

**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS
COORDENADORIA DE ENFERMAGEM**

AVALIAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

MARIA DO CARMO PAES FERREIRA COELHO

**ASSIS
2009**

MARIA DO CARMO PAES FERREIRA COELHO

AVALIAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Área:

Comunicação em Saúde

Orientadora:

Prof^a. Ms. Teresa Cristina Prochet

**ASSIS
2009**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____/____/____

FICHA CATALOGRÁFICA

COELHO, Maria do Carmo Paes Ferreira

Avaliação cognitiva em Idosos hospitalizados / Maria do Carmo Paes
Ferreira Coelho. Fundação Educacional do Município de Assis – Fema : Assis,
2009

66p.

Orientadora: Prof^a Mestra Teresa Cristina Prochet

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Enfermagem – Instituto
Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Gerontologia. 2. Longevidade. 3. Memória

CDD: 610

Biblioteca da FEMA

Nome: Maria do Carmo Paes Ferreira Coelho
Título: Avaliação Cognitiva em Idosos Hospitalizados

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 04 / 12 / 2009

Banca Examinadora

Orientadora: _____
Ms. Teresa Cristina Prochet
Fundação Educacional do Município de Assis

1º Examinador (a): _____
Profª Isabel Cristina Guedes Mazalli
Fundação Educacional do Município de Assis

2º Examinador (a): _____
Drª Elizete Mello da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis

Ao meu Deus
Ao meu esposo, filhos, genros, noras e neta
À minha mãe, meus irmãos e sobrinhos

AGRADECIMENTOS

A Deus, o meu louvor e adoração pela força e coragem que me sustentou em toda minha caminhada, sem deixar que o desânimo, a cansaça, as dificuldades enfrentadas fossem mais fortes que eu e me fizesse desistir diante dos inúmeros obstáculos com os quais me deparei.

Ao meu esposo Luiz que foi a base de tudo para mim, apoiando-me nos momentos difíceis com força e amor, confiança, encorajando-me a persistir nos meus objetivos e colaborando até alcançá-los.

Aos meus amados filhos Danilo, Filipe, Suliana e Priscila que muitas vezes deixaram o descanso, passeio, trabalho para me levar à faculdade e buscar-me, passamos frio, chuva, vento, medo, enfim chegamos, obrigada meus filhos.

As minhas noras, Isabella e Vivian, ao meu genro Renan, que me ajudaram amando meus filhos e estando presente em minha ausência.

Agradeço a Deus pela existência de minha neta Ana Carolina que, por mais cansada e preocupada me fez renovar e estimulado em minha caminhada, te amo querida.

Aos meus pais, Joaquim (*in memórian*) e Anália pela educação, respeito e valor ao próximo, corrigindo sempre para que fossemos homens e mulheres de valores. Se você pai estivesse aqui hoje, seria o mais orgulhoso de todos os pais, pois sempre amou seus filhos, e você mãe sempre humilde, honesta, trabalhadeira, nunca deixou faltar nada, sempre abençoou o pouco que tínhamos e a bênção de Deus sempre foi conosco, obrigada meus pais, amo vocês.

Dedico este trabalho aos meus irmãos, Maria Helena, João, Fátima, Teresa, Bernadete, Jose Roberto e Artur, pelo carinho e apoio em momentos tão difíceis que atravessamos com a enfermidade de nossa mãe e vocês souberam agüentar firme para que eu não fosse impedida de concluir meus estudos, amo vocês.

A todos os meus sobrinhos minha paixão e louvor a Deus em especial ao Sérgio que muito fez e faz por minha mãe em meu lugar, Deus te recompense.

Aos meus cunhados e cunhadas pelas horas que precisei e vocês não mediram esforços, ao Josael que deixou o trabalho muitas vezes, para eu não tomar chuva ao ir para estágio, Deus os abençoe grandemente.

Ao pastor Gilmar e Railda que estimulou minha volta aos estudos, meus irmãos em Cristo pelas orações, a Ana Lúcia, Vanderléia, Ordalice, Elisa, Cidinha, Jandira, Mora, Edicéia, Marcos, Ligia, Cida, Divanil, Alzira, tia Nadir, tio Sérgio, realmente passei o mar vermelho, muito obrigada.

A você tia Maria que não hesitou em logo me ajudar na matrícula, se alegrando e sofrendo comigo muitas vezes, obrigada por existir em minha vida, que o Senhor possa te recompensar com saúde, alegria e paz junto de toda sua família.

Ao amigo, irmão em Cristo e médico Dr. Gerson que com alegria empenhou-se na minha caminhada como missão, realmente você foi o barquinho que Deus enviou para o percurso desta jornada.

A meus amigos: Antonia, Sivonei, Dr^a Alba, Dr. Marcos, Maria Teresa, Dr^a Márcia, Fátima pelo incentivo, aos clientes do posto de saúde da vila Ribeiro, minha inspiração, prefeito e secretaria de saúde pela oportunidade de estudar, Daiane pelos livros, obrigada por tudo.

Aos meus colegas de classe, em especial aqueles que dividi alegria e tristeza, senti-me amparada e fortalecida, obrigada Adalberto, Antonia e Eliane, que bom tê-los conhecido.

Aos meus professores pela dedicação e paciência, sou grata e admiro vocês.

Aos meus professores da banca examinadora, Isabel e Elizete (Dedé) muito obrigada pela colaboração e em especial quero agradecer minha professora e orientadora Teresa Cristina Prochet pela paciência, dedicação, mostrando que ama o que faz, sempre me impulsionando a seguir, confiando que no final tudo iria dar certo, Deus te abençoe em toda sua caminhada.

Dedico este trabalho aos funcionários de cada departamento da Fema, com os quais convivi nestes quatro anos, os amigos que aqui conquistei, aos anjos que o Senhor colocou em meu caminho, Valderez, Monica, Roseni, Faride, Aldair, Claudio, Diomara, Cleuza, Marisa, Leonilda, Luciana, Maria do Carmo, Salete, Juliana, Sandra, Ana Rosa, Fernanda (s), aos meninos da tesouraria, pessoal da sessão de alunos, informática, manutenção, meninas da limpeza, enfim são muitos, me perdoe aqueles que não consegui citar, não caberia em uma folha, a todos a minha gratidão. Enfim dedico este trabalho a todos os que amam o cuidar, o ser humano nosso instrumento de trabalho, que o meu coração possa bendizer ao Senhor todos os dias de minha vida, obrigada Senhor.

*“Com os idosos está a sabedoria, e
na abundância de dias o entendimento. Na velhice ainda darão frutos,
serão viçosos e florescerão”*

(Bíblia Sagrada, Jó 12,12 e Sl 92,14)

COELHO, M.C.P.F.; **Avaliação cognitiva em idosos hospitalizados**. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Assis -SP, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

RESUMO

A característica da população mundial sofreu grande transformação a partir do século XIX, devido ao aumento expressivo da população idosa. O êxito deste acontecimento se deu devido à diminuição da taxa de mortalidade e fecundidade, resultando em longevidade. Considerando que, nesta faixa etária uma das principais queixas são os freqüentes esquecimentos relatados por estes indivíduos. Este estudo de natureza transversal e de campo objetivou identificar a falha de memória em idosos hospitalizados, através de aplicação do teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Fluência Verbal por categoria semântica, questionário com os dados sócios demográficos e roteiro de análise do prontuário do cliente em 36 idosos internados em um hospital do interior do Estado de São Paulo. Os resultados revelaram que o escore do teste MEEM, que avalia o funcionamento cognitivo global obteve 23 pontos na mediana e média de 21,3 pontos, da somatória final, 12 (33%) com sugestivo de déficit cognitivo, e o teste de Fluência Verbal obteve a prevalência de desempenho insatisfatório, 31 (86%) do que foi proposto. Quanto à análise dos registros nos prontuários, foi verificado que os itens de avaliação do estado mental registrado pelo profissional foram: orientação no tempo 28%, orientação do espaço 25%, nível de consciência 39% e expressão verbal 8%, não foi encontrado registros das seguintes modalidades: condições de memória, raciocínio, expressão facial e nível de atenção, nada consta registrado sobre a utilização de escala de avaliação das condições mentais por nenhum profissional. Desta forma confirma, as hipóteses geradas na pesquisa que não se aplica nenhum tipo de teste de rastreio cognitivo nesta instituição e os sintomas de esquecimentos não são valorizados pela equipe que o assiste, julgando ser um fato comum da idade, sem se importar em uma investigação mais profunda.

Palavras chaves: Gerontologia, longevidade, memória

COELHO, M.C.P.F. **Cognitive Assessment in inpatient elderly**. Trabalho de Conclusão de curso em Enfermagem. Assis (SP), Brasil, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

ABSTRACT

The characteristic of world population suffered a great transformation from XIX century, due to a significant increase of elderly population. It happens because the rate of mortality and birth has decreased, resulting in longevity. Considering that, in this age group, one of the main complaints is the frequent forgetfulness. This study of transverse nature has as object to identify memory failure in elderly that are in hospital through a Mental State Test (MEEM), Fluency Oral Test by semantic category, a questionnaire with the data social demographic and a script of analysis of the bedside assessment of 36 elderly inpatients from a hospital in São Paulo state country. The results proved the score of the MEEM that assess the global cognitive operation, obtained 23 points in the median and an average of 21,3 points from the total summation 12 (33%) with suggestive cognitive deficit. The Oral Fluency Test obtained the prevalence of a lame performance 31 (86%) of what was suggested. Regarding to the registration on the bedsides, was verified that the items of assessment of mental state registered by the professional were: time orientation – 28%, space orientation – 25%, conscience level – 39% and oral expression - 8%. It was not found registers of the following modalities: memory conditions, reasoning, facial expression and attention level. Anything is registered about the use of the scale of assessment of mental condition by any professional. This way, the hypothesis from this search confirm that it doesn't use any kind of cognitive follow up in this Institution and the symptoms of forgetfulness are not valued by the team that watch it, what is considered normal for the age, it doesn't apply a deep investigation in this case.

Key Words: Gerontology, longevity, memory.

COELHO, M.C.P.C.; **Evaluación Cognitiva en Ancianos Hospitalizados**. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Assis (SP), Brasil, Fundação Educacional do Município de Assis, 2009.

RESUMEN

La característica de la población mundial sufrió grande transformación a partir del siglo XIX, debido al aumento expresivo de la población anciana. El éxito de este acontecimiento se pasa debido a disminución de la tasa de mortalidad y fecundidad, resultando en longevidad. Considerando que, en este grupo de edad una de las principales quejas son los frecuentes olvidos relatados por estos individuos. Este estudio de naturaleza transversal y de campo objetivó identificar la falla de memoria en ancianos hospitalizados, a través de aplicación del Test Mini Examen del Estado Mental (MEEM), Test de Fluencia Verbal por categoría semántica, cuestionario con los datos socio demográficos y guía de análisis del prontuario del cliente en 36 ancianos internados en un hospital del interior del Estado de São Paulo. Los resultados revelaron que el “escore” del test MEEM, que avalúa el funcionamiento cognitivo global obtuvo 23 pontos en la mediana y media de 21,3 pontos, de la sumatoria final, 12 (33%) con sugestivo de déficit cognitivo y el test de Fluencia Verbal obtuvo a prevalencia de desempeño insatisfactorio, 31 (86%) del que fue propuesto. Cuanto a la análisis de los registros en los prontuarios, fue verificado que los ítems de evaluación del estado mental registrado por el profesional fueran: orientación en el tiempo, 28%, orientación del espacio, 25%, nivel de conciencia, 39% y expresión verbal, 8%. No fueron encontrados registros de las siguientes modalidades: condiciones de memoria, raciocinio, expresión facial y nivel de atención, nada consta registrado sobre la utilización de escala de evaluación de las condiciones mentales por ningún profesional. De esta forma, confirman las hipótesis generadas en la pesquisa que no se aplica ningún tipo de test de guía cognitivo en esta institución y los síntomas de olvidos no son valorizados por el equipo que lo asiste, juzgando ser un facto común de la edad, sin se importar en una investigación mas profunda.

Palabras chaves: Gerontología, longevidad, memoria.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Tabela com distribuição relativa e percentual dos idosos pesquisados conforme faixa etária e gênero	41
Figura 2 -	Distribuição da média e mediana por gênero e a média geral dos escores do Mini Exame do Estado Mental - MEEM	44
Figura 3-	Avaliação do desempenho do MEEM	45
Figura 4 -	Desempenho na aplicação do teste de Fluência Verbal	47
Figura 5 -	Motivo que gerou a internação atual	49
Figura 6 -	Registros de problemas/doenças pregressas dos idosos	50
Figura 7 -	Profissionais que avaliaram o estado mental	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Problemática	12
1.2 Justificativa	16
1.3 Hipótese	17
2. OBJETIVOS	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos	18
3. REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Fisiologia da memória	19
3.2 A memória: conceito e classificação	23
3.3 A memória e o envelhecimento humano	25
3.4 Estratégias de promoção de saúde como qualidade de vida	27
3.5 Funções cognitivas e a habilidade funcional do cérebro	28
3.6 Escalas de avaliação cognitiva.....	31
3.6.1 Mini exame do estado mental -MEEM.....	34
3.6.2 Teste do desenho do relógio	35
3.6.3 Prova de fluência verbal por categoria semântica	35
3.6.4 Provérbios	36
3.6.5 Memória de palavras	36
3.6.6 Evocação da lista de palavras	37
4. MATERIAL E MÉTODO	38
4.1 Tipo de estudo	38
4.2 Campo de estudo	38
4.3 Sujeito do estudo	38
4.4 Tamanho da amostra	39
4.5 Coleta dos dados	39
4.6 Tratamento dos dados	40
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
5.1 Dados sócio demográficos.....	41
5.1.1 Gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, com quem mora.....	41
5.1.2 Ocupação, renda familiar, casa onde mora, religião.....	41
5.1.3 Análise do Mini exame do estado mental.....	42
5.1.4 Teste de fluência verbal.....	46
5.1.5 Diagnóstico de doenças neurológicas e o uso de medicamentos controlados.....	47
5.1.6 Motivo que gerou a internação e registros de problemas/doenças progressos.....	48
5.1.7 Avaliação do estado mental do idoso e identificação do profissional.....	52
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
7. REFERÊNCIAS.....	55
8. ANEXOS.....	60

INTRODUÇÃO

1.1 Problemática

O crescimento da população mundial idosa será um grande desafio para políticas de saúde pública a ser enfrentado nas próximas décadas. Iniciado no final do século XIX, primeiramente nos países desenvolvidos e se espalhando por toda a esfera terrestre, em decorrência da acentuada queda de mortalidade prematura por inúmeras doenças agudas e crônicas e, a diminuição da taxa de natalidade, observada ao longo do século XX, a expectativa de vida aumentou com tendência a prosseguir neste curso na maioria das regiões do planeta. No Brasil, a taxa de fecundidade caiu, em 1960 era de 6,3 filhos por mulher e em 2006 passou para 2,0 filhos por mulher. Desta maneira a tendência é de mais pessoas chegarem ao envelhecimento e menos crianças nascerem, fazendo crescer a proporção de idosos na população, denominada assim de envelhecimento populacional. Camarano (2002 p. 58) sobre este fato, afirma:

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dado a alta fecundidade prevalecente no passado comparativamente à atual e a redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.

