumento de Coleta de dados do Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo

#### CARTA DE ESCLARECIMENTO – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO e APARÊNCIA

**INSTRUMENTO DE PESQUISA:** Versão do instrumento de coleta de dados para ser avaliado quanto ao conteúdo e a aparência

Prezada (o) participante e colaboradora (o), a partir da apreciação feita da primeira versão do instrumento de coleta de dados que está demonstrado abaixo, leia atentamente as instruções a seguir para o preenchimento deste instrumento. Essa versão do instrumento de coleta de dados de enfermagem deverá ser avaliada quanto à forma de apresentação e conteúdo. Após esta análise, deverá ser preenchido o documento “**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**” que encontra-se logo abaixo desta versão aqui apresentada.

Faz-se importante informar que esta versão do instrumento de coleta de dados abaixo apresentada, foi construída com os indicadores empíricos de necessidades humanas básicas avaliados pelos senhores no item 3 deste kit de especialistas. E que, de acordo com as sugestões oferecidas por vocês poderá sofrer as devidas alterações.

A avaliação dos itens é feita mediante escala de Likert. O resultado mostrará a equivalência de aparência e conteúdo do instrumento. Peço que avalie atentamente a forma de apresentação do referido instrumento e marque com um “**X**” na coluna “**Totalmente Adequado**” caso você considere a forma como está apresentado o instrumento importante, devendo desta forma permanecer como está nesta versão; assinale com um “**X**” na coluna “**Adequado**” se considera a apresentação do relevante, no que diz respeito a sua proposta de construção, não devendo ocorrer nenhuma modificação; assinale com um “**X**” na coluna “**Inadequado**” se o instrumento precisa de alteração; e assinale “**Totalmente Inadequado**” caso considere que o instrumento não apresenta relevância para o objetivo que foi criado. Deixo ainda um espaço abaixo da coluna de avaliação, para que, em caso de **Inadequado** ou **Totalmente Inadequado**, descreva as sugestões para aprimorar o item a ser corrigido no espaço destinado para tal fim. Segue abaixo um modelo ilustrativo de como realizar as respostas quanto a sua avaliação. Deixo ainda, ao final dos itens a serem avaliados um espaço para sugestões que julgue importante apresentar, sobre a aparência e conteúdo do mesmo.

Exemplo ilustrativo:

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de institucionalização: \_\_\_\_\_  
 Aposentado: ( ) Sim ( ) Não Benefício: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_  
 ( ) Totalmente Inadequado  
 ( ) Inadequado  
 ( ) Adequado  
 (X) Totalmente Adequado  
 Justifique \_\_\_\_\_

Lembre-se que sua participação e colaboração é de extrema importância, avalie com atenção cada item sugerido, faça sugestões que julgar necessário. Obrigada!

## PRIMEIRA VERSÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	
Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Idoso com Declínio Cognitivo	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO	
Nome: _____ Data: ___/___/___	
Idade: _____ Sexo: ( ) F ( ) M Data de Nascimento: ___/___/___	
Escolaridade: _____ Profissão: _____ Tempo de institucionalização: _____	
Aposentado: ( ) Sim ( ) Não Benefício: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____	
ANTECEDENTES PESSOAIS	
SINAIS VITAIS e DADOS ANTROPOMÉTRICOS	
T ___ °C FC ___ bpm R ___ irpm PA _____ mmHg P ___ bpm	
Altura ___ cm Peso ___ Kg IMC _____	
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	
NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS	
Regulação Neurológica	
Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Torporoso	
Estado Cognitivo:	
Atenção: ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso	
Memória imediata: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	
Memória recente: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	
Memória remota: ( ) Preservada ( ) Prejudicada	
Nutrição	
Aceitação alimentar: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente	
Deglutição: ( ) Satisfatória ( ) Precária	
Auxílio para se alimentar: ( ) Sim ( ) Não	



