

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DE VITÓRIA

DÉBORA NOGUEIRA
MARIANA DAZZI

**PREVALÊNCIA DE DECLÍNIO COGNITIVO EM RESIDENTES DE
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

VITÓRIA
2008

DÉBORA NOGUEIRA
MARIANA DAZZI

**PREVALÊNCIA DE DECLÍNIO COGNITIVO EM RESIDENTES DE
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como
requisito parcial para obtenção do grau de
médico.

Orientador: Renato Lírio Morelato

VITÓRIA
2008

DÉBORA NOGUEIRA

MARIANA DAZZI

PREVALÊNCIA DE DECLÍNIO COGNITIVO EM RESIDENTES DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

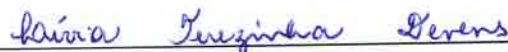
Aprovado em ____ de _____ de ____.

COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof. Dr. Renato lírio Morelato (Orientador)

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Prof. Esp. Lívia Therezinha Devens

Escola de Medicina Univix

Médica geriatra

Dr^a Waleska Binha Wruck

Presidente da SBGG – ES

Médica geriatra



Prof MSc. Herbert Cabral (suplente)

Médico geriatra

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. Neste contexto, as síndromes demenciais, caracterizadas pela presença de declínio cognitivo progressivo, são as mais importantes causas de morbimortalidade em idosos e o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número. **Objetivos:** Pesquisar a prevalência do declínio cognitivo e avaliar sua relação com a escolaridade e o grau de autonomia em instituição de longa permanência para idosos - "Lar de Idosos Avedalma", localizado no município de Cariacica / ES. **Materiais e Métodos:** Realizou-se um estudo de corte transversal com 42 idosos, composto por 23 mulheres e 19 homens de uma amostra inicial de 65 indivíduos. Incluiu-se na amostra todos os pacientes que estavam adequadamente inseridos na instituição. O Índice de Katz modificado foi utilizado na avaliação das atividades da vida diária, relacionada com os cuidados pessoais. Avaliou-se a condição cognitiva dos pacientes através do protocolo de Mini Exame do Estado Mental e do Teste do Relógio. **Resultados:** Com relação à prevalência de declínio cognitivo, observou-se 36 idosos acometidos (85,7 %), sendo 21 (58,3 %) do sexo feminino e 15 (41,7 %) do sexo masculino. Em relação ao grau de dependência dos idosos da instituição, 71,3% (30) havia dependência total, 7,1% (3) dependência parcial e 21,4% (9) eram independentes. O declínio cognitivo e o grau de dependência foram semelhantes em ambos os sexos; entretanto, os homens apresentaram maior nível de escolaridade. O nível de escolaridade e o grau de autonomia apresentaram correlação positiva com a pontuação cognitiva. **Conclusões:** O nível de escolaridade atuou como fator protetor para o declínio cognitivo, e os idosos com maior declínio cognitivo apresentaram maior grau de dependência.

Palavras – Chaves: declínio cognitivo, instituição asilar, idosos.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Materiais e Métodos	9
3. Resultados	12
4. Discussão	17
5. Conclusão	19
6. Referências Bibliográficas	21
7. Anexos	23
7.1. Anexo A	23
7.2. Anexo B	25
7.3. Anexo C	26
7.4. Anexo D	28

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, definida como aquela a partir dos 60 anos de idade (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994), é um fenômeno mundial, com crescimento sem precedentes na história da humanidade. No Brasil, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa excederá 30 milhões de pessoas, chegando a representar quase 13% da população (LOPES; BOTTINO, 2002). Atualmente, no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população total. O censo de 2000 informou que 15,5 milhões de brasileiros têm mais de 60 anos, sendo estes na maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e baixa renda. Com isto, propôs-se uma subdivisão do grupo de idosos em faixas etárias, às quais podem corresponder características cognitivas e de comportamento próprias – de 65 e 74 anos (idoso jovem, “young old”), entre 75 e 84 (idoso médio) e maiores ou iguais a 85 anos (idoso velho, “oldest old”) (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003).