No Período pós Segunda Guerra Mundial (1945 – 1960), houve um fenômeno denominado *baby-boom*, ou seja, explosão da taxa de natalidade. Nasceram 76 milhões de crianças, repercutindo esse evento entre os anos 2005 e 2030, quando essa população atingiria a faixa etária acima de 60 anos (ROACH 2003).

De acordo com Kalache e Keller (2000) apud Organização Mundial da Saúde (2005 p. 12) o envelhecimento humano, em grande parte dos países desenvolvidos, foi de forma gradual associado a um elevado crescimento sócio-econômico por anos, diferentemente, países em desenvolvimento esse crescimento foi acelerado e com redução dos anos. Resumindo, os países desenvolvidos enriqueceram antes da mudança na característica da população, o contrario aconteceu nos países em desenvolvimento, envelheceram antes de adquirir um valor monetário satisfatório.

Com o aumento exorbitante da população idosa, no âmbito mundial, torna-se um desafio para as nações, pois as oportunidades de trabalho para esta classe de indivíduos devem ser reestruturadas, visando aproveitamento maior e redução do déficit previdenciário, com a estimulação e a capacitação, esta geração vindoura fortalecerá políticas públicas sem defasar a economia.

Com o envelhecimento populacional, existe outra preocupação a mudança no quadro de morbidade e mortalidade, com predomínio de doenças não transmissíveis, as doenças crônicas degenerativas desenvolvendo incapacidade desta população, como doenças cardiovasculares, doenças neuro-degenerativas, doenças cérebro vasculares, Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica, osteoporose, cânceres, entre outras, atingirão um grande número de idosos modificando dramaticamente suas qualidades de vida e ocasionando mortes precoces, fora e antes da hora com grande sofrimento.

O foco das atenções voltadas para estes indivíduos, nesta faixa etária, tem sido destacado, com a finalidade de suprir as necessidades de um contingente exigente, colaborando para um desenvolvimento pleno.

Paz (2001) afirma que, o envelhecimento humano no mundo tem ocupado debates sociais, políticos, econômicos, culturais, na saúde e diversas áreas que atuam com idosos.

A esse respeito Pinheiro e Freitas (2004) são objetivos ao dizer que devido o aumento expressivo desse contingente idoso, são necessárias medidas emergenciais, exigindo providências imediatas tanto biomédicas como psicossociais, a uma população que de forma relevante contribuem na área cultural, econômica, social e afetiva.

O Brasil entrou na rota do envelhecimento populacional, e a previsão dos demógrafos é que no ano 2020 existam cerca de 1,2 bilhões de idosos no mundo, sendo que, a fatia que o Brasil leva deste contingente é de 34 milhões acima de 60 anos, equivalendo à sexta posição no ranking do planeta (FIGUEIREDO; TYRREL 2006).

Devido à mudança no perfil demográfico mundial, é necessária mudanças na estrutura na área social, política e econômica, pois este contingente tem tanto necessidades, característica e peculiaridades próprias, que devem ser atendidas, há urgência de criação de condições favoráveis e reformulação de conceitos e posturas.

Com o aumento de um novo grupo etário, a exigência de especialistas que venham atender um fluxo crescente a cada ano, com a finalidade de proporcionar condições favoráveis garantindo que os anos subseqüentes não se tornam desgastantes para o idoso como um peso para a sua família.

As alterações que ocorrem no processo de envelhecimento são gradativas, e naturais, distintas a todo ser vivente, podendo ser físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, é necessário salientar que podem aparecer precocemente ou ser tardia, de acordo com o fator hereditário e principalmente com o estilo de vida de cada pessoa. Não existe uma regra concreta para se dizer que alguém envelheceu, a maioria dos gerontólogos demarca a idade de 60 ou 65 anos como indicador da idade avançada ou “velhice”, pois é nesta fase que se tem um declínio maior das condições físicas e psicológicas do indivíduo, de certa forma, sabe-se que alterações podem ocorrer em outras fases da vida do ser humano (STUART-HAMILTON 2002).

Estudos revelam que, 15% de idosos necessitam de atendimento em saúde mental e 2% acima de 65 anos apresentam quadro de depressão, que na maioria das vezes, passam despercebidos por familiares e cuidadores, considerando este como próprio do envelhecimento. Idosos saudáveis e que encaram esta etapa da vida como outra qualquer, tem melhores condições de conviver com o presente repleto de um tempo de experiências aglomeradas, e repassá-las aos de menor idade (ZIMERMAN 2000).

As transições da vida pela qual o adulto passa até atingir a terceira idade tornam-se difíceis para o mesmo aceitar as limitações que o próprio organismo tem lhe sobrecarregado, este ainda tem que conviver com pessoas que compreendem menos ainda, quando sofre algum tipo de preconceitos errôneos como, doentes e inválidos, lugar de velho é em asilo, poucos inteligentes, não se relacionam sexualmente, repetitivos, aposentados, dementes e assim por diante. Tais declarações necessitam de serem trabalhadas na sociedade sobre a realidade do envelhecimento, como pode alguém definir que um idoso não produz mais que uma pessoa mais nova ou que não pode sustentar sua família, ou ainda formar uma família?

Com o aumento da longevidade, pode ocasionar um declínio nas funções cognitivas, em especial a memória, afetando de modo significativo a vida socioeconômico, cultural, psicológico deste indivíduo, um bom funcionamento cognitivo é importante para determinar a autonomia e maior capacidade funcional da

pessoa idosa, resultando em melhores condições biopsicossociais, servindo de base para o envelhecimento saudável (FERNANDES; ALMEIDA 2001).

A memória é uma faculdade mental de destaque no ser humano, com o passar dos anos esta dá o sinal de alerta como simples esquecimentos, considerado por muitos, normal e assim esta vai prosseguindo de forma silenciosa e obscura (PARENTE 2002).

As queixas de memória nos idosos fazem parte de um dilema a ser explorado pela ciência, e esta deve ser diferenciado do normal e o patológico, alguns aspectos da cognição declinam com o envelhecimento, enquanto que outros permanecem preservados (LAKS 1999).

Zimerman (2000) comenta que um mito onde o idoso introjeta a imagem de um demenciado, esquecido, sem motivação, sem memória, causando um pavor de não se lembrar vira uma certeza, e ele acaba não aprendendo em função de sua insegurança, afirmando ser tarde demais para aprender e que serão esquecidas pela falta de memória. Este aprendizado é algo que vem sendo processados desde jovem, aqueles que se dão bem na área da matemática tem mais facilidade em se lembrar das coisas na velhice, já aqueles que têm uma autocrítica exagerada apresentam dificuldades para memorizar.

A memória é uma faculdade cognitiva importante porque ela forma a base da aprendizagem, e armazenamento mental do passado, presente e futuro. Como tudo, com o desuso atrofiam e com a memória não é diferente, com o tempo pode deteriorar-se, portanto deve ser estimulada.

Um número considerável da população idosa queixa-se da dificuldade de armazenar informações e resgatá-la, esquecendo nomes das pessoas conhecidas, compromissos importantes, da medicação, fogo aceso, ferro ligado, a chave do carro, até mesmo os óculos sobre a cabeça e procurando por todos os lados e muitos exemplos mais que poderiam ser citados, prejudicando seu desempenho e pondo em risco sua saúde e segurança, levando-o muitas vezes ao auto-abandono, perda da autonomia e isolamento da sociedade ou até mesmo do convívio familiar.

Um dos estados cognitivos patológicos é conhecidos por demência, apresentando alguns sintomas como, Afasia (distúrbio da linguagem), Agnosia (incapacidade de reconhecer objetos), Apraxia (incapacidade de realizar atos comuns), conforme os sintomas vão se acentuando, outros irão aparecendo, como

variedade de esquecimento, objetos, datas, até mesmo não reconhece o próprio rosto num espelho um tipo que tem se tornado comum no nosso meio hoje é a demência de Alzheimer (ROACH 2003).

O envelhecimento, mesmo na ausência de patologias graves, leva gradualmente a um declínio cognitivo leve, podendo evoluir para um quadro de demência, sendo que, alguns indivíduos podem ser mais afetados que outros (YASSUDA 2003).

Para Vieira (1996) o bom desempenho cognitivo é fundamental à geriatria, pois devido esse bom funcionamento, o idoso possa exercer suas atividades cotidianas com independência e determinação, não levando o idoso as terríveis conseqüências de frustrações psicossociais e físicas deficientes, atravancando uma velhice com satisfações e prazeres.

A avaliação cognitiva implica em avaliar a habilidade intelectual, tornando este momento de profunda ansiedade em relação ao desempenho, para o avaliado e quem avalia, esta deve fazer parte da assistência de enfermagem de forma mais criteriosa, levando o profissional a identificar alterações na saúde mental dos idosos hospitalizados, favorecendo um diagnóstico preciso e o mais importante a intervenção precoce do problema.

Ao conhecer métodos de avaliação cognitiva poderá auxiliar na busca de estratégias visando o bem estar do idoso e o mesmo desfrutar de um envelhecimento saudável.

A avaliação cognitiva irá permitir o conhecimento de sinais e sintomas que podem caracterizar a falha de memória nos idosos hospitalizados e conseqüentemente identificarem os tipos de escalas que são utilizadas pelos profissionais de saúde na admissão deste cliente idoso.

1.2 Justificativa

Ao envelhecer a maioria das pessoas se queixam com maior freqüência de episódios de esquecimento no cotidiano. Esse transtorno da memória pode ser sério, isso porque ele pode afetar as atividades de vida diária, não conseguindo muitas vezes se recordar como se executa uma determinada atividade rotineira.

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica e de enfermagem, pois não só auxilia na identificação dos principais alterações na saúde mental das pessoas idosas, como pode favorecer a intervenção precoce do problema. Não se pode esquecer também que a memória preservada facilita o desempenho físico e social do idoso que com certeza é dependente da integridade de suas funções cognitivas.

Portanto conhecer método de avaliação cognitiva auxiliará na busca de estratégia visando o bem estar do idoso e permitir que o mesmo possa desfrutar de um envelhecimento saudável.

Diante destes fatos torna-se necessário que a equipe de saúde conheça métodos que auxiliarão não só no atendimento eficaz dessa clientela, cada vez mais presentes nos serviços de saúde, mas principalmente, que possa intervir na detecção precoce de déficits de memória, que o possa classificá-lo e assim colaborar para a manutenção ou mesmo maximização da qualidade de vida do indivíduo.

Eliopoulos (2005) é objetivo quando afirma que o profissional da saúde tem um papel importante na ajuda do idoso, podendo ajudar ao idoso a manter e promover a independência, e assim proporcionar um bem estar biopsicossocial ajustado as suas necessidades individuais.

1.3 Hipóteses

- **Hipótese 1** - Os testes que podem verificar o grau do estado mental e de memória dos idosos são utilizados de maneira precária pela equipe de saúde que cuida dos idosos

- **Hipótese 2** - O sintoma de esquecimento não é valorizado pela equipe, pois essa manifestação associa-se a uma característica própria da terceira idade.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Identificar a presença de sinais e sintomas que podem caracterizar a perda de memória nos idosos.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conhecer a fisiologia da memória;
- Traçar o perfil dos idosos hospitalizados estudados;
- Identificar o tipo de escala e/ou de registros utilizado pela equipe de saúde que avaliam o nível mental e cognitivo do idoso hospitalizado sob sua responsabilidade.

REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Fisiologia da Memória

O processo de envelhecimento é algo que todo indivíduo deseja trilhar, porém, com vitalidade, a ciência tem buscado desvendar como tal processo ocorre em múltiplos órgãos do corpo humano. Conforme várias teorias do envelhecimento, este evento pode ocorrer de muitas formas, de acordo com fator intrínseco e extrínseco. Até o organismo atingir esta fase da vida, ele passa por inúmeras alterações, dependendo de como este processo se desencadeia ele poderá ser bem sucedido ou sofrer alguns danos. Quando ocorre de maneira normal, sem causar prejuízo ao funcionamento deste organismo, dizemos que atingiu a senescência, o contrário, com danos funcionais ao organismo mencionamos o termo senil, velho. Quando este organismo está senil, relacionamos a patologias, onde prejuízos de algumas funções vitais ocorrem de certa forma afetando um órgão mais que o outro, enfim impedindo de exercer de forma sincronizada suas funções, acarretando a órgãos nobres, com destaque o cérebro, causando danos muitas vezes irreparáveis, deficiência das funções cognitivas, afetando principalmente a memória, sendo esta uma das primeiras queixas encontradas entre os idosos (MANFRIN e SCHMIDT 2002).

É de suma importância conhecer o funcionamento do Sistema Nervoso para compreender como ocorrem mudanças significativas no ser humano, sendo que, muitas vezes passam despercebidos alguns eventos, e quando estes se manifestam, é marcado por degenerações e sofrimentos, conhecendo o funcionamento deste órgão, com facilidade será percebido alterações psicológicas e neurológicas que ocorrem na velhice, podendo ser diferenciadas e de intervenções precoce (STUART-HAMILTON 2002).

O Sistema Nervoso é responsável para manter a homeostase, promover funções corporais, regulação do corpo ao estresse. É através dele que se pensa, raciocina, deseja e o comando é dado para todo organismo humano (ROACH 2003).

O caminho percorrido até atingir o envelhecimento tem sido explorado pela ciência, porém as dúvidas de como esse percurso se desenvolvem precisa ser desvendado, partimos pelo fato que, o Sistema Nervoso é o mais prejudicado com o processo do envelhecimento e o seu comprometimento é preocupante, já que não possui ação reparadora, pois a célula principal deste órgão, o neurônio, não se multiplica ou se regenera e este organismo fica sujeito aos efeitos intrínsecos como a

genética, sexo, circulatório, metabólico, radicais livres etc. e extrínsecos como: ambiente, sedentarismo, tabagismo, drogas, radiações, etc., causando a estes efeitos nocivos com o passar dos anos (CANÇADO e HORTA 2002).