Via de administração do alimento: ( ) Oral ( ) Gastrostomia Uso de Prótese: ( ) Sim ( ) Não
<p><b>Hidratação</b></p> <p>( ) Hidratado ( ) Desidratado</p> <p>Turgor e elasticidade da pele: ( ) Preservado ( ) Diminuído</p> <p>Ingesta hídrica: Frequência _____ Volume _____</p> <p>Solicita ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não</p> <p>Precisa de auxílio para ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não</p>
<p><b>Eliminação</b></p> <p>Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Incontinência urinária ( ) Poliúria ( ) Oligúria</p> <p>( ) Nictúria</p> <p>Aspecto da diurese: _____</p> <p>Constipado: ( ) sim ( ) não</p>
<p><b>Percepção dos órgãos dos sentidos (visual, auditiva, tátil e dolorosa)</b></p> <p>Acuidade visual diminuída: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Condição da audição: ( ) Normal ( ) Diminuída</p> <p>Dor a estimulação tátil: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Como expressa a dor: ( ) Relato verbal ( ) Expressão não verbal</p>
<p><b>Integridade física</b></p> <p>Condições da pele: ( ) Íntegra ( ) Presença de lesão ( ) Ressecada</p> <p>Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hiperemiada</p>
<p><b>Sono e Repouso</b></p> <p>Sono preservado: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Horário do sono: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno</p> <p>Características do sono: ( ) Insônia ( ) Acorda durante à noite</p> <p>Usa medicamento para dormir: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____</p>
<p><b>Cuidado Corporal</b></p> <p>Higiene do corpo: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória</p> <p>Auxílio para o banho: ( ) Sim ( ) Não</p>

<p>Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória</p> <p>Auxílio para realizar a higiene bucal: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Problemas dentários: ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Atividade Física e Motilidade</b></p> <p>Exercício Físico regular: ( ) Sim ( ) Não Tipo de exercício: _____</p> <p>Dor ao movimento: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Limitação física: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____</p> <p>Auxílio para se movimentar: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Rigidez de pescoço: ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Locomoção</b></p> <p>Deambula: ( ) Sim ( ) Não Se não: ( ) Acamado ( ) Cadeirante</p> <p>Auxílio para deambular: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Uso de Órtese: ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Bengala</p> <p>Equilíbrio Preservado: ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Sexualidade</b></p> <p>Aumento da libido: ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b></p>
<p><b>Amor, Aceitação e Autoestima</b></p> <p>Sentimentos: ( ) Tristeza ( ) Solidão ( ) Felicidade</p> <p>Manifestação de sentimentos e emoções: ( ) Choro ( ) Manha ( ) Deprimidos ( ) Isolamento ( ) Irritado ( ) Agressivo ( ) Inquieto ( ) Pensamento negativo de si mesmo</p>
<p><b>Atenção e Gregária</b></p> <p>Solicita Atenção: ( ) Sim ( ) Não Como? _____</p> <p>Solicita Visita: ( ) Sim ( ) Não</p>
<p><b>Comunicação</b></p> <p>Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada Causa: _____</p> <p>Comunicação não verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada</p>
<p><b>Recreação e lazer</b></p> <p>Participam de atividades em grupo: ( ) Sim ( ) Não</p>

Realiza Passeios: ( )Sim ( )Não Atividades que gosta de participar: ( ) Bingo ( ) Música ( ) Dança ( ) Pintar ( ) Ações Educativas
<b>Segurança física e Meio ambiente</b> Uso de Corrimão: ( )Sim ( )Não Grades na Cama: ( )Sim ( )Não
<b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b>
<b>Espiritualidade</b> Religião: ( ) Sim ( ) Não. Qual? _____ Necessidade de participar de cerimônias religiosas: ( )Sim ( )Não
<b>IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTERCORRÊNCIAS ou OBSERVAÇÕES</b>
<b>Enfermeira:</b> _____ <b>COREN:</b> _____ <b>DATA:</b> __/__/__

**INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO** - Em relação a forma de apresentação e conteúdo do instrumento de coleta de dados acima demonstrado, você o avalia de que forma?