O processo de envelhecimento acompanha-se pelo declínio das capacidades tanto físicas como cognitivas dos idosos, de acordo com suas características de vida. À medida que o número de idosos aumenta na população, é preciso um conhecimento maior de suas necessidades e o acompanhamento de suas mudanças.

Neste contexto, das doenças de caráter crônico, as síndromes demenciais são as mais importantes causas de morbimortalidade em idosos e o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número, com estimativas apontando, com o envelhecimento, um aumento na incidência anual, de 0,6%, na faixa dos 65-69 anos e 8,4% naqueles com mais de 85 anos, e sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5% entre aqueles com mais de 60 anos, para 20% naqueles com idade superior a 80 anos (ALMEIDA, 1998 / NITRINI, 1999).

As síndromes demenciais caracterizam-se pela presença de declínio cognitivo progressivo, cujas características principais são: declínio da memória adquirido, declínio intelectual ou de outras funções cognitivas, mudanças no comportamento ou na personalidade, além do prejuízo no desenvolvimento psicossocial. O grau de incapacidade aumenta com o avanço do declínio cognitivo. O diagnóstico de

demência baseia-se principalmente na presença de declínio da memória e de outras funções corticais superiores, tais como linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e seqüenciamento (ALMEIDA, 1998 / MACEDO; RAMOS, 2005 / NETO; TEMELINI; FORLENZA, 2005).

O comprometimento das funções cognitivas caracteriza-se, na demência, pela deterioração progressiva das habilidades intelectuais, como, por exemplo, a perda da capacidade de julgamento, da memória, do raciocínio abstrato e das habilidades viso espaciais, que afetam a capacidade funcional do indivíduo no seu dia a dia, implicando em perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com conseqüente perda da qualidade de vida do idoso (NETO; TEMELINI; FORLENZA, 2005). O impacto da demência e das desordens a ela relacionadas, sobre a família do idoso e a sociedade não deve ser subestimado. Vários são os fatores de risco a ela associados, tais como: a natureza marcadamente dependente da idade que caracteriza a deficiência cognitiva, a predominância em mulheres, a acentuada importância dos fatores socioeconômicos e a associação com a incapacidade de desempenhar as atividades cotidianas (DOURADO, 2005 / VERAS et al, 1995).

A demência pode ser definida como um declínio global e progressivo da memória, do intelecto, da crítica e da personalidade, sendo considerada uma síndrome de perda adquirida das funções cognitivas, de alterações no comportamento e perda de funções sociais. Muitas doenças têm a demência como uma de suas manifestações, e existem doenças que são exclusivamente a demência. A Doença de Alzheimer é a causa mais freqüente de demência (MARINHO; LAKS; ENGELHARDT, 1997). Estudos epidemiológicos mostram que idosos com declínio cognitivo apresentam maiores riscos de desenvolver Doença de Alzheimer (NITRINI, 1999 / CHARCHAT-FICHMAN et al, 2005). Essas enfermidades têm impacto sobre a família e sobre os cuidadores dos idosos, representando um problema significativo de saúde pública, por sua longa extensão e complexidade de manifestações funcionais, emocionais e conseqüências sociais. Os familiares ou a pessoa que zela pelo idoso nem sempre conseguem identificá-las, pois são complexas e progressivas, e muitas vezes consideradas "normais" na velhice. A falta do diagnóstico pode não só aumentar os

danos à saúde mental e ao bem-estar do idoso, como também trazer riscos de acidentes com medicamentos, no ambiente doméstico ou fora dele (KNOPMAN, 2001). Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais da saúde conheçam e saibam diagnosticar os sintomas dessas enfermidades, bem como se comprometam e sejam capazes de desenvolver ações efetivas que promovam a melhoria na qualidade de vida dos idosos no âmbito individual e coletivo.