O cérebro comanda todos os sistemas do organismo, portanto, conhecer a anatomofisiologia deste, poderá chegar a um conhecimento de como ocorre a natureza da memória, armazenamento, codificação, evocação.

O Sistema Nervoso Central é originado do mais extenso dos três folhetos embrionários:

- o ectoderma que sofre sucessivas transformações na vida embrionária e por volta da terceira e quarta semana de vida uterina já se tem a formação do tubo neural e as estruturas primitivas:

- prosencéfalo (que dá origem ao telencéfalo e diencéfalo, que é o cérebro propriamente dito.

- mesencéfalo, rombencéfalo (que é dividido em metencéfalo, dando origem ao cerebelo e ponte, e em mieloencéfalo, ao bulbo) originando o tronco encefálico (mesencéfalo, ponte e bulbo) e o restante do tubo neural dará origem à medula espinhal, unindo a esta origina o Sistema Nervoso Periférico (FREITAS et al 2002).

O Sistema Nervoso é subdividido em: Sistema Nervoso Central formado pelo encéfalo e medula espinhal e pelo Sistema Nervoso Periférico e sendo este subdividido em Somático que levam informações para articulação e musculatura esquelética e o Autônomo com ainda outras duas subdivisões que são: Sistema Nervoso Simpático e Sistema Nervoso Parassimpático (STUART- HAMILTON 2002).

De acordo com Guyton (1988), o encéfalo é a principal área integradora do sistema nervoso, local onde são armazenadas as memórias, elaborados pensamentos, gerado emoções e demais funções relacionadas ao psiquismo e o pleno controle do nosso organismo é executado.

Para que tais funções sejam todas coordenadas é necessária a célula principal deste órgão o “neurônio”, estes são em número de 100 bilhões em todo o sistema nervoso, sua morfologia é composta de: corpo celular (é o local onde o neurônio se diferencia do outro e também onde nutre a célula), dendrito (prolongamentos múltiplos e ramificados ligados ao corpo celular, recebem sinais de

outros neurônios), axônio também chamada de fibra nervosa (nesta parte ocorre à transmissão de sinais neurais ou sinapses para a célula seguinte no cérebro ou medula espinhal. Após a ativação do neurônio, impulso elétrico percorre-o até atingir o botão sináptico, são liberados mediadores químicos na fenda sináptica permitindo que o neurotransmissor possa ter ações excitatórias ou inibitórias, conforme os receptores encontrados nas membranas pós-sinápticas de diversas regiões. Estas células podem desempenhar a função de aferentes, pois levam informações para o Sistema Nervoso Central, ou eferente quando a informação sai do Sistema Nervoso Central para o corpo (GUYTON 1988).

O autor acima afirma que, com relação às características morfofuncionais o cérebro consiste em dois hemisférios: direito e esquerdo, divididos ao centro pelo sulco inter hemisférico, unidos por vários caminhos, sendo que, o que se destaca é o corpo caloso composto por uma massa de fibras nervosas, externamente o encéfalo é revestido por delgada camada de substância cinzenta, composto por corpos celulares amielínicos conhecido por córtex cerebral sendo responsável pela execução das funções intelectuais superiores, este ainda é dividido em lobos de acordo com as áreas funcionais:

- lobos frontais estão relacionados em planejar e controlar a personalidade, julgamento, raciocínio abstrato, comportamento social, expressão da linguagem, movimento, esta região está intimamente ligada com a memória: curto e longo prazo.

- lobos temporais, estão relacionados com a audição, compreensão da linguagem, armazenamento e recordação da memória.

- lobos occipitais localizados na parte posterior do cérebro, estão relacionados com a leitura, sendo que, o destaque é a interpretação dos estímulos visuais.

- lobos parietais, estão envolvidos nas sensações, consciência da forma corporal, também na interpretação de símbolos e reconhecimentos de objetos e na leitura.

Internamente, fazendo parte de uma região heterogênea o diencefalo apresenta várias funções de destaque, entre elas o tálamo que coordena e retransmite impulsos sensoriais; o hipotálamo está envolvido no controle das necessidades corpóreas, “fome e saciedade, impulso sexual, raiva, controle da temperatura,

produção de hormônio pela hipófise e equilíbrio hídrico”, o hipocampo está relacionado ao controle emocional e também ao armazenamento de memória.

A amígdala tem a função de captar os estímulos sensoriais como: som, cheiro, sabor, visualização e sensação de objetos através de sinais elétricos, mantém íntima ligação com o hipotálamo, sendo esta responsável pelas respostas emocionais.

O tronco cerebral é composto pelo mesencéfalo, ponte e medula, responsável por mecanismos de suporte vital, como controle de pressão arterial, digestão, respiração, vasomotoras.

O cerebelo localizado na parte posterior do encéfalo é conectado a este pela ponte, contem principais vias motoras e sensoriais, é responsável pela manutenção do tônus muscular e coordenação motora e a manutenção do equilíbrio (STUART-HAMILTON 2002).

Ao analisarmos um pouco das estruturas funcionais que compõe o encéfalo, podemos concluir que o cérebro é um órgão de comando, é ele que recebe toda a informação e é dele que parte a resposta, portanto para que isso venha ocorrer é necessário um conjunto de habilidades, pois todas as regiões cerebrais por menores que sejam tem uma grande importância para que a ação possa ser bem sucedida.

Uma das principais funções cognitivas em destaque é a memória, mas como ocorre esse processo da memória, qual sua origem, como evocar? Sabemos que a memória é a capacidade de lembrar algo, sendo originada por sinais sensoriais aferentes.

Guyton (1988) explica que, fisiologicamente as memórias são causadas por variações da sensibilidade da transmissão sináptica entre neurônio, como consequência da atividade neural prévia. Diferentes regiões do encéfalo têm parte no processo da memória, no entanto é o córtex cerebral local de maior importância nesta ação, devido as suas várias camadas e também ali onde encontram se grande quantidade de todas as células nervosas do sistema nervoso central.

Estudos revelaram que áreas específicas do cérebro estão mais envolvidas nos processos de memória, e as áreas corticais relacionadas às recordações de experiência anterior, confrontando com memórias produzidas por estimulação dos lobos temporais (PEDRON 2003).

Conforme os sinais sensoriais vão sendo reafirmado, os mesmos são armazenados e esse processo é conhecido por memória, tornando assim parte no

processo cerebral, ao selecionar novos estímulos sensoriais com a memória armazenada, são separadas as de maior importância e enviadas para as regiões específicas para o uso no momento oportuno (GUYTON 1988).

De certa forma, quando acontecem variações na transmissão de sinapse, ocorre seguimento de novas vias para transmissão de novos sinais, estas por sua vez são conhecidas por traços de memória, a relevância na formação destes e que uma vez ocorrendo o pensamento, memórias irão sendo reproduzidas.

Guyton (1988) declara que, graças aos recursos fisiológicos de reter ou não a informação na memória, pois se todas fossem armazenadas, provavelmente ocorreriam prejuízos, o descarte de informação desnecessária leva o nome de habituação. Quando a informação causa um impacto mais intenso, pode-se dizer que foi armazenado os traços de memória, resultante da facilitação das vias sinápticas, recebendo o nome de sensibilização da memória.

Estruturas basais do encéfalo, em especial o hipocampo é um local importante de armazenamento de muitas, se não de todas as memórias, lesões nesta região do hipocampo pode causar amnésia anterógrada. Para evocação de memória acredita-se que o tálamo tem grande participação neste evento, pois tem íntima ligação com o córtex cerebral, sabe-se que ondas de excitação percorrem aos núcleos talâmicos e estes por sua vez refletem ondas de excitação idênticas ao córtex cerebral, imagina-se com esse processo a importância na busca de memória, ainda que lesões nesta região possam causar a chamada amnésia retrógrada, de memória que foram armazenadas no passado (GUYTON 2002).

A neurociência cognitiva do envelhecimento humano teve um grande aliado para suas pesquisas, o desenvolvimento de técnicas modernas de neuroimagens, aonde vem permitindo uma avaliação completa da área cerebral, das estruturas e unidades funcionais (PARENTE 2005).

3.2 A memória: conceito e classificação

De acordo com Xavier (1993) “a memória parece não ser uma entidade única, mas compreende conjuntos de habilidades mediadas por diferentes módulos do sistema nervoso”, funcionando independentemente, de certa forma em conjunto. A

origem da informação processada, circuitos neurais gerados, manutenção e resgates destas diferenciam entre si.

Como podemos discernir a classificação da memória, visto que algumas vezes relembramos algo rápido e outros, temos muitas dificuldades e às vezes nem nos lembramos mais. Rey (1999) define: memória é a capacidade de recordar o que foi aprendido ou experimentado.

Para processar a informação gerada seu armazenamento e a busca desta, podem diferenciar entre si, de acordo com o conteúdo e a duração. Quanto a duração ela pode ser:

- Memória de curto prazo: é a memória com duração de segundos a alguns minutos, não produz registro neural permanente e podem ser devido à contínua reverberação de sinais ao encéfalo, ou seja, células neurais são estimuladas e estas por sua vez, refletem os sinais as células adjacentes até que o sinal retorne ao neurônio de origem, podendo ter a duração de segundos a minutos após o final deste evento, e conforme perdurarem os reflexos de uma célula à outra célula; enquanto perdurarem a repetição de sinais, o indivíduo mantém o pensamento em sua memória. Estes sinais carregam entre o córtex e o tálamo, conforme a experiência obtida, ficando estes, restritos em determinadas regiões do córtex cerebral (GUYTON 1988).

Este tipo de memória, também é conhecida por memória operacional, é através deste sistema que se armazena informações úteis para o momento, raciocínio, podendo ser esquecida logo após sua utilização (YASSUDA e ABREU 2002).

- Memória de longa duração: é aquela que pode durar por semanas, meses e até anos. Para que a memória seja lembrada por anos, os sinais reverberativos no encéfalo não ultrapassam mais de uma hora, no máximo. Este tipo de memória se dá pela intensidade que a informação é levada ao encéfalo, envolve mudança estrutural das conexões neurais e não somente da mudança química da sinapse, ou seja, com o aumento do número de sítio para liberação de vesículas na terminação pré sináptica, há um aumento da substância química na fenda pré sináptica, e devido à repetição dos sinais, aumenta o número de terminações pré sinápticas, em consequência ocorre o aumento do comprimento dos dendritos neurais acentuando os sinais.

Para que a memória de curto prazo se transforme em memória de longo prazo, deve ser consolidada, através de ativação repetida da mesma sinapse,

ocorrendo mudanças química, física e anatômica, estabelecendo desta maneira a transformação da duração da memória (GUYTON 1988).

Resultados de estudos revelaram que um modo de transferência de memória de curto para longo prazo, acelerando e potencializando o grau de transferência é a repetição mental, pois o cérebro humano tem esta tendência natural de um modo em especial, aquelas que mais chamam a atenção.

Conforme a memória é armazenada, estas também vão sendo codificadas de acordo com as informações novas e as anteriores, agrupando com aquelas que se identificam e não de qualquer maneira, em algumas regiões do córtex cerebral, para servir de subsídio quando quiser buscar alguma informação no futuro.

Como citado anteriormente à memória pode diferir também em conteúdo, sendo explícita ou implícita, uma subdivisão da memória de longo prazo.

- Memória explícita ou declarativa, obtém de maneira consciente a informação armazenada, podendo ser descrita verbalmente, ainda esta pode ser subdividida em:

- Memória episódica, registra informação espacial e temporal como, envolvendo eventos significativos, datas importantes relacionada à pessoa.

- Memória semântica, registra o significado das informações, nomes de pessoas, baseada em fatos. Com o passar do tempo o conteúdo deste tipo de informação armazenada é amplificada, mas a evocação destas está reduzida, podendo ser pela grande soma de informações.

- Memória implícita ou não declarativa, como o próprio nome esta não precisa ser declarada ou verbalizada, é aquela que se revela a habilidade, como exemplo, dirigir automóvel, andar de bicicleta, depilação facial, ou seja, capacidade de repetição de uma tarefa, ou então o uso sensorial para evocação desta (CARDOSO 2009); (YASSUDA e ABREU 2002).

3.3 A memória e o envelhecimento humano

“O envelhecimento seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE 2003).

O processo de envelhecimento humano é dinâmico e progressivo, comum a todo ser humano, com muitos pontos obscuros quanto à natureza, porém com avanço científico representativo nesta área. Evidências comprovam que o envelhecimento, seja em sua essência, de natureza multifatorial, apoptose celular e as alterações sucessivas a nível celular e molecular, resultando em aceleração ou desaceleração, desta maneira sinais vão sendo manifestados no decorrer da vida de um indivíduo que envelhece (CANÇADO E HORTA 2002).

Considerando que, o envelhecimento é particularmente da raça humana, torna-se necessário a distinção do que é normal em consequência deste processo, daquilo que é secundário, acarretando danos ao organismo. Desta forma, temos a senescência que é resultado de alteração orgânica, morfológica e funcional, decorrente do processo em si, já a senilidade, relaciona-se ao envelhecimento patológico, com deficiências funcionais marcantes e alterações que acometem de forma substancial o sistema nervoso central.

Segundo Moragos (1997) os efeitos do envelhecimento sobre a memória, comentam que pesquisas revelaram que não se pode evitar a perda desta, e mesmo ser um quadro irreversível, no entanto, quando ocorre tal perda, se dá por mudanças estruturais e funcionais dos neurônios.

O envelhecimento humano não é um fato isolado, e sim, envolve aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais, modificando o estilo de vida das pessoas, de forma individual de cada ser, ao seguir o percurso da vida, o indivíduo passa por várias etapas e se este não estiver preparado em todas as áreas de sua vida, este processo acarretará consequências desagradáveis nos anos vindouros (BASSIT 2002).

Diante de tantas incógnitas que abrange este tema como definir o envelhecimento humano?

Pode-se dizer que é uma etapa na vida, onde há um comprometimento da homeostase, e esse desequilíbrio acompanhado de progressivas vulnerabilidades de sobrecarga fisiológica (BARBOSA 1990); (SANTOS 2001); (ROACH 2003).

A maioria das pessoas, ao se imaginar na aparência estereotipada do idoso, relaciona-se com algo que ficou ultrapassado, ou seja, alguém com a voz trêmula, pernas frágeis, muleta na mão, olhos fundos, orelhas grandes, envergamento da coluna e a pele toda enrugada, e doente.