**1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO**

- ( ) Totalmente Inadequado  
( ) Inadequado  
( ) Adequado  
( ) Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

**2) ANTECEDENTES PESSOAIS**

- ( ) Totalmente Inadequado  
( ) Inadequado  
( ) Adequado  
( ) Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

**3) SINAIS VITAIS e DADOS ANTROPOMÉTRICOS**

- ( ) Totalmente Inadequado

- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

#### **4) NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

#### **5) NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

#### **6) Regulação Neurológica**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

#### **7) Necessidade de Nutrição**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

#### **8) Necessidade de Hidratação**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

#### **9) Necessidade de Eliminação**

- Totalmente Inadequado

- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**10) Necessidade de Percepção dos órgãos dos sentidos (visual, auditiva, tátil e dolorosa)**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**11) Necessidade de Integridade Física**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**12) Necessidade de Sono e Repouso**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**13) Necessidade de Cuidado Corporal**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**14) Necessidade de Atividade Física e Motilidade**

- Totalmente Inadequado
- Inadequado
- Adequado
- Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**15) Necessidade de Locomoção**

- Totalmente Inadequado

- Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**16) Necessidade de Sexualidade**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**17) NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**18) Necessidade de Amor, Aceitação e Autoestima**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**19) Necessidade de Atenção e Gregária**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**20) Necessidade de Comunicação**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**21) Necessidade de Recreação e Lazer**

- Totalmente Inadequado

- Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**22) Necessidade de Segurança Física e Meio Ambiente**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**23) NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**24) Espiritualidade**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**25) IMPRESSÕES DA ENFERMEIRA, INTERCORRÊNCIAS ou OBSERVAÇÕES**

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

**26) Enfermeira:**

**COREN:**

**DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Totalmente Inadequado  
 Inadequado  
 Adequado  
 Totalmente Adequado

Justifique \_\_\_\_\_

---

- **INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA APARÊNCIA** - Em relação a forma de apresentação do instrumento de coleta de dados acima demonstrado, você o avalia de que forma?

<b>Inadequado</b>	<b>Totalmente Inadequado</b>	<b>Adequado</b>	<b>Totalmente Adequado</b>
<b>Sugestões</b>			



## APÊNDICE E

### Termo de Consentimento Livre Esclarecido utilizado na etapa de identificação dos indicadores empíricos

O (a) Senhor (a) está recebendo informações a respeito de uma pesquisa vinculada ao Projeto **POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA** de autoria da professora **Dr.<sup>a</sup> ANTONIA OLIVEIRA SILVA**, de responsabilidade e orientação professora **Dr.<sup>a</sup> RAFAELLA QUEIROGA SOUTO**, docente do departamento de enfermagem em saúde coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

A pesquisa apresenta como objetivo propor a construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados do idoso com declínio cognitivo institucionalizado, fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas de Wanda de Aguiar Horta. Visando contribuir para o desenvolvimento de uma ferramenta que auxilie na prestação de um cuidado de enfermagem qualificado e que atenda às necessidades individuais dos idosos que apresentem algum tipo de declínio cognitivo, assim, como, identificar a prevalência sugestiva de idosos com declínio cognitivo e os níveis de capacidade funcional dos idosos institucionalizados afim de gerar dados consolidados sobre o declínio cognitivo em idosos nas ILPI's.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto, você não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo (a) pesquisador (a). Caso você decida não participar da pesquisa, ou resolva desistir a qualquer momento, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo. O presente estudo não oferecerá riscos previstos à sua saúde, entretanto, pode ocorrer estresse e/ou constrangimento ao responder as questões. Por isso, será assegurado a preservação e sigilo da identidade, bem como, antes de qualquer intervenção, os procedimentos serão detalhadamente explicados. Mesmo tomando essas cautelas, o pesquisador interromperá a pesquisa caso você se sinta constrangido ao responder as questões.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será executado os seguintes procedimentos: Inicialmente o (a) participante receberá as informações acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa e após concordarem em participar da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