São comuns, na população idosa, queixas sobre o declínio da cognição e da dependência nas atividades funcionais, sendo forte a relação entre nível cognitivo e habilidade funcional. Entre as cinco diferentes áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as atividades básicas de vida diária (ABVD's), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVD's), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar. Estudos mostram que alterações no desempenho das atividades de vida diária (AVD's) podem ocorrer desde os estágios iniciais da demência, e a gravidade do processo demencial foi apontada como um forte preditor para o declínio do desempenho dos idosos nessas atividades. Diversos autores citam a relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional nas atividades diárias: nos danos cognitivos leves, as perdas são detectadas prioritariamente nas AIVD's, e a realização das ABVD's somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados. Entretanto, ainda não há consenso na literatura sobre esse tema. Thomas et al. afirmaram que em idosos com demência nem sempre é válida a hierarquia das perdas entre AIVD's e ABVD's (MARRA, 2007).

Com o aumento na longevidade da população mundial, torna-se crescente a importância de estudos que envolvam a avaliação cognitiva do envelhecimento natural ou associado a patologias, como a doença de Parkinson e a de Alzheimer.

Os objetivos do presente trabalho foram pesquisar a prevalência do declínio cognitivo e avaliar sua relação com a escolaridade e o grau de autonomia em instituição de longa permanência para idosos - "Lar de Idosos Avedalma", localizado no município de Cariacica / ES.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de corte transversal com 42 idosos, composto por 23 mulheres e 19 homens, de uma amostra de 65 indivíduos, da instituição de longa permanência para idosos - "Lar de Idosos Avedalma".

Para compor a amostra da pesquisa, incluiu-se todos os pacientes que estavam adequadamente registrados e excluiu-se aqueles que: se recusaram verbalmente; desistiram de participar da modalidade; apresentavam altos graus de déficits auditivo e visual ou foram retirados do serviço.

Todos os sujeitos incluídos no estudo foram informados quanto aos objetivos e obtiveram-se os consentimentos destes ou de seus responsáveis legais de forma livre. O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), conforme o número de protocolo 078 / 2007.

A coleta de dados foi realizada por meio de observação e entrevista direta direcionada ao próprio idoso e / ou seu acompanhante (cuidador), além da consulta aos prontuários.

O Índice de Katz modificado foi utilizado na avaliação das atividades da vida diária, relacionada com os cuidados pessoais. A condição cognitiva dos pacientes foi avaliada através do protocolo de Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental ou MEEM) e do Teste do Relógio.

O índice de Katz modificado é composto por seis atividades básicas: banhar-se, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. Uma pontuação de 6 (seis) indica que o idoso é independente, ou seja, possui habilidade para desempenhar tarefas cotidianas. Uma pontuação 4 (quatro) indica uma dependência parcial, podendo o idoso requerer ou não auxílio. Uma pontuação igual ou inferior a 2 (dois) implica na necessidade de assistência, indicando uma dependência importante (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

O MEEM (*anexo A*) é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, pois é simples, de aplicação rápida e auto-explicativa. Determina a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com demência moderada e severa. É composto por diversas questões que são agrupadas em sete categorias, cada uma com a finalidade de avaliar funções cognitivas específicas como orientação, retenção ou registro de dados, atenção e cálculo, memória, linguagem e habilidade construtiva. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero a 30 pontos, sendo os maiores valores no escore do teste indicativos de melhor desempenho cognitivo. A avaliação desta pontuação final baseia-se nos anos de estudo do paciente, ou seja, analfabetos até 19; 1 a 3 anos até 23; 4 a 7 anos até 24 e 8 anos e mais até 28 pontos são considerados como possíveis portadores de declínio cognitivo, excluídos fatores de confusão (como, por exemplo, a presença de déficits visual e / ou auditivo graves que dificultem a aplicação do teste) (FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; McHUGH, 1975).

O Teste do Relógio (*anexo B*) traduz o padrão de funcionamento frontal e têmporo-parietal. Mesmo pacientes com escores normais no MEEM podem ter severas limitações funcionais demonstradas neste teste. Pede-se que o paciente desenhe o mostrador de um relógio com os ponteiros indicando uma determinada hora. A sensibilidade é maior que 86% e a especificidade superior a 96% quando comparado com outros instrumentos. Sendo que sua pontuação / escore baseia-se no: desenho do círculo correto: 1 ponto; números na posição correta : 1 ponto; inclusão de todos os 12 números: 1 ponto ; se os ponteiros estão na posição correta: 1 ponto. Pontuações abaixo de 4 (quatro) pontos indicam a necessidade de maior investigação.