Ao pensar desta maneira, muitas dessas pessoas, ficam apavoradas com passar dos anos, imaginando-se desta forma. Hoje em dia temos visto idosos não aparentando a idade que têm muitos com 70 anos de idade ou mais, com disposição para o trabalho, motivado a praticar uma atividade física, causando um impacto quanto à idade cronológica, a isso se deve as ações voltadas para esta categoria, visto que com o aumento da expectativa de vida, deve-se pensar em como será viver esta nova etapa da vida.

3.4 Estratégias de Promoção de saúde como qualidade de vida

A Promoção de Saúde, que visando maior independência física e social do ser humano, é o foco político que tem sido incentivado desde a Primeira Conferência Mundial da Saúde, em Ottawa, no Canadá, 1986, mencionando o seguinte trecho:

A promoção da saúde representa um amplo processo social e político, ela não engloba apenas as ações dirigidas para o fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também as ações direcionadas para as mudanças nas condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a aliviar seu impacto sobre a saúde pública e individual. A promoção da saúde é o processo que possibilita as pessoas aumentar o controle sobre determinantes da saúde e, dessa forma, melhorar sua saúde.

De acordo com Cassel (2001) apud Py, Lígia et al (2004 p. 269) para que o idoso tenha uma velhice saudável, resultando em longevidade, sem afetar suas condições físicas, reduzindo o risco de doenças crônicas degenerativas e conseqüentemente a morte prematura, são os objetivos da promoção de saúde.

Ainda, sobre a qualidade de vida, Lonigan (1996) apud Py, Lígia et al (2004 p. 269) é enfático ao declarar que a “prevenção deve considerar a melhora da qualidade de vida e não considerar o aumento da expectativa de vida indiferente à qualidade”.

A prevenção geriátrica deve alcançar área biopsicossocial, pois além da saúde física, a mental e a integração social deste indivíduo, pois o ser humano é um todo e não uma parte (ROUQUAYROL, 1999 apud PY, LÍGIA et al, 2004 p. 269/70).

Com certeza se espera que todo o indivíduo sadio e que não foi acometido por mal súbito chega ao envelhecimento, sendo este um estado final de

desenvolvimento, pois sabemos que nossas células não são imortais, e que cada período estas morre e dá lugar a novas células, sendo uma exceção os neurônios (STUART-HAMILTON 2002).

Desta maneira, vemos a grande importância de preservação da saúde mental, visto que, células cerebrais não são substituídas, por isso, danos neste órgão podem levar a difícil ou impossível recuperação.

O sistema nervoso tem uma profunda influência sobre a nossa interação com o mundo. Um sistema sadio permite-nos sentir os prazeres à nossa volta, proteger-nos contra danos, resolver problemas, ter estímulos intelectuais e comunicar nossas necessidades, pensamentos e desejos. Todos os aspectos das nossas atividades básicas da vida diária dependem de um bom estado neurológico. A disfunção desse sistema repercute sobre outros sistemas e pode afetar profundamente a saúde, a segurança, a normalidade e o bem estar geral (ELIOPOULOS 2005).

Conforme diferentes etapas da vida do ser humano, o organismo vai sofrendo transformação sabe-se que há também mudanças na morfologia cerebral, pois este com o passar dos anos, diminui de peso em 10 – 15% no decorrer do envelhecimento, repercutindo em potencial as funções psicológicas, não sabendo ao certo as causas prováveis (STUART-HAMILTON 2002).

Em conseqüência da variação da morfologia deste órgão nobre, as funções cognitivas podem ser prejudicadas, afetando a vida de um modo geral deste idoso.

3.5 Funções cognitivas, e a habilidade funcional do cérebro

Com relação à cognição Vieira (1996) refere que o termo é usado para mencionar toda extensão funcional do cérebro, envolvendo a capacidade para, “sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar pensamentos e respostas aos estímulos externos”.

Rey (1999) conceitua cognição como uma habilidade que abrange as funções nervosas superiores, entre elas a memória.

De acordo com as definições dos autores citados, vale ressaltar a grande importância das funções cognitivas, já que o distúrbio de algumas dessas habilidades, podem resultar em prejuízo ao chamado envelhecimento saudável e com qualidade. Pois com déficits no funcionamento cognitivo pode causar insegurança e dependência

do idoso, sobrecarregando muitas vezes familiares, que por desconhecer o processo do envelhecimento, não dá a devida atenção às queixas deste idoso, e ao seu comportamento, e quando for percebido, poderá ter causado sérios danos, principalmente ao idoso que com medo ou receio de um prognóstico assustador, vai se calando, e a função psicológica sendo afetada.

Estudiosos da ciência cognitiva, afirmam que, o declínio cognitivo no envelhecimento é um estado de normalidade manifestando desde anos da meia idade, sendo mais comum após os 70 anos. Com um número crescente de idosos cada vez mais longevos, expostos a doenças de bases neurológicas típica da velhice, a manutenção da cognição é um determinante crítico da qualidade de vida dos idosos (NERI 2002).

Para alguns pesquisadores a queixa de falta de memória é um processo normal do envelhecimento humano, e alguns conceituam como “esquecimento senescente benigno, Smeltzer (1998), contrariando esta afirmação Bertolucci (1999) declara que o termo é indevido, já que afeta consideravelmente a vida de muitos idosos com as queixas de falha na memória, sugerindo que o mais correto seria nomeá-la como: “Perda da memória associada à idade – PMAI”.

Tentar promover um envelhecimento ajustado às boas condições físicas e psíquicas é estratégias para prever um prognóstico que venha a se complicar para o idoso, e com um declínio cognitivo evoluindo para um estado mental patológico, com conseqüências dramáticas.

As pessoas de idade avançada estão suscetíveis a desenvolver algum tipo de doença, embora não seja necessariamente uma regra, mas com o estilo de vida dessas pessoas, este fato poderá ter uma grande probabilidade, entre esses agravos, observamos um tipo de deficiência cognitiva, que não sendo específica do idoso, é um achado de grande significância entre eles, é a chamada demência (STUART-HAMILTON 2002).

A palavra senil vem de velhice, do ponto de vista da medicina é estar velho ou sinônimo de patológico, sugerindo a demência, e esta é notada pela mudança do raciocínio, perda gradual da memória em especial eventos recentes, lembrando com facilidade de ocorrências no passado e esquecendo-se do que passou nas 24 horas anteriores ate poucos minutos (ZIMERMAN 2000).

Murta (2007) define demência como “síndrome progressiva e irreversível, composta de múltiplas perdas cognitivas adquiridas, que ocorrem na ausência de um estado de confusão mental aguda”.

Outro conceito de demência refere que: “consiste em uma síndrome de causas diversas, que provoca prejuízos das habilidades cognitivas, sociais e ocupacionais, podendo ser progressiva e degenerativa ou reversível” (BRANDAO; WAGNER e CARTHERY-GOULART 2006).

De acordo com Stuart-Hamilton (2002) descreve demência como uma “deterioração global do funcionamento intelectual como resultado da atrofia do sistema nervoso central” levando o indivíduo a um desarranjo comportamental e autonomia do próprio ser, chegando lentamente como pode acontecer de um modo abrupto. Não se deve relacionar velhice com demência, pois podem ser encontrados em qualquer idade e o número de idosos que desenvolvem sintomas de demência os números são mínimos.

Sabe-se que a demência pode ser diferenciada em: Demência degenerativa, ou primária, ocorre devido à atrofia cerebral, como exemplo a demência de Alzheimer, Parkinson, e Demência adquirida, ou secundária, tem por causa principal acidente vascular encefálico, traumatismo craneoencefálicos, encefalites, abuso de substância alcoólica, etc (STELLA 2004).

A fim de preservar funções cognitivas dentro do esperado para a idade, é necessária intervenção precoce, através de meios pelos quais possam ser benéficos tanto ao idoso como ao familiar que o assiste, impedindo dessa maneira que o declínio cognitivo leve possa evoluir para um quadro de demência em fase inicial.

O termo Alteração Cognitiva Leve (ACL) não se relaciona a idosos dementes, e sim aqueles que apresentam um declínio cognitivo envolvendo alterações na função da memória.

Segundo os critérios usados pela Academia Americana de Neurologia, sobre o declínio cognitivo leve (DCL), caracterizado por dificuldades cognitivas, sem que haja prejuízo social e ou ocupacional, não podendo por meio destas diagnosticar como um tipo de demência. Este distúrbio pode ainda ter diferentes nomenclaturas; “esquecimento benigno da velhice, demência questionável, déficit da memória associada à idade, distúrbio neurocognitivo leve, declínio cognitivo associado ao envelhecimento e declínio cognitivo relacionado à idade”. As classificações para

determinar o Declínio Cognitivo Leve (DCL) podem ser: Queixa de falta de memória por parte do indivíduo, confirmada por um informante, comprometimento objetivo da memória diagnosticado por testes, funções cognitivas normais, ausência de alterações das atividades da vida diária, manifestações não suficientes graves para os diagnósticos de demência, associados a estas características, a evidências objetiva de déficit de memória e dificuldades de concentração durante os testes clínicos, como também queixas de esquecimentos do nome da pessoa apresentada anteriormente (WAGNER; BRANDÃO; PARENTE 2006).

3.6 Escalas de avaliação cognitiva

Muitas queixas referidas pelos idosos não são totalmente levadas a sério, devido ao envelhecimento, podendo estas ser correlacionada com o fator idade biológica avançada, ou seja, estes indivíduos não recebem a credibilidade por suas lamúrias, porque muitos profissionais alegam ser comum os sintomas proferidos pela idade que apresentam, tanto é verdade que ao se deparar com um idoso, uma das primeiras palavras mencionadas após um episódio de esquecimento, demonstrando parecer uma defesa para sua impotência, referem: é a idade (CANÇADO e HORTA 2002).

As queixas de alteração do estado mental, quando estas são percebidas pelo idoso, são as que mais o aflige, podendo estas estar associadas ou refletindo de diversos processos patológicos iniciando muitas vezes por estresse, ansiedade evoluindo para um quadro mais complicado se não intervir precocemente e de forma correta.

Com o aumento expressivo da população idosa, é obvio que aumentará o número de patologias concernente a esta faixa etária, no entanto, é animador saber que grande parte dos idosos tem suas funções cognitivas preservadas e outra parte em menor proporção acaba sofrendo com tais alterações cognitivas. Fazendo parte do conjunto das funções cognitivas um conjunto de habilidades mentais, unidas para exercer uma função e separadas, pois cada habilidade deverá desempenhar sua função, sendo estas: “memória, pensamento lógico, aprendizagem, atenção, linguagem, capacidade de reconhecer o ambiente, habilidades psicomotora fina funções executivas”, por isso se faz necessário conhecer e atentar para as

anormalidades e a fim de dar importância em diferenciar determinados transtornos mentais evitando um prognóstico desanimador e com a intervenção em tempo hábil (STELLA 2004).

De acordo com Ventura e Bottino (2005) um diagnóstico correto conforme cada caso relatado será de suma importância para o êxito do tratamento, segundo cada transtorno detectado, esse fato será relevante pelo seguinte fator; com o aumento da idade as probabilidades de transtornos mentais aumentam, em se tratando de demência, o diagnóstico preciso, detectando o grau de complicação, reversível ou irreversível, sendo que, no caso de ser reversível, quanto mais cedo for iniciado o tratamento, melhores serão os resultados e a chance de cura ou estabilização do quadro será provável, já no caso de irreversível, um tratamento correto prolongará a manifestação da doença e conseqüentemente a estrutura familiar do idoso ser afetada.

Ainda que, dificuldades na memória seja algo comum para a idade, segundo diversos autores, deve se dar importância para tal fato.

Com a finalidade de buscar um atendimento com qualidade para o idoso, é necessária uma abordagem precisa, visando uma avaliação sistematizada, com intuito de o quanto mais cedo for detectada alguma alteração cognitiva, a intervenção correta será bem sucedida (ROBLEDO 2004).

Quando se diz em avaliar, você logo pensa: investigar algo, aquilo que você quer ter conhecimento.

Ao mencionar Avaliação Cognitiva, estamos dizendo em investigar o conhecimento de alguma habilidade mental de determinada pessoa, usando parâmetros considerados normais em determinada população (VIEIRA e KOENIG 2002).

A Avaliação Cognitiva no Idoso vai determinar o percurso que este deve fazer no seu dia-a-dia, ou seja, viver independente e com segurança, na área biopsicossocial. É do próprio envelhecimento normal o declínio cognitivo, sendo que, algumas patologias podem contribuir para este déficit cognitivo, e a importância da avaliação cognitiva no idoso é “diferenciar o envelhecimento normal do patológico”. Várias literaturas mencionam sobre os testes de rastreio cognitivo, de fácil aplicação, podendo ser realizados por qualquer profissional da saúde, desde que, tenha o conhecimento prévio de como aplicá-lo (YASSUDA e ABREU 2002).

O fato do idoso saber que está sendo avaliado causa-lhe algum desconforto, pois fica receoso de não conseguir um bom desempenho e o avaliador comunicar-lhe algo já temido.

Uma das causas do mau desempenho dos testes psicológicos são os déficits sensoriais, portanto o examinador deverá atentar para alguma deficiência sensorial deste, idoso, pois do contrário este será prejudicado com um escore inferior ao normal, sendo que a dificuldade não foi devido à função cognitiva alterada e sim sensorial.

Além de dado sócio demográficos do idoso, deve-se investigar a história clínica, psiquiátrica, patologias pré existentes, tratamento medicamentoso e tudo o que for pertinente relacionado ao fato de contribuir para um grau cognitivo deficiente.

Por mais simples que pareça a realização de alguma avaliação cognitiva, não deverá ser feita de qualquer maneira e por pessoas leigas, pois de alguma forma o idoso poderá ser lesado, tanto físico como psicologicamente, resultados ilusórios podem gerar transtorno ao idoso como ao familiar. Portanto testes de avaliação cognitiva são confiáveis, quando aplicados de forma correta, associado ao citado anteriormente e a capacitação do avaliador, pois os resultados destes procedimentos poderão contribuir para o diagnóstico precoce de transtorno neuropsiquiátrico intrincado. Estes resultados irão interferir no processo vital do idoso, da mesma forma corroborar na recuperação conforme a necessidade (YASSUDA E ABREU 2002).

Ao avaliar as funções cognitivas do idoso, faz-se por meio de testes de triagem, podendo ser adaptado de acordo com a característica da clientela, fácil aplicação e de baixo valor monetário, e com informações essenciais que se julgam importantes para determinados clientes (VIEIRA E KOENIG 2002).