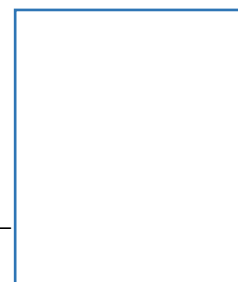
Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e

informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo. O pesquisador responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participação na pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento. Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelos responsáveis da pesquisa com propósitos científicos.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante



\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

## APÊNDICE F

### Questionário estruturado para o grupo focal

#### Perguntas para os idosos participantes do grupo focal

- 1- Descrevam as atividades que vocês realizam no dia a dia.
- 2- Falem sobre suas dificuldades em lembrar ou falar de algo importante no dia-a-dia.
- 3- Como realizam a sua higiene pessoal (banho, escovar os dentes)?
- 4- Descrevam como fazem para realizar suas refeições.
- 5- Como fazem para realizar suas eliminações fisiológicas?
- 6- Fale-me sobre a sua rotina de sono e repouso.
- 7- Fale um pouco sobre a sua vida espiritual?

#### Perguntas ao cuidadores formais, técnicos de enfermagem e enfermeiros

- 1- Como se dá o cuidado ao idoso com declínio cognitivo?
- 2- Em quais atividades vocês percebem que o idoso precisa de ajuda?
- 3- Quais seriam as prioridades de cuidados destes idosos?
- 4- Como os idosos com declínio cognitivo realizam atividades relacionadas a hidratação, nutrição e eliminações?
- 5- No que diz respeito ao sono repouso, como se dá este momento nos idosos com declínio cognitivo?
- 6- Como se dá a comunicação entre vocês?
- 7- Como se dá o cuidado ao idoso com declínio cognitivo com dificuldade de locomoção? ??
- 8- Como se dá o cuidado ao idoso com declínio cognitivo com alterações de pele?
- 9- Em relação a espiritualidade, como esses idosos praticam esta atividade?

## APÊNDICE G

Versão Final do Instrumento de Coleta de Dados do Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo

<b>INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS</b>
<b>Histórico de Enfermagem de Enfermagem ao Idoso Institucionalizado com Declínio Cognitivo</b>
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO</b>
Nome: _____ Data: ____/____/____ Sexo: ( ) F ( ) M Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Religião: _____ Escolaridade: _____ Profissão: _____ Naturalidade: _____ Motivo da Institucionalização: _____ Data de Admissão: ____/____/____ Aposentado: ( ) Sim ( ) Não
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b>
( ) Diabetes ( ) Hipertensão ( ) Depressão ( ) Hipotireoidismo ( ) Etilismo ( ) Tabagismo ( ) Acidente Vascular Encefálico ( ) Trauma Craniano ( ) Câncer Cerebral ( ) Baixa Condição Econômica ( ) Outros: _____
<b>SINAIS VITAIS e DADOS ANTROPOMÉTRICOS</b>
T ____ °C FC ____ bpm R ____ irpm PA ____ mmHg P ____ bpm Altura ____ cm Peso ____ Kg IMC ____
<b>NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS</b>
<b>NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS</b>
<b>Regulação Neurológica</b>
Nível de Consciência: ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Torporoso ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Confuso Memória: ( ) Preservada ( ) Prejudicada Se prejudicada utilizar MEEM.
Anotações:
<b>Nutrição</b>
Aceitação alimentar: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Insuficiente Deglutição: ( ) Disfagia ( ) Engasgo Auxílio para se alimentar: ( ) Sim ( ) Não Via de administração do alimento: ( ) Oral ( ) Gástrica ( ) Enteral