No que diz respeito às variáveis, as qualitativas foram demonstradas por proporções e as quantitativas pela média e desvio padrão. Para classificação das variáveis, se não paramétrica ou paramétrica, utilizou-se o teste de Kolmogorov Smirnov. Realizou-se regressão linear das variáveis contínuas (escolaridade, pontuações cognitiva e das AVD's), modelo stepwise, para observar a influência sobre pontuação cognitiva (MEEM). Para comparar duas amostras empregou-se o "teste t de student" para amostra independente e Mann Whitney ou qui-quadrado para variáveis paramétricas e não paramétricas, respectivamente. Para análise

multivariável, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e o paramétrico MANOVA, com posterior teste *pos hoc* de Tukey para comparar as diferenças dentre os grupos.

Foram considerados significantes valores $\leq 0,05$. Empregaram-se as planilhas Excel e SPSS 13.0 for Windows para análise dos dados.

Figura 4 - Porcentagem de Idosos com Declínio Cognitivo pela Estratificação da Escolaridade

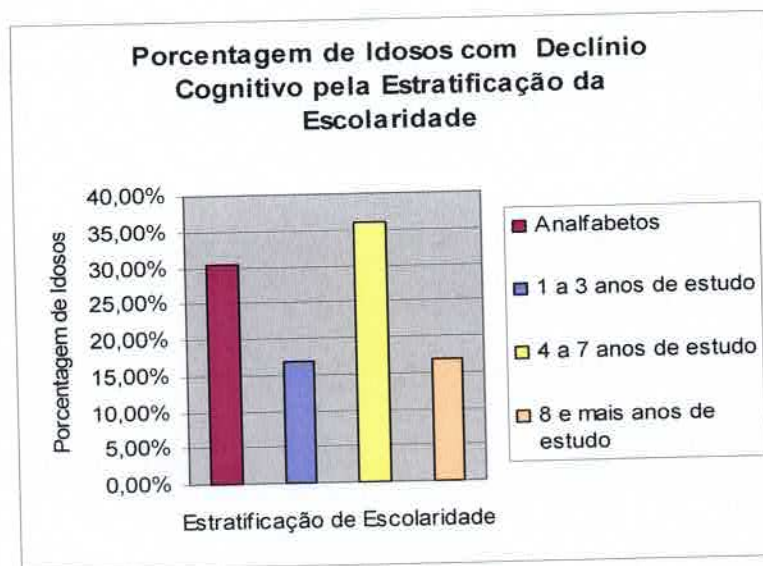
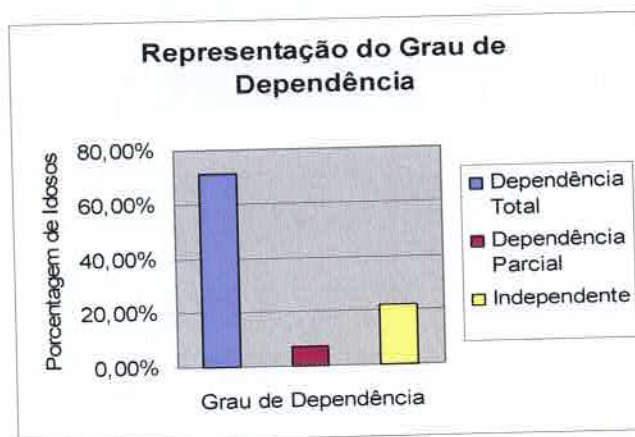


Figura 5 - Representação do Grau de Dependência da Amostra



O declínio cognitivo ($p = \text{NS}$), grau de dependência ($p = \text{NS}$) e idade ($p = \text{NS}$) foram semelhantes em ambos os sexos; entretanto, os homens apresentaram maior nível de escolaridade (mulheres $3,09 \pm 3,5$ e homens $5,84 \pm 4,16$) ($p = 0,02$).

O nível de escolaridade ($p = 0,03$) e o grau de autonomia ($p = 0,02$) apresentaram correlação positiva com a pontuação cognitiva.