Destacamos alguns instrumentos de avaliação das funções cognitivas: Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Folstein, Folstein e Mchugh (1975), o mais utilizado no Brasil, adaptado por Bertolucci et al (1994), o teste do desenho do relógio, a prova de fluência verbal por categoria semântica, provérbios, memória de palavras, evocações da lista de palavras.

3.6.1 Mini exame do estado mental (MEEM)

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) Folstein, Folstein e Mchugh (1975), traduzido ou adaptado por Bertolucci et al (1994). É um teste de rastreio cognitivo de fácil aplicação, poderá ser aplicado por qualquer membro da equipe de saúde ou que assiste o idoso, desde que treinado, rápido a realização, por volta de 10 minutos, é avaliado respostas verbais e não verbais, avalia vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, calculo, linguagem – nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho).

Para realização deste teste, deve levar em consideração o nível de escolaridade e cultural do indivíduo, pois na somatória do resultado, esse não venha dar um resultado falso, mascarando o desempenho real do indivíduo avaliado.

O total da pontuação é de 30 pontos, sendo modificado conforme o grau de conhecimento do idoso.

- Analfabeto.....19 pontos
- 1 a 3 anos de escolaridade.....23 pontos
- 4 a 7 anos de escolaridade.....24 pontos
- mais de sete anos de escolaridade.....28 pontos

Lembrando que este teste não serve para diagnóstico e sim que funções cognitivas merecem melhor atenção, e combinado com exame clínico compatível, já que é sabido que déficits cognitivos podem ser provenientes de diversas patologias (VENTURA E BOTTINO 2005).

O total do escore do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é realizado da seguinte forma:

- 30 a 26 pontos = funções cognitivas preservadas
- 26 a 24 pontos = alterações não sugestivas de déficit cognitivo
- 23 pontos ou menos = sugestivo de déficit cognitivo

Este tipo de teste revela déficit cognitivo e não casos de demência instalada, o que deve fazer com o resultado considerando grande prejuízo são associados a outros testes das funções cognitivas, devendo ser encaminhado para uma avaliação neuropsicológico específico (VIEIRA E KOENIG 2002).

3.6.2 Testes do desenho do relógio

É um teste simples de fácil aplicação, considerado um teste de rastreamento cognitivo, revelando o desempenho das seguintes áreas cerebrais: frontal, temporal e parietal, desta maneira pode verificar como a habilidade visuoespacial, construtiva ou praxia, e a função executiva, pois revela como o cliente compreende uma ordem executiva de construção de algo solicitado a partir de um comando verbal, considerado este um teste cognitivo não verbal, já que o cliente deve exercer a memória para recordar o que lhe foi pedido (BRASIL 2006).

Para a realização deste teste o avaliador entrega ao avaliado uma folha de papel em branco contendo um círculo de 12 cm de diâmetro, solicite ao cliente para desenhar os numerais e os ponteiros de minuto e hora, indicando um horário sugestivo: dez horas e 15 minutos (ROBLEDO 2004).

Para avaliar os resultados, existem vários métodos.

Alguns sugerem não desenhar o mostrador, pois se o avaliado o fizer pequeno, revela a dificuldade de planejamento, se os numerais não couberem neste. Com lesão unilateral a propensão é por a marcação do numeral somente em uma parte do relógio, e para cliente com déficit na função executiva, tendem a ter dificuldades ao colocar os marcadores de horas e minutos, e os ponteiros. Para considerar normalidade, este teste deve ter seguido os seguintes parâmetros: ordem numérica, arranjo espacial relevantes, mostrador dos ponteiros com a hora solicitada, corretos. Alteração considerada Moderada ou média alteração: erros em apenas duas categorias. Extremamente Alterado: erros iguais a três ou mais categorias. Método de avaliação é baseado no padrão de Wolf-Klein, muito utilizado no Brasil. Os resultados devem levar em consideração o grau de escolaridade e cultural do indivíduo, pois pesquisas na Universidade de Brasília – UnB revelaram limitações de indivíduos com as características descritas (ROBLEDO 2004).

3.6.3 Prova de Fluência Verbal por categoria semântica

Este teste tem por objetivo verificar o declínio cognitivo, avaliando a capacidade da memória de longa duração, a organização, a auto regulação e a memória operacional. Por ser de conhecimento de qualquer indivíduo normal os tipos

de animais optaram-se por usar deste meio, onde é solicitado ao idoso para que, no tempo de sessenta segundos, possa dizer o maior número de animais que conhece. A avaliação dos resultados é ver como o tempo determinado foi utilizado pelo idoso, devendo ser descartado os animais repetidos, insistência desnecessária da mesma idéia (cão, cachorro, vira-lata) e diferenças de gênero (gato, gata) (VIEIRA E KOENIG 2002).

Pacientes com sinais de demência produzem escores baixos, e interrompem a geração de palavras em vinte segundos do teste. Idosos com sinais de depressão apresentam escores baixos e geram palavras em todo o período determinado pelo teste.

A normalidade é considerada a pronuncia de 14 ou 15 animais no período proposto. Aconselha-se que os resultados obtidos somado a outros testes de função cognitiva, devam ser encaminhados para uma avaliação neuropsicológica específica (BRASIL 2006).

Outros subtestes foram adaptados e traduzidos para o Brasil por Bertolucci et al (1994), afim de avaliar a população brasileira bem como fornecer subsídio sobre o funcionamento mental e a presença ou ausência de disfunção intelectual significativa, como:

3.6.4 Provérbios

Tem por objetivo avaliar a interpretação e conceitos da linguagem, onde é apresentado ao idoso três provérbios conhecido na língua portuguesa e este deve interpretar. O escore esperado é de dois pontos para cada provérbio correto, um ponto para cada resposta literal e escore zero ao errar o provérbio. As totalizações dos escores variam de zero a seis.

3.6.5 Memórias de palavras

É uma avaliação para a memória de curto prazo. O avaliador mostra ao idoso, cartões contendo doze palavras não relacionada devendo ser transmitida pelo avaliador oralmente ao idoso no momento de revelar o cartão, uma a uma, com intervalo de dois segundos. Ao terminar a apresentação e leitura, diga ao idoso para

relatar o máximo de palavras apresentadas num período de noventa segundos. Deve repetir o teste duas vezes, alternando a ordem das palavras. Os totais dos pontos podem variar de zero a doze, de acordo com os erros e acertos.

3.6.6 Evocações da lista de palavras

É uma seqüência do teste de memória de palavras, este deve ser aplicado após distrair o idoso, solicitando ao mesmo para mencionar as palavras referidas no teste anterior, podendo ser de qualquer ordem, seguindo o mesmo tempo cronometrado noventa segundos. E tem por objetivo avaliar a evocação da memória recente.

MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo:

Estudo do tipo transversal e de campo

4.2 Campo de estudo:

O referido estudo foi desenvolvido no Hospital Regional de Assis (HRA), instituição pública ligada diretamente à Coordenação de Saúde do Interior de São Paulo, atualmente conveniada com a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Segundo informativo público, disponibilizado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Estatística do HRA, trata-se de um hospital com 135 leitos distribuídos entre unidades de internação clínicas, cirúrgicas e de suporte. A taxa de ocupação operacional geral (todas as unidades) no último ano foi de 57,8%, gerou 4.493 internações no mesmo período com a média de permanência de 7,5 dias.

Os clientes com idade igual ou superior a 60 anos podem ser atendidos nas unidades de clínica médica, de especialidades, cirúrgicas e de UTI - Adulto o que totaliza 87 leitos potenciais para essa categoria. No último ano, essas unidades receberam 3003 internações, sendo 1120 (37,2%) eram de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos (181 – UTI; 360- Clínica Médica; 142 – Clínicas de Especialidades e 437 – Clínicas Cirúrgicas).

4.3 Sujeito do estudo:

Os idosos que constituem essa pesquisa foram aqueles estavam internados na unidade de clínica médica do HRA, que obedeceram aos seguintes critérios:

- Indivíduo obrigatoriamente com idade igual ou superior a 60 anos;
- Indivíduo independentemente de sexo e do motivo de internação;

Indivíduo que após, informação da metodologia e dos objetivos, aceitaram participar espontaneamente da pesquisa firmando a autorização por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). No caso de idosos impossibilitados fisicamente de proceder a assinatura, seu responsável legal, quando presente, o representou ou em sua ausência procedeu com a identificação de seu polegar direito mediante carimbeira.

4.4 Tamanho da amostra:

A amostra foi composta de 36 idosos, que representou 10% do total de internações que ocorreram no ano anterior, em indivíduos acima de 60 anos na unidade de clínica médica do referido hospital.

4.5 Coleta de dados:

A pesquisa foi iniciada após emissão do parecer favorável nº 220/2009 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis. Este estudo foi realizado mediante a aplicação dos seguintes instrumentos de coleta de para avaliação cognitiva:

- Mini Exame do Estado Mental de Folstein (1975) (Anexo B). Essa escala padronizada é composta de vinte perguntas que analisa basicamente cinco áreas de investigação específica: a) Orientação têmporo-espacial; b) Registro de memória imediata; c) Atenção e cálculo; d) Memória recente e e) Linguagem. Neste teste, a cada acerto do indivíduo é somado um ponto correspondente à pergunta, sendo trinta o máximo de pontos a alcançar. Considerando que a idade e a escolaridade influenciam na performance cognitiva, podendo assim mascarar diretamente o resultado do teste, foram determinados pontes de corte, de acordo com o proposto por Bertolucci et al (1994): dezoito pontos para analfabetos, vinte um para quem possui de 1 a 3 anos de escolaridade, vinte quatro para os que possuem de 4 a 7 anos e vinte e seis para igual ou acima de sete anos de escolaridade.

- Teste de Fluência Verbal por categorias semânticas, que consiste em solicitar à pessoa idosa que diga o maior número possível de animais em um minuto. Tem o objetivo de verificar o declínio cognitivo. Nesse teste é importante observar como que o tempo é utilizado para a execução da tarefa. Pessoas com demência, além de produzirem escores baixos, tendem a interromper a geração de palavras após 20 segundo do teste. Já quem está deprimido podem apresentar escores baixo, mas tendem a gerar palavras durante todo o minuto. O escore esperado é de 14 ou 14 animais citados.

-Questionário simplificado contendo características para traçar o perfil do idoso estudado (Anexo C);

- Roteiro de análise de registro no prontuário para verificar os motivos que geraram a internação atual e conhecer se as condições mentais foram devidamente registradas e por qual categoria profissional (Anexo D).

4.6 Tratamento dos Dados

As perguntas do questionário, do roteiro de análise de registro, bem como da escala (Mini exame estado mental) foram rigorosamente ordenados de acordo com o critério subjetivo da pesquisadora, onde cada variável foi devidamente tabulada e posteriormente será apresentada em tabela, gráfico e descrição.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Dados sócio demográficos

5.1.1 Gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, com quem mora

O estudo foi realizado numa amostra de 36 idosos, sendo que, 16 (45%) eram do gênero masculino com idade média de 70 anos, mediana 76 anos e 20 (55%) eram do gênero feminino com idade média de 73 anos e mediana 71 anos. A avaliação da faixa etária está apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição relativa e percentual dos idosos pesquisados conforme faixa etária e gênero

Faixa etária	Gênero				Total	
	Homens		Mulheres			
	Fi	F%	Fi	F%	Fi	F%
60 — 70	05	31%	07	35%	12	33%
70 — 80	07	44%	09	45%	16	44%
80 — 90	04	25%	03	15%	07	20%
90 — 100	-	-	01	05%	01	03%

A variável escolaridade revelou que 21 (58%) dos entrevistados nunca foram à escola (analfabeto), mas que aprenderam a assinar o nome e a fazer cálculo devido a necessidade do dia-a-dia, 09 (25%) possuíam de 1 a 4 anos de escolaridade, 04 (11%) haviam estudado de 5 a 8 anos e apenas 02 (6%) possuíam mais de 8 anos de escolaridade, nesta variável nota-se que os homens desta pesquisa se diferenciam neste item das mulheres, com mais anos de estudo.

Outro achado com diferença foi o estado civil: 13 (36%) eram casados e 17 (46%) viúvos, sendo que, deste percentual a grande maioria eram do gênero feminino 13(36%), dessa forma os homens desta amostra 11(31%) residiam com suas esposas e 11(31%) das mulheres residiam com os filhos.

De acordo com os dados do IBGE (2000) vem corroborar estes achados, pois 55% dos idosos são mulheres, com um número maior de viúvas e menor nível de escolaridade.

Murta (2005) ressalta que em 1930 o ensino fundamental era restrito para seguimentos sociais específicos, visto que 2/3 da população brasileira viviam na zona rural, tendo que auxiliar seus pais nas atividades laborais para o sustento da família, e deixando a atividade escolar em segundo plano. O grande número de idosos com nível escolar precário constitui uma das responsabilidades institucionais dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o advento do envelhecimento populacional brasileira, houve uma mudança substancial com relação ao gênero, visto que em sua grande maioria é constituída por mulheres com idade superior a 65 anos. Muitas delas vivem sozinhas sem a companhia do parceiro (BERQUÓ 1996).

Eliopoulos (2005) explica que, a morte de um cônjuge afeta mais as mulheres que os homens, pois um grande número desses é casado, e a maioria das mulheres são viúvas.

Sobre o aspecto proporcional do número de homens e o aumento do número de mulheres Roach (2003) explica que projeções para o futuro é que para cada três mulheres existam dois homens, com tendência a aumentar esta diferença com o passar dos anos, e a alta taxa de sobrevivência das mulheres é o fato de estas se casarem com homens mais velhos, revelam porque existam mais viúvas e um número maior de homens casados.

5.1.2 Ocupação, Renda familiar, casa onde mora, religião

Com relação ao aspecto econômico, notou-se que um número elevado foi de aposentados 21 (86%), somente 02(6%) exercia algum tipo de atividade profissional, 23 (64%) sobrevivem com uma baixa renda familiar, no valor inferior a dois salários mínimos. No entanto, 29 (80%) possuíam moradia própria e 5 (14%) eram favorecidos por moradia cedida.

Adaptar-se a aposentadoria na concepção do idoso é uma etapa difícil, pois adequar o tempo, a renda familiar e ao conforto ou mesmo a algumas restrições de

hábitos que em sua vida serão modificados, trazendo aos idosos temores e por vezes enfermidades.

Eliopoulos (2005) destaca que os recursos financeiros são importantes em qualquer idade, na terceira idade a escassez deste pode afetar ainda mais a dieta, saúde, moradia, segurança e a independência, influenciando as escolhas da vida. A renda da aposentadoria é menor do que a renda que ganhava na época em que estava trabalhando. No entender de parte da sociedade aposentadoria é sinônimo de envelhecimento, pois este período é visto por infrutífero e a identidade profissional é responsável pela posição social que ocupa. É imprescindível a adaptação aos recursos financeiros pós-aposentadoria, com o propósito de evitar danos tanto físicos como emocionais.