Dispositivo para alimentação: ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia Dieta enteral: ( ) Sim ( ) Não Uso de Prótese: ( ) Sim ( ) Não
Anotações:
<b>Hidratação</b> ( ) Hidratado ( ) Desidratado Turgor e elasticidade da pele: ( ) +/4+ ( ) ++/4+ ( ) +++/4+ ( ) ++++/4+ Ingesta hídrica: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Satisfatória Solicita ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não Precisa de auxílio para ingestão hídrica: ( ) sim ( ) não
Anotações:
<b>Eliminação</b> Diurese: ( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Incontinência urinária ( ) Poliúria ( ) Oligúria ( ) Nictúria Aspecto da diurese: _____ Eliminação intestinal: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Incontinência fecal Aspecto das fezes: _____
Anotações:
<b>Sensopercepção (visual, auditiva, tátil e dolorosa)</b> Acuidade visual diminuída: ( ) Sim ( ) Não ( ) uso de lentes corretivas Condição da audição: ( ) Normal ( ) Diminuída Uso de prótese: ( ) unilateral ( ) bilateral Dor a estimulação tátil: ( ) Sim ( ) Não Como expressa a dor: ( ) Localiza a dor ( ) Não sabe localizar a dor ( ) gemente
Anotações:
<b>Integridade física</b> Condições da pele: ( ) Íntegra ( ) Ressecada Presença de lesão: ( ) Sim ( ) Não Local: _____ Se sim, utilizar a escala de Braden. Coloração da pele: ( ) Normocorada ( ) Hiperemiada Local: _____
Anotações:
<b>Sono e Repouso</b> Sono preservado: ( ) Sim ( ) Não

<p>Horário do sono: ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno</p> <p>Características do sono: ( ) Insônia ( ) Acorda durante à noite ( ) Sonolência diurna</p> <p>Usa medicamento para dormir: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____</p>
Anotações:
<p><b>Cuidado Corporal</b></p> <p>Higiene do corpo: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória</p> <p>Auxílio para o banho: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Auxílio para trocar a roupa: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Higiene bucal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória</p> <p>Auxílio para realizar a higiene bucal: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Problemas dentários: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Gengivites: ( ) Sim ( ) Não</p>
Anotações:
<p><b>Locomoção, Atividade Física e Motilidade</b></p> <p>Deambula: ( ) Sim ( ) Não Se não: ( ) Acamado ( ) Cadeirante</p> <p>Auxílio para deambular: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Uso de Órtese: ( ) Andador ( ) Cadeira de rodas ( ) Bengala</p> <p>Equilíbrio Preservado: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Exercício Físico regular: ( ) Sim ( ) Não Tipo de exercício: _____</p> <p>( ) 5x por semana por 30 min, se intensidade moderada</p> <p>( ) 5x por semana por 15 min, se intensidade vigorosa</p> <p>( ) 3 ou mais dias por semana</p> <p>( ) 2 ou mais dias por semana</p> <p>Limitação física: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____</p> <p>Auxílio para se movimentar: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Rigidez de pescoço: ( ) Sim ( ) Não</p>
Anotações:
<p><b>Sexualidade</b></p> <p>Vida sexual ativa: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Refere desejo sexual: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Presença de masturbação: ( ) Sim ( ) Não</p>
Anotações:

<p><b>Segurança física e Meio ambiente</b></p> <p>Uso de Corrimão: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Grades na Cama: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Anotações:</p>
<p><b>NECESSIDADE PSICOSSOCIAIS</b></p>
<p><b>Amor, Aceitação e Autoestima</b></p> <p>Sentimentos: ( ) Tristeza ( ) Solidão ( ) Felicidade</p> <p>Manifestação de sentimentos e emoções: ( ) Choro ( ) Deprimidos ( ) Isolamento ( ) Irritado ( ) Agressivo ( ) Inquieto ( ) Pensamento negativo de si mesmo</p> <p>Anotações:</p>
<p><b>Atenção e Gregária</b></p> <p>Solicita Atenção: ( ) Sim ( ) Não Como: _____</p> <p>Necessidade de Atenção: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Recebe visita: ( ) Sim ( ) Não De quem: _____</p> <p>Solicita Visita: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Interage com os outros residentes: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Agride os residentes: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Sofre agressão dos residentes: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Anotações:</p>
<p><b>Comunicação</b></p> <p>Comunicação verbal: ( ) Normal ( ) Prejudicada Causa: _____</p> <p>Comunicação não verbal: ( ) Expressões Faciais ( ) Gesto ( ) Expressão Corporal</p> <p>Anotações:</p>
<p><b>Recreação e lazer</b></p> <p>Participam de atividades em grupo: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Realiza Passeios: ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Atividades que gosta de participar: ( ) Jogos ( ) Música ( ) Dança ( ) Artesanato ( ) Leitura ( ) Ações Educativas</p> <p>Anotações:</p>
<p><b>NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS</b></p>
<p><b>Espiritualidade</b></p>

Religião: ( ) Sim ( ) Não. Qual? _____	
Necessidade de participar de cerimônias religiosas: ( ) Sim ( ) Não	
Participa de práticas integrativas complementares: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____	
Anotações:	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	
<b>Enfermeiro(a):</b>	<b>COREN:</b>



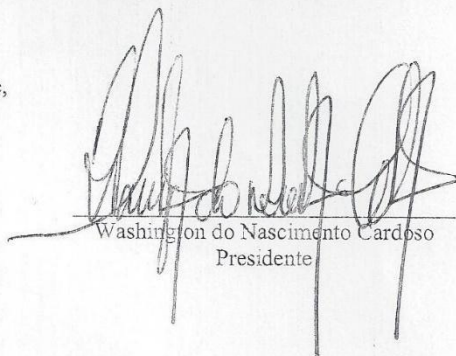
**ANEXO****ANEXO A****Termo de Anuência Vila Vicentina**

João Pessoa 19 de Janeiro de 2018.

**TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA**

A Instituição de Longa Permanência “Vila Vicentina Júlia Freire” na pessoa do presidente Washington do Nascimento Cardoso, está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado por **POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA** sob a coordenação da professora Dr.<sup>a</sup> ANTONIA OLIVEIRA SILVA e supervisão da professora Dr.<sup>a</sup> RAFAELLA QUEIROGA SOUTO.

Atenciosamente,



Washington do Nascimento Cardoso  
Presidente

**ANEXO B**  
Termo de Anuência Lar da Providência

**ANBEAS - LAR DA PROVIDÊNCIA CARNEIRO DA CUNHA**  
CNPJ: 06.845.408/0010-31  
Avenida Santa Catarina, 05 - Bairro dos Estados.  
Fone: (83) 3133-3072 CEP: 58030-070 João Pessoa – PB  
E-mail: laprovi@bol.com.br

**ANBEAS**  
Associação Norte Brasileira de Educação e Assistência Social

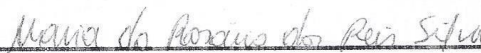


TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Instituição de Longa Permanência “Lar da Providência Carneiro da Cunha” na pessoa da diretora Ir. Maria do Rosário dos Reis Silva, está de acordo com a execução de dois subprojetos do projeto de pesquisa intitulado POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA sob a coordenação da professora Dra ANTONIA OLIVEIRA SILVA. Os respectivos subprojetos são intitulados: “SINTOMAS DEPRESSIVOS E IDEIAÇÃO SUICIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS” e “ESTADO COGNITIVO E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS”. Ambos orientados pela professora Dra. RAFAELLA QUEIROGA SOUTO.

João Pessoa, 08 de maio de 2018.