Na relação entre escolaridade e os domínios cognitivos, observou-se: orientação ($p = 0,09$); retenção ($p = 0,02$); atenção / cálculo ($p = 0,01$); evocação ($p = 0,61$); linguagem ($p = 0,04$) e habilidade de construção ($p = 0,26$), logo, somente os itens de retenção, atenção / cálculo e linguagem tiveram significância estatística (*tabela 2*).

Pela estratificação realizada para os residentes da instituição, de acordo com os anos de escolaridade (grupo 1: analfabetos; grupo 2: 1 a 3 anos; grupo 3: 4 a 7 anos e grupo 4: 8 anos e mais de escolaridade), observou-se que os grupos não apresentaram diferença em relação à idade ($p = 0,21$) e estado funcional (atividades da vida diária) ($p = 0,22$). Entre estes grupos, não foi visualizada diferença estatística no declínio cognitivo ($p = 0,39$) (rever *figura 4*), entretanto, ao comparar cada domínio do MEEM, relativos ao grupo 1 e ao grupo 4, encontrou-se diferença entre estes nos itens significantes (retenção ($p = 0,02$), atenção / cálculo ($p = 0,01$) e linguagem ($p = 0,04$)), ou seja, o grupo de maior escolaridade apresentou maior escore nos domínios supracitados. Em relação à pontuação total do MEEM, houve diferença apenas entre os grupo 1 e grupo 4 ($p = 0,06$) (rever *figura 2*). Os domínios cognitivos que apresentaram diferença (retenção, atenção / cálculo e linguagem) entre os quatro grupos de escolaridade encontram-se representados na *tabela 2*.

Tabela 2 - Domínios cognitivos do MEEM e a Escolaridade*

	Sem escolaridade (12)	Um a três anos (6)	Quatro a sete anos (14)	Com oito anos e mais (10)	p
Retenção	1,83 ± 0,36**	2,83 ± 0,16	2,29 ± 0,322	3 ± 0	0,02
Atenção e cálculo	0	1,17 ± 0,61	1,57 ± 0,59	2,60 ± 0,80	0,01
Linguagem	4,42 ± 0,80	5,83 ± 1,16	6,42 ± 0,45	7,00 ± 0,35	0,04

*Domínios que apresentaram significância estatística; ** Média e erro padrão da média.

4. DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se que o nível de escolaridade atuou como fator protetor para a preservação dos domínios cognitivos, e os idosos com maior declínio cognitivo apresentaram maior grau de dependência.

Dentro da instituição, foi realizado o MEEM em 42 idosos do total de 65 do local. Na população que realizou o teste, observou-se 23 idosos do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Este maior número de mulheres com declínio cognitivo provavelmente deve-se à maior expectativa de vida das mulheres, não sendo observado nenhum fator de risco específico ligado ao sexo, porém são necessários estudos adicionais para esclarecer esta questão.

O estudo mostrou que as faixas etárias de prevalência na instituição foram de 65 a 74 anos (14 idosos) e de 75 a 84 anos (15 idosos), não podendo deixar de citar que na faixa de maiores ou iguais à 85 anos observaram-se 11 idosos, número tão representativo quanto das anteriores. Isto vem para corroborar a representatividade da população mais idosa nas instituições de longa permanência e nos levam a alguns questionamentos.

Desconsiderando o tempo de permanência destes idosos na instituição, será a idade mais avançada um fator de decisão dos familiares quanto à institucionalização ou não, ou esta será apenas um peso na escolha dos idosos por estes locais com população de mesma faixa etária e, portanto, de melhor convivência? São questões de difícil resposta, mas observou-se satisfação, em grande parte dos idosos do estudo, pela permanência no local. Portanto, para o estudo, prevaleceu a escolha dos idosos em relação ao seu local de residência.

Na amostra de 42 idosos que realizaram o MEEM, 36 (85,7%) apresentaram declínio cognitivo, o que representa grande parcela da amostra. Houve predomínio de declínio cognitivo no sexo feminino, devido a uma média de escolaridade maior para os indivíduos do sexo masculino. O grupo que apresentou melhor pontuação dos domínios da cognição foi com idade superior a 85 anos.