Pacheco (2004) declara que para os homens o impacto da aposentadoria é maior, pois muitos destes desenvolvem sintomas depressivos em face das dificuldades de refazerem seus projetos de vida de forma produtiva e socialmente útil. As mulheres ao contrário, têm a percepção diferente em relação à aposentadoria, pois estas quase sempre retornam ao trabalho que a “natureza” lhes impôs, continuando apta a desenvolvê-lo, mantendo desta forma um sentimento de utilidade por toda sua vida.

Para suprir as necessidades do cotidiano e aumentar a renda, muitos idosos, têm que continuar a trabalhar. O depoimento de dona Vera Girasol, 83 anos é empacotadora numa rede de supermercado em São Paulo, a mesma declara que “o dinheiro da aposentadoria encolheu e ficou endividada” resolveu voltar a trabalhar, algumas portas estavam fechadas para esta faixa etária, no entanto no estabelecimento citado teve a oportunidade, pois este grupo de loja, foi uma das primeiras organizações no Brasil a lançar um programa de contratação de pessoas na terceira idade, e a empresa vem mantendo esta política desde 1997, pois alegam que descobriram que as pessoas da terceira idade são mais produtivas e criativas, são mais úteis no trabalho porque além de assíduas, não faltam ao trabalho, diferente dos mais jovens e ainda ajudam a diluir conflitos e agregam experiências à ousadia dos mais jovens. Estes se sentem úteis e satisfeitos. O que beneficiou ainda a esta idosa além da realização econômica foi o equilíbrio emocional na decisão de voltar ao trabalho, não se recolhendo no lar devida a depressão que poderia ter se instalado, desta forma

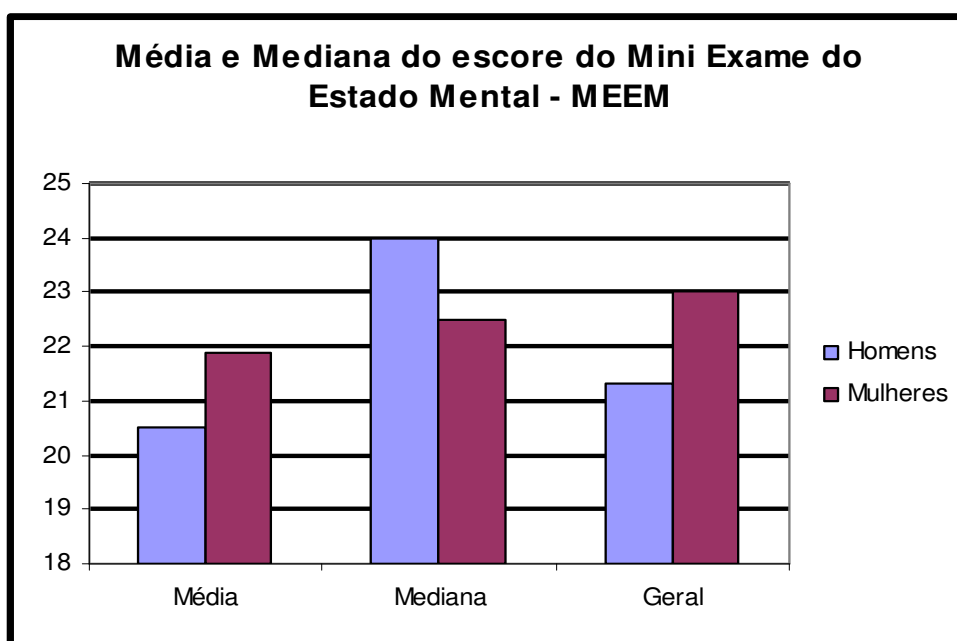
é conduzido o programa de envelhecimento ativo definido pela Organização Mundial de Saúde (LUQUET 2007).

O que percebe nesta população estudada é que 97% buscam a fé na religião. Monteiro (2006) referindo sobre a religiosidade diz: o ser humano busca do significado, no mundo interior, na espiritualidade intrínseca à natureza humana o que pode preencher o vazio interior. O aumento da espiritualidade mostra que é um suporte emocional, tanto na área da saúde física como da saúde mental, e o quanto se faz necessário no momento da morte.

5.1.3 Análise do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

O resultado do teste do MEEM que avalia a função cognitiva obteve a média de 20,5 e mediana 24 pontos para o gênero masculino, para o gênero feminino a média foi de 21,9 e mediana 22,5 pontos, já média geral foi de 21,3 e mediana de 23 pontos, representada na figura 2.

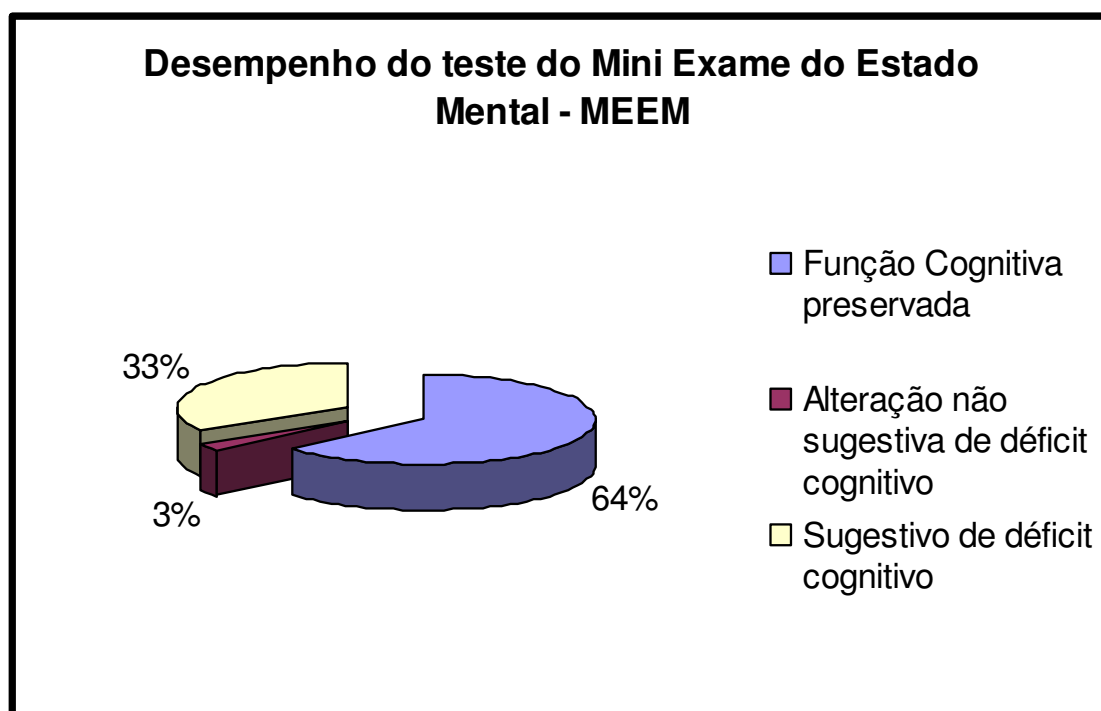
Figura 2 – Distribuição da média e mediana por gêneros e a média geral dos escores do MEEM



Os resultados dos escores do teste do MEEM, que avalia o funcionamento cognitivo, foram modificados conforme o grau de escolaridade dos indivíduos avaliados, gerando os seguintes resultados 23 (64%) função cognitiva preservada, 1 (3%) alteração não sugestiva de déficit cognitivo, e 12 (33%) sugestivo de déficit cognitivo, sendo que em sua maioria obtiveram menor desempenho o sexo masculino, com 7 (19%) da somatória geral.

Os testes foram aplicados em indivíduos isentos de diagnósticos de patologias oriundas do sistema nervoso central e os mesmos estavam lúcidos e dispostos a responder o questionário, bem como de participar dos testes. A figura 3 representa o desempenho observado pela pesquisa.

Figura – 3 Avaliação do desempenho do Mini Exame do Estado Mental MEEM



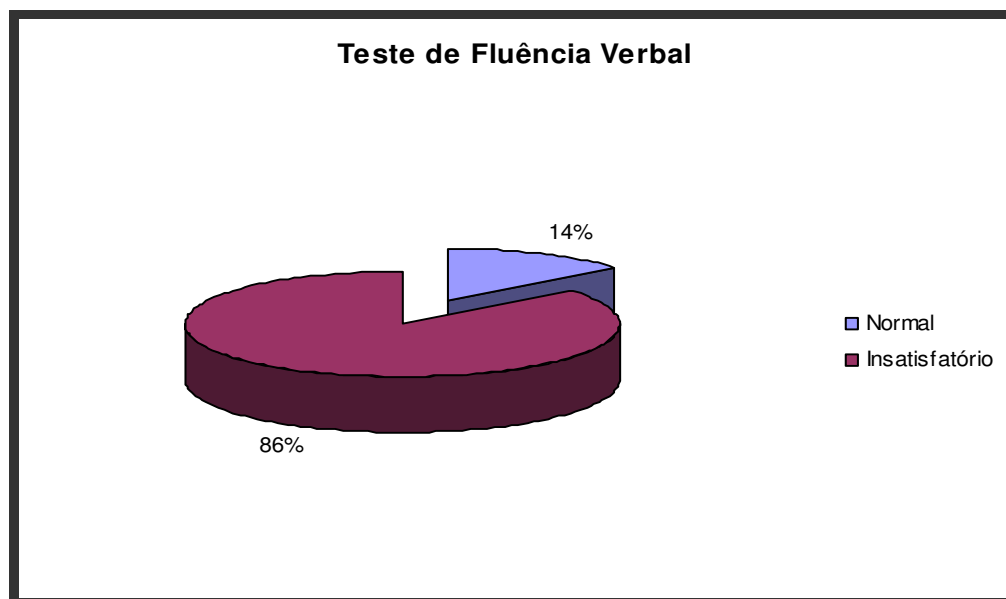
Cerca de 2/3 dos idosos queixam-se de falhas de memória, mas apenas a metade deles apresenta diminuição de sua capacidade funcional em decorrência dessa alteração, suspeitando do declínio cognitivo leve, pois esta se aplica a idosos saudáveis que tenham diminuição da memória, mas que não apresentam demência nem a propensão de desenvolver essa condição no futuro (ROBLEDO 2004).

Com relação ao resultado do escore do MEEM, esse estudo confirma o achado ao estudo canadense sobre saúde e envelhecimento relatou que 30% de indivíduos idosos tinham algum grau de incapacidade cognitiva, mas sem diagnóstico de demência (FREITAS et al 2004).

Continuando Freitas et al refere que valores idênticos com prejuízos cognitivo 30,2% foram encontrados em amostra da população brasileira, ainda relata autores que apresentaram outro estudo sobre queixa de memória no processo de envelhecimento, eles descrevem um valor 50% com tal prejuízo nesta área, eles encontraram que 60% deles tinham obtinham resultados normais em testes neuropsicológico.

5.1.4 Teste de Fluência Verbal

Na aplicação do teste de Fluência Verbal por categoria semântica, o desempenho geral foi à média de 11 animais lembrados por indivíduo no tempo determinado de sessenta segundos, na distribuição de frequência um percentual de 5 (14%) considerado normal no período proposto e 31 (86%) não obtiveram resultados satisfatórios dentro do período proposto. Conforme observado o tempo utilizado foi entre 15 e 20 segundos por indivíduos avaliados, e o restante do tempo os mesmos justificavam que sabiam, mas que não recordavam no momento.

Figura 4 - Desempenho na aplicação do teste Fluência Verbal

Para os autores, Taussik & Wagner (2006), a memória semântica é a mais preservada do que a episódica, com o passar dos anos ao solicitar ao indivíduo evocar palavras a partir de uma definição percebe uma redução na cognição. A evocação de nomes é a dificuldade mais conhecida como o "fenômeno da ponta da língua" constitui falhas freqüentes nos adultos mais velhos. A tarefa de propor algo a ser realizado, revela dificuldades que sofreu um aumento linear com a idade, assim para alcançar os objetivos, usam de recursos por meio de pistas ou de marcadores para êxito da realização solicitada.

Este evento foi observado nos indivíduos entrevistados, pois os mesmos relacionavam sempre algo na busca da tarefa solicitada.

5.1.5 Diagnósticos de doenças neurológicas e o uso de medicamentos controlados

Com relação ao uso de medicamentos controlados, doença neurológica e se fazia tratamento foi relatado pelo próprio idoso ou acompanhante, e a confirmação deste dado foi à conferência do prontuário do cliente, infelizmente não foi encontrado nenhum registro destas informações feitas por qualquer categoria de profissionais que prestavam assistência. Do total dos entrevistados 3 (8%) mencionou possuir doença neurológica e 2 (6%) fazer tratamento psiquiátrico. Segundo relato dos avaliados, 11

(31%) fazia uso dos seguintes medicamentos, antidepressivo 3 (8%) e benzodiazepínico 8 (22%).

Muitos distúrbios neurológicos ocorrem por motivos que estão além do controle, mas há alguns que podem ser prevenidos ou minimizados. Efeitos colaterais podem ser manifestos com o uso inadequado e sem acompanhamento médico, trazendo para os idosos mal desempenho de suas funções vitais, portanto este idoso deverá ter um responsável na administração e vigilância da medicação (ROACH 2003).