Atenciosamente,



Maria do Rosário dos Reis da Silva

**ANEXO C**  
**Parecer Consubstanciado do CEP**

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** POLÍTICAS, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS INOVADORAS PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

**Pesquisador:** Antonia Oliveira Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 67103917.6.0000.5188

**Instituição Proponente:** Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.190.153

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa egresso do PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GERONTOLOGIA - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a coordenação da professora Antonia Oliveira Silva.

**Objetivo da Pesquisa:**

GERAL:

Analisar as políticas e práticas de saúde centradas nas tecnologias inovadoras para o cuidado na Atenção à Saúde da pessoa idosa.

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.190.153

**Benefícios:**

Considera-se importante promover o desenvolvimento e o uso de tecnologias, processos assistenciais e educacionais na atenção à saúde da pessoa idosa, visando à implementação de políticas públicas em múltiplos contextos de atenção à saúde da pessoa idosa. Destaca-se, ainda, a importância da capacitação profissional para o desempenho de ações que objetivem o bem-estar de pessoas idosas para que articulem conhecimentos atualizados e metodologias pertinentes para atenção à saúde da pessoa idosa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto apresenta coerência científica, mostrando relevância para a academia, haja vista a ampliação do conhecimento, onde se busca, principalmente, analisar as políticas e práticas de saúde centradas nas tecnologias inovadoras para o cuidado na Atenção à Saúde da pessoa idosa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram anexados tempestivamente.

**Recomendações:**

RECOMENDAMOS QUE AO TÉRMINO DA PESQUISA, A PESQUISADORA RESPONSÁVEL ENCAMINHE AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, RELATÓRIO FINAL, DOCUMENTO DEVOLUTIVO COMPROVANDO QUE OS DADOS FORAM DIVULGADOS JUNTO À INSTITUIÇÃO ONDE OS DADOS PESQUISA NA ÍNTEGRA, TODOS EM PDF, VIA PLATAFORMA BRASIL, ATRAVÉS DE NOTIFICAÇÃO, PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DEFINITIVA.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tendo em vista o cumprimento das pendências elencadas nos pareceres anteriores, SOMOS DE PARECER FAVORÁVEL A EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO DA FORMA COMO SE APRESENTA.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.190.153

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_900651.pdf	13/07/2017 22:48:58		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_02.pdf	13/07/2017 22:48:20	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_1.pdf	13/07/2017 22:32:23	Antonia Oliveira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	02/06/2017 18:56:01	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Outros	grupopesquisa.pdf	12/04/2017 12:06:21	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	12/04/2017 12:04:01	Antonia Oliveira Silva	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	12/04/2017 11:59:25	Antonia Oliveira Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 27 de Julho de 2017

---

**Assinado por:**  
**Eliane Marques Duarte de Sousa**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** UNIVERSITARIO S/N  
**Bairro:** CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900  
**UF:** PB **Município:** JOAO PESSOA  
**Telefone:** (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

**ANEXO D**  
Protocolo de Coleta de Dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA**

**PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS DO IDOSO**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Coletador: \_\_\_\_\_ Número do Questionário: \_\_\_\_\_  
Início da sessão de coleta de dados: \_\_\_:\_\_\_min/ Fim da sessão de coleta de dados: \_\_\_:\_\_\_min

**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome do idoso: \_\_\_\_\_  
Instituição de Longa Permanência para Idosos: \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) Próprio \_\_\_\_\_  
Parente \_\_\_\_\_