Pode-se observar a influência da escolaridade nos seguintes domínios cognitivos do MEEM (retenção, atenção / cálculo e linguagem), revelando que quanto maior, haverá maior pontuação nas variáveis citadas. Por exemplo, na atenção / cálculo, apenas o idoso que apresenta certo grau de escolaridade será capaz de pontuar bem nesta parte do teste.

Os idosos da instituição apresentaram melhor pontuação na retenção, entretanto quando houve necessidade de localização viso espacial (orientação) e avaliação de habilidade construtiva ocorreram os piores resultados. A partir disto, pode-se avaliar quais são os limites entre o envelhecimento normal e alterações cognitivas de origem degenerativa como no caso das demências.

Em relação ao grau de dependência, observou-se grande parte dos idosos com perda de autonomia. Este fato pode estar relacionado, em parte, ao elevado número de pacientes com declínio cognitivo.

Durante o estudo, foram vivenciados alguns obstáculos dos pacientes à realização do MEEM. Dentre eles, pode-se destacar um número considerável de pacientes com esquizofrenia. Outros empecilhos, em ordem decrescente de frequência, foram: recusa do idoso a participar do estudo, confusão mental, déficit auditivo grave e dificuldades de comunicação, doença de Alzheimer avançada, alterações psiquiátricas não - especificadas, agressividade e demência não - especificada.

5. CONCLUSÃO

O envelhecimento tem uma influência significativa no grau de autonomia e independência do ser humano. A utilização de instrumentos de avaliação funcional geriátrica, como o Índice de Katz, facilita a determinação do perfil do idoso tornando mais confiável a transmissão de informações entre os diversos profissionais da saúde e permite acompanhar o progresso da terapia que tende a ser mais apropriada a cada caso.

Pelos resultados pode-se observar um número significativo de idosos apresentando dependência importante. Pode-se observar que os instrumentos de avaliação utilizados se mostraram sensíveis e complementares entre si.

Em vista dos resultados obtidos, pode-se inferir que um maior nível de escolaridade pode atuar como um fator de proteção para o declínio cognitivo. Deve-se considerar que o MEEM é um instrumento de rastreio do comprometimento das funções cognitivas; portanto, para se concluir um diagnóstico de demência em idosos cujas respectivas pontuações foram abaixo do determinado é necessária uma avaliação neuropsicológica mais apurada.

Contudo, há necessidade de um enfoque mais amplo dos fatores que proporcionam um envelhecimento saudável, pois este é resultado da interação multidimensional entre a saúde física e mental, autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Assim, sugerem-se novas investigações sobre o declínio cognitivo e seus impactos na qualidade de vida dos idosos. Além da importância para a orientação de políticas públicas de saúde, acredita-se que, conhecendo-se mais sobre essa enfermidade, mais se poderá trabalhar para a prevenção e para o diagnóstico precoce do declínio cognitivo.

Cabe lembrar ainda que, infelizmente, as condições precárias em que funciona a maior parte das instituições de longa permanência é um problema antigo, marcado por escândalos periódicos, sendo necessária uma fiscalização mais intensa, com o objetivo de garantir condições de atendimento e estrutura adequados que não coloquem a vida do idoso em risco.

Assim, este estudo serve como um alerta para que programas terapêuticos preventivos sejam traçados e implantados a partir das informações coletadas por instrumentos de avaliação aplicados de forma correta e segura, a fim de retardar as alterações causadas pelo envelhecimento e promover uma melhor qualidade de vida.

6. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, O. P. **Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 nov. 2007.
2. CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K.; NITRINI, R. **Declínio da Capacidade Cognitiva Durante o Envelhecimento**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 dez. 2007.
3. DOURADO, M., et al. **Consciência da Doença na Demência. Resultados Preliminares em Pacientes com Doença de Alzheimer Leve e Moderada**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 2 dez. 2007.
4. FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E., McHUGH, P. R. **Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician**. Journal Psychiatric Research, 1975. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 20 out. 2007.
5. FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global**. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 609 - 617.
6. KNOPMAN, D.S. et al. **Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review)**. American Academy of Neurology, 2001. Disponível em: <http://www.aan.com>. Acesso em: 28 mar. 2007.
7. LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. **Prevalência de Demência em Diversas Regiões do Mundo: Análise dos Estudos Epidemiológicos de 1994 a 2000**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 06 abr. 2008.