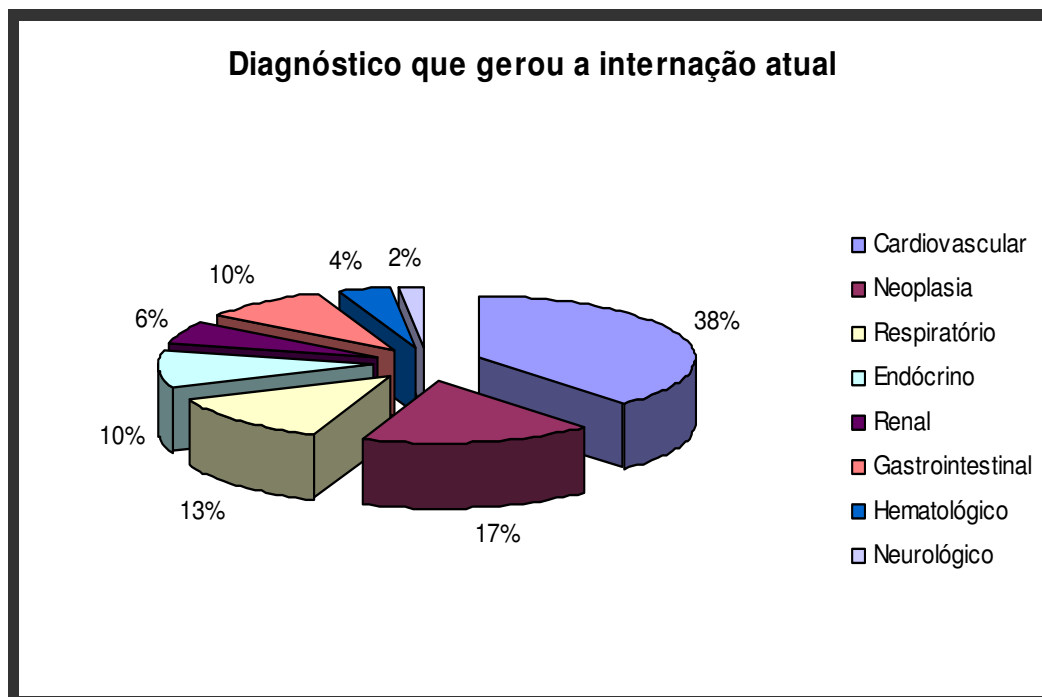
Miguel Filho e Almeida (2004) referem que o uso de psicotrópicos entre os idosos é bastante freqüente e muitos acreditam depender destes para manter um desempenho adequado. Os benzodiazepínicos é a droga mais utilizada entre os idosos e o seu abuso é responsabilidade médica, pois este mantém o cliente em uso crônico da droga pelo receio de que a interrupção leve ao reaparecimento dos sintomas.

Os inúmeros problemas de saúde dos idosos levam este grupo a consumir grande quantidade e variedade de medicamentos, e estes se comportam diferentemente dos adultos jovens e nos idosos requerendo assim cuidados quanto ao ajuste da dosagem e ao seu acompanhamento (ELIOPOULOS 2005).

5.1.6 Motivo que gerou a internação e registro de problemas/doenças pregressos.

O motivo pelo qual levou a atual internação está demonstrado no Gráfico 5, destacando ser o distúrbio cardiovascular a maior causa de internação representado por 20 (38%) do total da amostra, contribuindo com grande participação o gênero feminino com 15 (42%) do percentual da amostra, já neoplasia se destacou em percentual maior entre o gênero masculino, com 6 (17%) para estes indivíduos, os demais distúrbios respiratório, endócrino e gastrointestinal mostraram-se equivalentes .

Gráfico 5 Motivo que gerou a internação atual



Corroborando com este resultado, as pesquisas confirmam que o sistema cardiovascular é o mais prejudicado no idoso, e que 50% do total de mortes é devido as doenças de origem cardíaca (ROACH 2003).

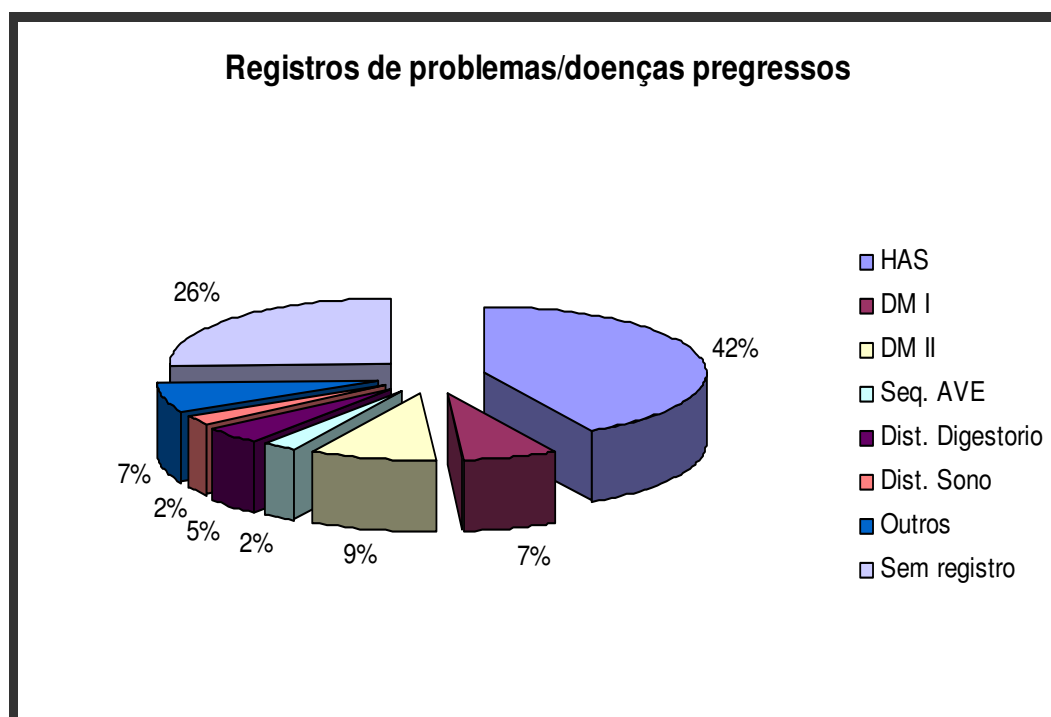
As doenças do aparelho circulatório representam importantes problemas de saúde pública no país. Por décadas as doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no Brasil, conforme dados oficiais (Sistema de Informação – SIM) em 2000 foi registrado mais de 27 % do total de óbitos. A hipertensão arterial é uma doença crônica, entretanto muitos com HAS permanecem sem tratamento, a prevalência estimada na população brasileira adulta é de 20% e na população idosa chegando a 65%, cerca de 30% dos hipertensos desconhecem serem portadores da doença (PIRES; REIS; MUSSI 2009).

Eliopoulos (2005) destaca que o avanço tecnológico promoveu o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças cardíacas, além da educação do público alvo para êxito no resultado e declínio de patologias referente ao aparelho cardiovascular, muito embora as futuras gerações sejam beneficiadas, no entanto ainda muitas mortes de idosos na população atual ocorrerão devido ao diagnóstico

precário, permitindo com este fato que de todos os sistemas do corpo humano este ainda será o de maior causa de incapacidade e morte.

Os registros de problemas e das doenças progressas dos idosos entrevistados estão demonstrados no Gráfico 6.

Gráfico 6 Registros de problemas/doenças progressas dos idosos



Neste gráfico podemos identificar quais problemas/doenças progressas se destacam. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destacando com o maior número de registros 18 (42%), desse registro o gênero feminino mostrou-se sobremaneira elevado com 11(31%), conforme observamos outro achado com crescimento significativo vimos o Diabetes Mellitus tipo I com 03 (7%), tipo II com 04 (9%), sendo que as mulheres se destacam com os maiores números, do total geral elas somam 06 (17%), já os distúrbios do sistema digestório, os homens se destacam com 02 (5%), no total dos prontuários consultados 11 (26%) não havia registros nesta categoria.

A Hipertensão é muitas vezes denominada assassina silenciosa porque poucos sintomas ou nenhum são evidentes até surgirem às complicações.

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica, é encontrada em grande número de mulheres e pessoas com sobrepeso, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por AVE e 25% das mortes por doença arterial coronariana, associada à doença Diabetes Mellitus, representando 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise (BRASIL 2006).

De acordo com pesquisas sobre o envelhecimento humano a pressão arterial sistólica elevada na meia idade estava associada com um risco alto de redução no desempenho cognitivo na idade avançada. Indivíduos hipertensos executam uma ou mais tarefas cognitivas mais pobremente do que indivíduos normotensos (SASHIDA; FONTES; DRIUSO; 2008).

A Diabetes Mellitus é uma doença metabólica crônica que requer mudança no estilo de vida, principalmente nos hábitos familiares, é uma doença comum e com incidência crescente, que aumenta principalmente com a idade (BRASIL 2006).

Estudos recentes realizados por pesquisadores da *Wake Forest University Baptist Medical Center* revelam que habilidades cognitivas caem à medida que os níveis de açúcar na corrente sanguínea aumentam em pessoas com Diabetes Mellitus tipo II (<http://emedix.uol.com.br> 2009).

5.1.7 Avaliação do estado mental do idoso e identificação do profissional

Na observação do prontuário dos idosos sobre o item de avaliação do estado mental, observou-se que 31 (86%) havia registro do estado mental do cliente, como orientação do espaço e tempo e nível de consciência, e em 05 (14%) não constavam nenhum tipo de registro de qualquer profissional de saúde sobre este item. Dos avaliados nesta função 29 (71%) foi registrado pelo enfermeiro, 06 (15%) pelo profissional médico, 05 (12%) em anotação do auxiliar de enfermagem e 1 (2%) registro de graduando em enfermagem, conforme mostra o gráfico 7.

Gráfico 7 Profissionais que avaliaram o estado mental



Neste gráfico mostra como o papel da enfermagem na assistência ao idoso é fundamental, pois o enfermeiro passa a maior parte do seu trabalho junto dele, diferentemente dos outros componentes da equipe multidisciplinar.

O predomínio da modalidade registrada foi o nível de consciência 14(39%), orientação no espaço 9 (25%), orientação temporal foi de 10 (28%) e expressão verbal com apenas 3 (8%) do registro confirmado no prontuário.

Lamentavelmente não foram encontrados registros das seguintes modalidades: condições de memória, raciocínio, expressão facial e nível de atenção.

Também, não constaram registros da utilização de escalas de avaliação do estado mental, dos idosos, por parte do profissional que o assisti.

Levy e Mendonça (2004) mencionaram que pesquisas afirmam não haver declínio importante da inteligência com a idade, outros acreditam que já existe fundamentação científica suficiente para que algumas habilidades somente sejam comprometidas.

Desta forma julgamos a participação importante do profissional de enfermagem junto aos idosos hospitalizado, no auxílio a este na superação, restabelecimento e no enfrentamento da doença, como forma de amparar e apoiar em momentos debilitantes. A identificação das necessidades do idoso muitas vezes não é demonstrada por eles, no entanto a equipe de saúde deverá percebê-la, não correlacionando os sintomas referidos por adultos mais jovens com os observados nos idosos. O olhar holístico do profissional conduzirá qual modificação ou conduta tomar na abordagem do seu cliente, visando com seu raciocínio clínico buscar benefícios e a minimização de transtornos gerados (ELIOPOULOS 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista do crescente número de idosos, e o crescente número do quadro de morbidade e mortalidade, e as patologias concernentes ao sistema nervoso elevado, ressaltamos que uma abordagem precisa no atendimento do idoso no recinto hospitalar é imprescindível para minimização de sofrimentos futuros. Constatamos através desta pesquisa que o idoso nesta instituição é tratado de forma digna e compromissado, no entanto a avaliação do estado mental nesta instituição não é eficiente e os registros são feitos de forma precária, e o pouco que foi registrado, em sua maioria foi pela enfermagem. O papel da enfermagem é importantíssimo, já que o que percebemos é que a atuação deste profissional é integral para o desenvolvimento do trabalho na instituição.

Ressaltamos que uma avaliação cognitiva envolve aspectos éticos decisivos na manutenção de sua autonomia, no entanto deverá haver uma conscientização por parte de todos que integram a equipe de saúde, a fim de visar uma recuperação com qualidade e íntegra para o idoso.

Nós como educadores devemos inculcar sobre melhores condições vitais a todos que diante de nossa profissão se apresenta, em se tratando do idoso este fato toma outra dimensão, visto que hoje eles estão sob nossos cuidados, no futuro estaremos nós nas mãos de outros profissionais, assim sendo que possamos procurar abranger este tema sobre avaliação cognitiva com maior relevância, levando nosso cliente e familiar ver o compromisso integral desta equipe na assistência de qualidade, de forma individualizada e humanizada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. L. J. **A situação do idoso no vale do Paraíba: análise nas cidades de Taubaté e Guaratinguetá [dissertação]** Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo, 1990

BASSIT, A.Z. Na condição de mulher: a maturidade feminina. In: Py Ligia et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais/ organização**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004 p.142.

BERQUÓ, Elza. “Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil, In: **Anais do I Seminário Internacional – Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século**. Brasília: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria da Assistência Social; 1996 p. 16-34.

BERTOLUCCI, P. H. F., MATHIAS, S.M.D., CAMPACCI, S.R. et al. **O mini exame do estado mental em uma população geral**. Impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiar**, 1994, v. 52, p. 1-7.

BERTOLUCCI, P.H.F. **O significado da perda de memória no idoso**, Atualidades em Geriatria. São Paulo, n.22, p.45-49, 1999.

BRANDÃO, L; WAGNER, G. P.; CATHERY-GOULART, M.T.; Disfunções Cognitivas na demência do tipo Alzheimer (DTA); In PARENTE et al . **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre, Artmed, 2006, p229.

BRASIL: Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Caderno de atenção básica n. 19 – série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006 p . 140.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira uma contribuição demográfica. . In: Freitas, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.58.

CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M.L. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.112-113.

CANINEU, P.R.; BASTOS, A. Transtorno Cognitivo Leve. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.128.

CARDOSO, S.H. **Memória**. Disponível em [HTTP://www.epud.org.br/cm/nome.htpcerebro&mente](http://www.epud.org.br/cm/nome.htpcerebro&mente). Acessado em 05/03/09 - 10h00.

ELIOPOULOS, C.; **Enfermagem gerontológica**. 5 ed. Porto Alegre, Artmed, 2005.

FERNANDES, M.G.M.; ALMEIDA, C.B. Processo de Pensamento Alterado em Idosos na vivência Asilar. **Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, v.34, n.04, Março, 2001, p.24.

FIGUEIREDO, M.L.F.; TYRREL, M.A.R. O masculino e o feminino na velhice. **Revista Técnico Científico de Enfermagem**, Curitiba: Bioeditora, v.4, n.15, Jul/Set. 2006, p.107.

FOLSTEIN, M.F., FOLSTEIN, S.E., MC HUGH, P.R. **Mini-Mental State**: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatry, Res** 1975, v.12, n. 3, p. 198.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**, 6 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1988, p. 100-167.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 10 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002, p. 480-630.

IBGE. Censo de 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 10/08/2009.

LAKS, J. ; Comprometimento da memória associado à idade. **Revista Brasileira de Neurologia** vol. 5, nº1/2, 1999.

LEVY, A.J.; MENDONÇA, L.I. Envelhecimento Cerebral. Demências. In CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria Fundamentos Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004.

LUQUET, Mara.; O aumento da longevidade impõe à terceira idade a necessidade de uma nova postura positiva com disposição para continuar a planejar, produzir e poupar. **Revista Valor Investe**. Ano 6, n. 16, Dez/Jan/Fev 2007/08.

MANFRIM, A.; SCHIMIDT, S.L. Diagnóstico diferencial das demências. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.242.

MIGUEL FILHO, E.C.; ALMEIDA, O.P.; Aspectos Psiquiátrico do envelhecimento; In CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría Fundamentos Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004.

MONTEIRO, D.M.R.; **Espiritualidade e Finitude: Aspectos Psicológicos** São Paulo Paulus, 2006

MORAGOS, R.M. **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo, Paulinas, 1997, p.271.

MURTA, G.F. **Dicionário Brasileiro de Saúde**. 2 ed. São Caetano do Sul, Difusão, 2007.

MURTA, G.F.; **Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem**. 4 ed. São Caetano do Sul, SP, Difusão, 2 v. 2008

NERI, A.L. **Envelhecimento Cognitivo** In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.242.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (OMS), **1ª Conferencia Mundial de Saude. Promoção da Saúde**. Ottawa, Canadá, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**, Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAUDE (OPAS). **Guia Clínico para Atenção Primária do Idoso** 3 ed. Washington: 2003.

PACHECO, J.L.; Trabalho e Aposentadoria. In: PY, LIGIA et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais/ organização**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004 p.

PARENTE, M.A.M.P. et al. **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 2006 p.49-69.

PAZ, S.F. **Movimentos Sociais: participação dos idosos**. In: Py Ligia et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais/ organização**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004 p.230-249.

PEDRON, A.J. **A memória e sua estrutura fisiológica: Base para o estudo e a aprendizagem**, 2003. 39 p. Monografia de Conclusão de curso (Graduação em Medicina) – Escola de Medicina, Universidade de Campinas, São Paulo.

PINHEIRO, J.E.S.; FREITAS, E.V. Promoção da Saúde. In: Py Ligia et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais/ organização**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004 p.275-276.

PIRES, C.G.S.; REIS, R.P.; MUSSI, F.C. Crenças de pessoas hipertensas sobre barreiras e benefícios para o controle da doença. **Revista Enfermagem Brasil: Periódicos científicos dos profissionais de enfermagem**. Ed. Atlanta. São Paulo, ano 8, n. 1, p. 8, Jan/Fev. 2009.

PY, LIGIA et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais/ organização**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004 p.269.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de Medicina e Saúde**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1999 p. 161.

ROACH, Sally. **Introdução à Enfermagem Gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003 p. 03/176.

ROBLEDO, L.M.G. Avaliação Cognitiva do Idoso. In GUIMARAES, R.M.; CUNHA, U.G.V., **Sinais e Sintomas em Geriatria**. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 2004, p. 31-34.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem Gerontogeriatrica: Reflexão a ação cuidativa**. 2 ed. São Paulo, Robe, 2001.

SASHIDA, V.T.; FONTES, S.V.; DRIUSSO, P. Relação entre hipertensão arterial e cognição. **Revista Neurociências**: disponível em [HTTP://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008](http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2008). Acesso em 14 Agosto 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem Médico cirúrgico**, 10 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, v.1 cp. 12, **Cuidados de Saúde do idoso**, p.200-227.

STELLA, F. Funções Cognitivas e envelhecimento. In PY, LIGIA et al. **Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais/ organização**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2004 p.283-284.

STUART-HAMILTON, I. **A psicologia do Envelhecimento: uma introdução**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TAUSSIK, I.; WAGNER, G.P.; Memória explícita e envelhecimento. In PARENTE et al . **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre, Artmed, 2006, p 80.

VENTURA, M.M.; BOTTINO, C.M.C. Avaliação Cognitiva em Pacientes Idosos. In PAPALEO NETTO, MATHEUS. **Gerontologia a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2005.

VIEIRA, E.B. **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro, Revinter, 1996, p.187.

VIEIRA, E.B.; KOENIG, A.M. Avaliação Cognitiva. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.921-926.

XAVIER, G.F. **A modularidade da memória**. Psicologia USP, 1993. Disponível em: <http://www.ib.usp.br/Ngfxavier/XavNitri.html>. Acessado em 10/05/09 às 14h30.

YASSUDA, M.S.; ABREU, V.P.S. Avaliação Cognitiva. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.1252-1255.

YASSUDA, MÔNICA SANCHES; Memória e Envelhecimento Saudável. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.915-16.

WAGNER, G.P.; BRANDÃO, L.; PARENTE, M.A.M.P. Disfunções Cognitivas no declínio cognitivo. In PARENTE et al . **Cognição e envelhecimento**. Porto Alegre, Artmed, 2006, p229.

WAKE FOREST UNIVERSITY BAPTIST MEDICAL CENTER. Habilidades Cognitivas caem à medida que os níveis de açúcar na corrente sanguínea aumentam em pessoas com DM II. Disponível em <http://emedix.uol.com.br/not/not2009/09fev//end-dc-hbs-cognição.php>. Acesso em 14/08/2009

ZIMERMAN, G. I; **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.141.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

60

1. Projeto de Pesquisa: "Avaliação Cognitiva em Idosos Hospitalizados"			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciência da Saúde		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) Gerontologia ,longevidade, memória			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos Total: 36		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros (x) Não se aplica ()	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Teresa Cristina Prochet			
12. Identidade 6911597-0	13. CPF.918938367-20:	19. Endereço (Rua, n.º):R. Sebastião da Silva Leite 243	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: enfermeira	20. CEP: 19814-370	21. Cidade: Assis
22. U.F. SP			
16. Maior Titulação: Mestre	17. Cargo Docente na Graduação	23. Fone: (18) 3322 6721	24. Fax
18. Instituição a que pertence: Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA		25. Email: prochet@uol.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____			
Assinatura			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Hospital Regional de Assis		29. Endereço (Rua, nº): Pça Dr Simphrônio Alves dos Santos s/nº	
27. Unidade/Órgão: Hospital /Estadual		30. CEP: 19814-010	31. Cidade: Assis
		32. U.F. SP	
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		33. Fone: (18) 3302 6000	34. Fax.: (18) 3302 6030
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: _Diretor de Serviço Data: ____/____/____			
Assinatura			
PATROCINADOR Não se aplica ()			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
		42. UF	
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____	Anexar o parecer consubstanciado

Assis, 06 de Abril de 2009

**Aos cuidados do
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis**

Estou enviando o Projeto de Pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS” de autoria da aluna Maria do Carmo Paes Ferreira Coelho sob minha orientação para ser analisado por esse Comitê de Ética em Pesquisa.

Nesta oportunidade, confirmo a concordância, no que se refere à realização do projeto de pesquisa anexa, o atendimento do disposto na Resolução nº 196, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de saúde, bem como nas resoluções complementares à mesma.

Estou ciente de que, segundo o item IX.2 da resolução acima, é de minha responsabilidade:

- 1. apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o parecer deste, antes de iniciar a pesquisa;**
- 2. desenvolver o projeto conforme o delineamento apresentado;**
- 3. elaborar e apresentar relatório parciais caso solicitado;**
- 4. manter em arquivo, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais, termo de consentimento e outros documentos recomendados pelo CEP;**
- 5. encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores, patrocinadores e participantes do projeto;**
- 6. encaminhar o relatório final para o CEP e**
- 7. justificar perante o CEP, interrupção do projeto ou quaisquer necessidade de ajuste ou mesmo a não publicação dos resultados.**

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Teresa Cristina Prochet
COREN SP 50957
CPF 918938367-20
RG 6911597-0

ORÇAMENTO FINANCEIRO DA PESQUISA

Declaro que durante toda a realização do Projeto de Pesquisa intitulado **“AVALIAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS”** de autoria da aluna Maria do Carmo Paes Ferreira Coelho sob minha orientação não trará ônus financeiro para o Hospital Regional de Assis - HRA.

Por ser verdade, firmo o presente em 06/04/2009

Teresa Cristina Prochet
COREN SP 50957
CPF 918938367-20
RG 6911597-0

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – IDOSO

Eu Maria do Carmo Paes Ferreira Coelho, convido o (a) senhor (a) para participar da pesquisa: “Avaliação Cognitiva em idosos hospitalizados”. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do qual sou aluna. O objetivo do estudo é conhecer as condições mentais do idoso que está hospitalizado. Para isso serão necessários a aplicação de dois testes de avaliação, um é chamado de Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é composto de perguntas simples sobre a orientação de tempo e de espaço, inclui ainda, cálculo e memória e o outro se chama Teste de Fluência Verbal, onde analisamos a capacidade de sua recordação e de sua fala (resgate da lembrança/memória). É importante no estudo sabermos mais sobre cada idoso, por isso também um questionário será aplicado para que nos conte sobre sua idade, sua religião, com quem mora, anos de estudo, estado civil, se trabalha e com que trabalha, sua renda, tipo de casa que mora e ainda se toma algum tipo de medicamento controlado. O tempo previsto para as respostas dessas perguntas e dos testes será de 20 minutos e isso acontecerá no próprio leito ou no quarto ou ainda num lugar que o idoso aceite, desde que respeite sua privacidade respeitada e que não cause qualquer desconforto ou risco. É importante ressaltar que o(a) senhor(a) não terá necessidade de se identificar, inclusive se estabelece por meio desse termo o compromisso de que sua identidade não será revelada em nenhuma situação, portanto, seu anonimato estará garantido. É importante ainda afirmar que essa pesquisa não oferece riscos a sua integridade física ou emocional. Caso desista de participar e não queira continuar a dar as respostas, o(a) senhor(a) tem o direito de interromper a qualquer momento, sem que haja prejuízo, constrangimento ou dano referente à interrupção. Esclareço ainda que sua participação é voluntária e não está condicionada a receber qualquer benefício financeiro ou de outra espécie.

Caso aceite a participar da pesquisa, favor assinar abaixo demonstrando sua concordância de que foram dadas as explicações necessárias, inclusive, que teve a oportunidade de tirar suas dúvidas e de que recebeu uma cópia desse termo.

Assis:/...../ 2009.

Nome do Pesquisado:.....

Assinatura do pesquisado:.....

Assinatura do Pesquisador:.....

Maria do Carmo Paes Ferreira Coelho Rua Tibiriçá 1502 Assis- SP 18 33234862	Teresa Cristina Prochet (Orientadora) Rua Sebastião da Silva leite 243 Assis –SP 18 33226721
---	--

ANEXO B
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL DE FOSTEIN

ORIENTAÇÃO TÊMPORO-ESPACIAL	PONTOS	
Qual o dia da semana?	1	
Qual o dia do mês?	1	
Qual é o mês?	1	
Qual é o ano?	1	
Que horas são? (hora aproximada)	1	
Onde se encontra?	1	
Qual é a instituição onde se encontra?	1	
Qual é bairro ou rua próxima de onde está?	1	
Qual é a cidade?	1	
Qual o estado?	1	
MEMÓRIA IMEDIATA	PONTOS	
Nomeie três objetos e peça para repetir	3	
MEMÓRIA IMEDIATA	PONTOS	
Peça para contar de trás para frente começando de 100, de 7 em 7. Pare na 5ª resposta	5	
MEMÓRIA RECENTE(EVOCAÇÃO)	PONTOS	
Peça para repetir as três palavras que foram informadas anteriormente	3	
LINGUAGEM	PONTOS	
Mostre um relógio e uma caneta. Peça para nomear	2	
Peça para repetir: “nem aqui, nem ali e nem lá”.	1	
Dê o seguinte comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”	3	
Peça para ler e fazer o que está escrito: “feche os olhos”	1	
Peça para escrever uma frase	1	
Peça para copiar um desenho	1	
TOTAL DE PONTOS	30	

VALORES:

18 – analfabetos

21 – para indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade

24 – para indivíduos com 4 a 7 anos de escolaridade

26 – para indivíduos com mais de 7 anos de escolaridade

ANEXO C
QUESTIONÁRIO – IDOSO

Dados sócio-demográficos:

1-Sexo: () F () M

2- Idade:.....

3- Com quem mora atualmente?

() esposo(a) () filhos () sozinho(a) () instituição () amigo(a) () outros

4- Quantos anos de estudo possui?

5- Estado Civil: () casado () amasiado () divorciado/separado () solteiro () viúvo

6- Professa qual religião? () católica () evangélica () espírita () nenhuma () outra

7- Ocupação atual/anterior de maior representação:

() aposentado

() do lar

() nunca trabalhou

() ainda trabalha

8-. Valor da renda familiar:

() nenhuma

() inferior a 1 SM

() 1 !- 2 SM

() 2 !- 3 SM

() 3 !- 4 SM

() 4 !- 5 SM

() acima de 5 SM

9- A casa onde mora é:

() alugada () própria () cedida () financiada

10- Condições de moradia:

energia elétrica () sim () não

água encanada () sim () não

alvenaria () sim () não

madeira () sim () não

11- Faz uso de medicamento controlado? () não () sim quais?

12- Tem alguma doença neurológica? () não () sim. Se sim, faz tratamento médico?

ANEXO D
ROTEIRO DE ANÁLISE DE REGISTRO NO PRONTUÁRIO

- 1- Diagnóstico Médico que gerou a internação atual registrado: _____
- 2- Existe registro de existência/constatação das doenças/problemas progressos abaixo:
- Hipertensão Arterial
 - Diabetes Mellitus Tipo I Tipo II
 - Problemas digestórios
 - Sequelas relacionadas a Acidente Vascular Encefálico
 - Demência
 - Depressão
 - Ansiedade
 - Distúrbio de sono
- 3- Possui Avaliação de entrada do estado mental? sim não
- 4- Se sim o que consta registrado e qual profissional que o fez?

Item de avaliação	Profissional que registrou
<input type="checkbox"/> orientação no espaço	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> orientação no tempo	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> nível de consciência <input type="checkbox"/> alerta <input type="checkbox"/> letárgico <input type="checkbox"/> sonolento <input type="checkbox"/> torporoso <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> outro	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> condições da memória <input type="checkbox"/> imediata <input type="checkbox"/> recente <input type="checkbox"/> remota	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> raciocínio	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> expressão verbal	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> expressão facial	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro
<input type="checkbox"/> nível de atenção	<input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> aux enf <input type="checkbox"/> outro

- 5- Algum profissional utilizou-se de algum tipo de escala de avaliação das condições mentais?
- sim, foi citado somente o resultado ou sua realização porém, não constam as etapas, sendo o registro é superficial
 - sim, foi aplicada e consta os registros no prontuário
 - nada consta registrado
- 6- Caso tenha sido utilizada alguma escala:
- descrever qual delas foi aplicada.: _____
 - qual foi o profissional que aplicou? _____