**A - BOAS – BRAZIL OLD AGE SCHEDULE**

“Gostaria perguntar sobre a vida do senhor (a), sua saúde física, acesso a serviços de saúde, atividades da vida diária, recursos sociais e econômicos, e os problemas que afetam a vida do senhor (a). Tudo que o senhor (a) responder e falar serão confidenciais. Vamos começar?”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
<b>BOAS</b>			
A1	Sexo do Entrevistado - <b>Entrevistador: indique o sexo do entrevistado.</b>	(1) Masculino (2) Feminino	
A2	Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?	_____anos (99) NR/NS	
A3	Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora neste local?	_____anos (99) NR/NS	
A4	Como o(a) Sr.(a) se auto-declara?	(1) Preto (2) Pardo (3) Branco (4) Amarelo (5) Indígena (99) NR/NS	
A5	O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?	(1) Sim (2) Não (se marcar esta, marque NA na próxima) (99) NR/NS	
A6	Qual é sua escolaridade máxima completa?	(1) Nenhuma (2) Primário (3) Ginásio ou 1º grau (4) 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente) (5) Curso superior (6) NA (99) NR/NS	
A7	Atualmente, qual é o seu estado conjugal? - <b>Entrevistador: marque apenas uma alternativa.</b>	(1) Casado/morando junto (2) Viúvo (a) (3) Divorciado (a)/separado (a) (4) Nunca casou (99) NR/NS	

A8	O(a) Sr.(a) teve filhos? - Entrevistador: especifique o número de filhos/filhas _____	Número total de filhos/as _____ (00) Nenhum (99) NR/NS	
A9	Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida? - Entrevistador: Anote o tipo de trabalho _____	(1) Nunca trabalhou (2) Dona de Casa (99) NR/NS	
A10	Em média, qual é a sua renda mensal? – Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. (Atenção: valor líquido)	(1) Rendimento Mensal _____ (99) NS/NR	
A11	Em comparação a quanto o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é: - Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.	(1) Melhor (2) A mesma (3) Pior (99) NR/NS	
A12	Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?	_____ anos (99) NR/NS	
A13	De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?	(1) Do seu trabalho (2) Da sua aposentadoria (3) Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a) (4) Da ajuda de parentes ou amigos (5) De alugueis, investimentos (6) De outras fontes _____	

**B - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**

“Vou fazer agora algumas perguntas para testar a memória do Senhor (a).”

Nº	PERGUNTAS	RESPOSTAS	CÓDIGO
B1	Que dia é hoje?	(0) Errado (1) Certo	
B2	Em que mês estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B3	Em que ano estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B4	Em que dia da semana estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B5	Que horas são agora aproximadamente?	(0) Errado (1) Certo	
B6	Em que local nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B7	Que local é este aqui?	(0) Errado (1) Certo	
B8	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	(0) Errado (1) Certo	
B9	Em que cidade nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	
B10	Em que estado nós estamos?	(0) Errado (1) Certo	
<b>Vou dizer 3 palavras, e o (a) senhor (a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO.</b>			
B11	Carro	(0) Errado (1) Certo	
B12	Vaso	(0) Errado (1) Certo	
B13	Tijolo	(0) Errado (1) Certo	
<b>Gostaria que o (a) senhor (a) me dissesse quanto é:</b>			
B14	100-7	(0) Errado (1) Certo	
B15	93-7	(0) Errado (1) Certo	
B16	86-7	(0) Errado (1) Certo	
B17	79-7	(0) Errado (1) Certo	
B18	72-7	(0) Errado (1) Certo	
<b>O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?</b>			

B19	Carro	(0) Errado (1) Certo	
B20	Vaso	(0) Errado (1) Certo	
B21	Tijolo	(0) Errado (1) Certo	
B22	Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo	
B23	Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome.	(0) Errado (1) Certo	
B24	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".	(0) Errado (1) Certo	
<b>Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar os comandos de uma vez só).</b>			
B25	Pega a folha com a mão correta	(0) Errado (1) Certo	
B26	Dobre corretamente	(0) Errado (1) Certo	
B27	Coloque no chão	(0) Errado (1) Certo	
B28	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: <b>FECHE OS OLHOS</b>	(0) Errado (1) Certo	
B29	Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	(0) Errado (1) Certo	
<b>Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o (a) senhor (a) copiasse, tentando fazer o melhor possível.</b>			
B30	Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quadro lados com dois ângulos.	(0) Errado (1) Certo	
			
<b>TOTAL</b>			