8. MACEDO, M. B. M.; RAMOS, L. R. **Validade da Versão em Português da “Clinical Dementia Rating”**. Revista de Saúde Pública, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 nov. 2007.
9. MARRA, T. A.; PEREIRA, L. S. M.; FARIA, C. D. C. M.; PEREIRA, D. S.; MARTINS, M. A. A.; TIRADO, M. G. A. **Avaliação das Atividades de Vida Diária de Idosos com Diferentes Níveis de Demência**. Revista Brasileira de Fisioterapia, 2007. Disponível em: <http://www.crefito.com.br/revista/rbf>. Acesso em: 13 set. 2007.
10. MARINHO, V.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. **Aspectos Neuropsiquiátricos das Demências Degenerativas Não - Alzheimer**. Revista Brasileira de Neurologia, 1997. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi>. Acesso em: 13 set. 2007.
11. NETO, J. G.; TEMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. **Diagnóstico Diferencial das Demências**. Revista de Psiquiatria Clínica, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 nov. 2007.
12. NITRINI, R. **Epidemiologia da Doença de Alzheimer no Brasil**. Revista de Psiquiatria Clínica, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 nov. 2007.
13. PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. **Perfil Demográfico da População Idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002**. Universidade Aberta da Terceira Idade, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>. Acesso em: 28 mar. 2007.
13. VERAS, R., et al. **Um Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro**. Universidade Estadual do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 dez. 2007.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO A - Mini Exame do Estado mental

É passível de ser aplicado rapidamente, em 5 ou 10 minutos no máximo, e fornecer imediatamente um indicador razoavelmente aceitável da possibilidade de demência. Apresenta limitações, contudo é válido especialmente na avaliação preliminar dos distúrbios cognitivos para pessoas idosas com mais de 8 anos de escolaridade. Espera-se uma perda de 2 a 3,5 pontos por ano em pacientes com doença de Alzheimer.

Apresenta-se da seguinte forma:

Máximo Orientação

- Em que ano, mês, estação do ano estamos? Um ponto para cada resposta correta.
- Onde estamos: estado, país, cidade, hospital? Um ponto para cada resposta correta.

Registros

- Nomeie 3 objetos: diga palavra por palavra, devagar; peça ao paciente que repita as três palavras (CARRO, VASO, BOLA). Dê um ponto para cada resposta correta. Então repita todas novamente, para que ele aprenda.

Atenção e Cálculo

- Peça ao paciente que conte de trás para frente, começando do nº 100, de 7 em 7. Pare depois da 5ª resposta. Alternativamente, peça para soletrar "mundo" ao contrário. Pontuação total: 5 pontos.

Memória

- Peça que ele repita as três palavras (CARRO, VASO, BOLA). Dê um ponto para cada resposta correta.

Linguagem

- Mostre um lápis e um relógio, peça-lhe que os nomeie. (2 pontos)
- Peça que repita o seguinte: “nem aqui, nem ali, nem lá”. (1 ponto)
- Dê as 3 seguintes ordens: “Pegue esta folha de papel com a mão direita, com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez e, em seguida, coloque a folha no chão”. (3 pontos)
- “Leia e faça o que está escrito”: “FECHE OS OLHOS”. (1 ponto)
- “Escreva uma frase”. (1 ponto)

Habilidade Construtiva

- “Copie este desenho”. (1 ponto)



Nível de consciência

- Alerta, sonolento, prostrado, coma.

7.2. ANEXO B - Teste do Relógio

As disfunções executivas podem preceder os distúrbios de memória nas demências. Pacientes com escores normais no Mini-Mental podem ter severas limitações funcionais demonstradas nesse teste. É um teste que traduz o padrão de funcionamento frontal e têmporo-parietal.

Pede-se que o paciente desenhe o mostrador de um relógio com os ponteiros indicando uma determinada hora.

PONTUAÇÃO / ESCORE:

Desenho do círculo correto: 1 ponto

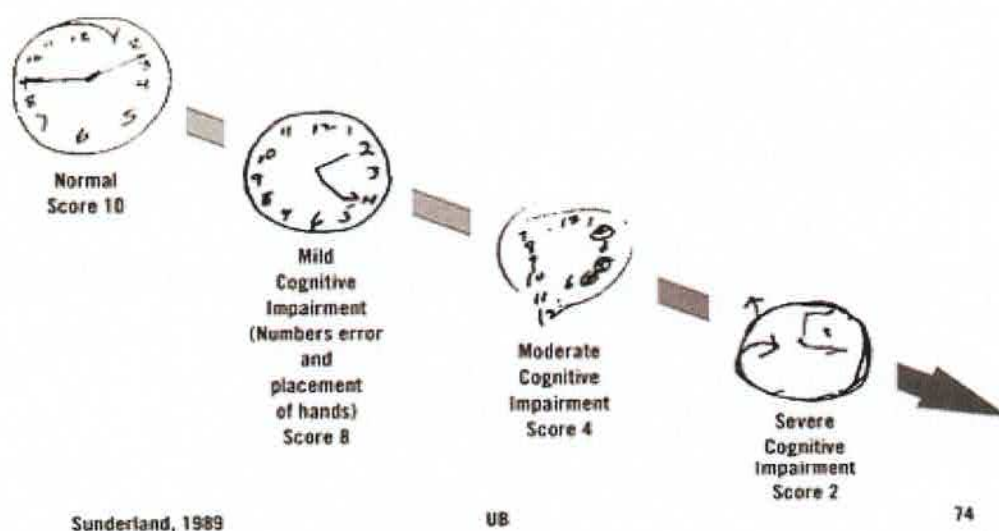
Números na posição correta : 1 ponto

Incluiu todos os 12 números: 1 ponto

Os ponteiros estão na posição correta: 1 ponto

INTERPRETAÇÃO:

Pontuações abaixo de 4 pontos indicam a necessidade de maior investigação.



7.3. ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: "Prevalência de Declínio Cognitivo em Residentes de Instituição de Longa Permanência".

Pesquisadores: Débora Nogueira, Mariana Dazzi

Orientador: Renato Lírio Morelato

O sr (sr^a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade estudar a prevalência de declínio cognitivo e avaliar sua relação com a escolaridade e o grau de autonomia em idosos residentes em uma instituição de longa permanência.

Para isto, serão utilizados os 65 residentes da instituição "Lar de Idosos Avedalma".

Ao participar deste estudo, o sr (sr^a) permitirá que o (a) pesquisador (a) faça uma entrevista utilizando dois testes chamados de: Mini Exame do Estado Mental e Teste do Relógio. O sr (sr^a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o sr (sr^a). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.

Estes testes usados na pesquisa consistirão em perguntas e respostas rápidas e simples, nos quais, serão testadas a capacidade de atenção, memória, orientação e cálculo.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa o sr (sr^a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre seu estado de

saúde, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa servir como guia para uma vida melhor, onde o (a) pesquisador (a) se compromete a divulgar os resultados obtidos.

O sr (sr^a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

“Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa”.

Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal

Assinatura do pesquisador

Assinatura do orientador

CONTATOS:

Pesquisadores: Débora – 9225 – 9117 / Mariana – 9962 - 4293

Orientador: Renato – 9982 - 7466

Comitê de Ética em Pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Emescam): 3334-3586 (Funcionamento: 2^a a 6^a feiras de 07:00 às 12:00 hs e 13:00 às 17:00 hs).

7.4. ANEXO D - Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "**Prevalência de Declínio Cognitivo em Residentes de Instituição de Longa Permanência**", cadastrado com o N° 078/2007, do pesquisador responsável "**Renato Lirio Morelato**", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 25/07/2007.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de 25/07/2008, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 25 de Junho de 2008.

p. May tu des Santos
Prof. Dr. Elisardo Corral Vasquez

Dr. Elisardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM