

**GRACILENE BRANDÃO RODRIGUES**

**A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO, ALTERAÇÕES COGNITIVAS E  
O PAPEL DO ENFERMEIRO.**

**ASSIS**

**2012**

**GRACILENE BRANDÃO RODRIGUES**

**A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO, ALTERAÇÕES COGNITIVAS E  
O PAPEL DO ENFERMEIRO.**

Monografia de conclusão de curso de Enfermagem apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis - FEMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Orientanda: Gracilene Brandão  
Rodrigues

Orientador: Prof<sup>o</sup> Enf<sup>o</sup> Salviano  
Francisco Chagas Filho

**ASSIS**

**2012**

## FICHA CATALOGRÁFICA

RODRIGUES, Gracilene Brandão  
A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO, ALTERAÇÕES COGNITIVAS E O PAPEL  
DO ENFERMEIRO / Gracilene Brandão Rodrigues. Fundação Educacional de  
Ensino Superior de Assis – Assis, 2012.  
45 Páginas.

Orientador: Profº. Enfº. Salviano Francisco Chagas Filho  
Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis

1. Envelhecer. 2. Qualidade de vida. 3. Papel do enfermeiro. 4. Trabalhos de  
conclusão de cursos (TCC).

CDD: 610  
Biblioteca da Fema

**A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO, ALTERAÇÕES COGNITIVAS E  
O PAPEL DO ENFERMEIRO.**

Gracilene Brandão Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Professor Examinador

Professor Examinador

Salviano Francisco Chagas Filho

Professora Orientadora

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho especialmente a DEUS, por ter me dado condições de chegar até aqui, sem ELE nada seria possível. À minha mãe “in memória”, a toda minha família e amigos, pelo apoio e compreensão que por eles foram dispensados durante essa fase da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial a DEUS por ter me dado sabedoria e condições de realizar este trabalho.

Ao Professor e orientador, Salviano, pela paciência e perseverança.

À minha mãe “in memória” pelo incentivo nos momentos em que ainda se fazia presente em nosso meio.

Ao meu esposo, Carlos Eduardo, pela paciência e compreensão durante essa fase da minha vida.

Aos meus filhos, Rogério e Jéssica, que sempre me apoiaram durante esta jornada, principalmente nos momentos mais difíceis me incentivando a continuar.

Ao meu genro, Rafael, pelo apoio e atenção dispensada nos momentos que mais precisei.

À minha nora, Arlene, e filhas Andressa e Carol, que sempre estiveram presentes nos bons e maus momentos.

Às minhas netas, Raissa e Rebeca, pela alegria da presença delas, principalmente nas horas mais difíceis.

Aos meus irmãos, Gracilei, Gracieuse, Rubens e Reginaldo, que sempre me incentivaram com carinho.

À Margareth, e meus sobrinhos Renan, Rubens e Rafael, pelo apoio compreensão e amizade.

Enfim, a toda minha família e amigos pela compreensão e paciência pela minha ausência durante esses quatro anos.

Aos diretores, professores e funcionários da Fema pela compreensão e colaboração durante todos esses anos de estudo.

Que DEUS possa recompensá-los por tudo.

“Conservar a esperança equivale a não envelhecer. A velhice é mais do que cabelos brancos e rugas. É sentimento de que é tarde demais, é o sentimento de que o palco já pertence à outra geração. A verdadeira doença da velhice não é o enfraquecimento do corpo: é apatia da alma”.

André Maurois

## RESUMO

O processo de envelhecimento é um acontecimento real nos dias atuais, ocorre por meio da transição demográfica e declínio da taxa de natalidade, no Brasil foi intensificado na década de 60. No entanto, não deve ser classificado apenas pela idade cronológica, mas, também é influenciado por outros fatores: biológico, psicológico e social. Juntamente com o aumento da idade cronológica ocorrem os declínios fisiológicos e cognitivos considerados normais dentro do processo, mas que por variáveis como a genética, estilo de vida e poder socioeconômico podem evoluir para quadros mais graves, como a demência, dentre elas podemos citar a doença de Alzheimer considerada a mais comum entre os idosos de maior idade. Diante desta afirmativa, os enfermeiros devem ter conhecimento desse processo, com o objetivo de implementar medidas que minimizem maiores sofrimentos para a família e portadores, podendo estes, se beneficiarem de uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Idoso; Qualidade de vida; Cognição; Alzheimer.

## **ABSTRACT**

The aging process is a real event today, occurs through the demographic transition and declining birth rate in Brazil was intensified in the 60s. However, should not be classified only by chronological age, but is also influenced by other factors: biological, psychological and social. Along with increasing chronological age declines occurring physiological and cognitive considered normal within the process, but by variables such as genetics, lifestyle and socioeconomic status can progress to more severe, such as dementia, among them we can mention the disease Alzheimer's considered the most common among the elderly of greater age. Given this assertion, nurses should be aware of this process, in order to implement measures to minimize further suffering for the family and patients, who may, if they benefit from a better quality of life.

Descriptors: Aged; Quality of life; Cognition; Alzheimer's.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Exemplos de memória .....	30
Tabela 2 – Demonstrativo dos artigos selecionados, em ordem cronológica. ....	46

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>1. O ENVELHECER.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. TEORIAS DO ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.1. Teoria do uso e desgaste .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1.2. Teoria dos Radicais livres .....</b>	<b>19</b>
<b>1.2. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.....</b>	<b>19</b>
<b>1.2.1. Sistema Tegumentar .....</b>	<b>20</b>
<b>1.2.2. Sistema ósseo .....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.3. Sistema Nervoso .....</b>	<b>21</b>
<b>2. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....</b>	<b>22</b>
<b>3. ALTERAÇÕES COGNITIVAS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1. MAL DE ALZHEIMER .....</b>	<b>32</b>
<b>4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE E VIDA DO IDOSO</b>	<b>35</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>44</b>

## **INTRODUÇÃO**

O aumento da idade cronológica é um fato real a nível mundial, no Brasil esse processo foi mais intensificado na década de 60, sendo o principal fator desencadeante do processo, à queda da fecundidade e natalidade, motivo que justifica o aumento do percentual da população idosa.

O envelhecimento é um processo natural do ser humano e se diferencia de pessoa para pessoa, causando perdas fisiológicas, funcional e com o avanço da idade cronológica pode se agravar ocasionando o declínio da cognição dificultando ou impedindo o indivíduo de realizar as atividades da vida diária.

No Brasil o envelhecimento acontece de forma rápida e com desigualdade social, ainda que a maioria da população esteja vivendo em condições precárias de moradia, baixo poder aquisitivo, com a evolução da tecnologia, e melhorias na área da saúde, muitas doenças que no passado eram letais hoje podem ser prevenidas, curadas ou controladas o que tem proporcionado o aumento da longevidade da população.

No primeiro capítulo deste trabalho, será abordado o processo do envelhecimento, os declínios das funções que acontecem no organismo humano considerado normal.

Veremos no segundo capítulo a qualidade de vida do idoso, fatores que levam a complicações, que com o aumento da idade cronológica dificultam a realização das atividades da vida diária do indivíduo, levando a dependência de cuidados.

Em seguida será apresentado, no terceiro capítulo, o papel do enfermeiro no cuidado com o idoso melhorando sua qualidade de vida.

Conforme Figueiredo e Tonini, (2006, p.34) O envelhecer é considerado um processo natural do indivíduo, e, é definido pelos biólogos como ocorrência de várias mudanças letais no organismo humano, que diminuem a possibilidade dos indivíduos sobreviverem.

O envelhecimento não é um estado é um processo de deterioração que ocorre de forma progressiva, irreversível e sua gravidade e velocidade se difere entre os indivíduos, podendo ter como causas fatores biológicos, psicológicos ou sociológicos

que podem ser diferentes da idade cronológica. (CANCELA 2007, apud FONTAINE 2000).

Conforme Shneider e Irigaray (2008, p. 588) a idade cronológica passa a ser uma forma padronizada apenas para a contagem dos anos vividos, a saúde e o grau de dependência durante a senescência acontece entre as diferentes idades: cronológica, psicológica, biológica e social.

O objetivo da pesquisa é de reconhecer o processo de envelhecimento, as principais alterações cognitivas que evoluem no idoso, sua causa, sintoma influencia no processo de vida, analisar o papel do enfermeiro no cuidado ao idoso que minimize os efeitos dessas alterações, proporcionando uma melhor qualidade de vida durante esse processo.

O tema escolhido é fundamentado no que vem ocorrendo a nível mundial, despertando o interesse pelo estudo, com a finalidade de entender os declínios fisiológicos, cognitivos que afetam a capacidade funcional do indivíduo e o papel do enfermeiro na assistência da população idosa, minimizando a dependência e sofrimento para o idoso e sua família, e proporcionando uma melhor qualidade de vida.

A metodologia realizada na presente pesquisa foi uma revisão de literatura segundo Marconi e Lakatos (2003), incluindo as oito fases da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise, interpretação do fichamento e redação final. E assim foram selecionados 5 livros e 26 artigos, que abordam assuntos diretamente relacionados com o tema e que foram publicados no período de 2004 a 2012.

As buscas por essas fontes aconteceram por meio do BIREME, SCIELO, Portal do Ministério da Educação, literaturas e Revista Latino-Americana de Enfermagem, utilizando-se de palavras-chave como: idoso, cognição, qualidade de vida, Alzheimer.

## **METODOLOGIA**

O percurso metodológico desta pesquisa compreendeu segundo Marconi e Lakatos (2003), as oito fases da pesquisa bibliográfica: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e redação final.

- ✓ **Escolha do tema:** Com o aumento da idade cronológica, que vem ocorrendo a nível mundial, despertou o interesse pelo estudo, com a finalidade de entender os declínios fisiológicos, cognitivos que afetam a capacidade funcional do indivíduo e o papel do enfermeiro na assistência da população idosa, minimizando a dependência e sofrimento para o idoso e sua família, e proporcionando uma melhor qualidade de vida.
- ✓ **Elaboração do plano de trabalho:** Nesta etapa, desenvolvemos estudos sobre trabalhos científicos em diversas fontes, orientações de professores a fim de adquirir conhecimento sobre a metodologia científica para elaborar de maneira clara e objetiva essa pesquisa que constitui de introdução, justificativa, objetivo, metodologia e referências. Foi elaborado também um cronograma para o desenvolvimento das atividades.
- ✓ **Identificação:** Foram selecionados 5 livros e 26 artigos, que abordam assuntos diretamente relacionados com o tema e que foram publicados no período de 2004 a 2012.
- ✓ **Localização:** A busca por essas fontes aconteceu através do BIREME, SCIELO, portal do Ministério da Educação e Revista Latino-Americana de Enfermagem, utilizando-se de palavras-chave como: idoso, cognição, qualidade de vida, Alzheimer.
- ✓ **Compilação:** Após acessar esses artigos, foi realizada a impressão dos mesmos e programado leitura e fichamento.
- ✓ **Fichamento:** Após a seleção do material, foi realizado o fichamento dessas fontes, etapa que corresponde à leitura sistemática dos artigos objetivando um resumo da obra que apontasse as idéias centrais desenvolvidas pelos autores.

Para a sua apresentação, foi construído o quadro, presente no anexo 1.

## 1. O ENVELHECER

A população de uma nação é composta conforme o reflexo de sua dinâmica com o decorrer do tempo. Na década de 1940, a transição demográfica foi escrita pela primeira vez, e, se referia aos resultados em que as mudanças sobre as taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, provocariam no ritmo de crescimento da população. Esse processo se inicia com a queda da mortalidade, produzindo um ganho de vidas humanas em todas as faixas de idades, sendo que a estrutura etária de uma população pode não ser alterada. (VERMELHO, MONTEIRO, 2004, p.91)

Conforme Vermelho, Monteiro, (2004, p.91), para que ocorra o envelhecimento de uma população o fator decisivo é a queda da fecundidade, diminuindo relativamente à taxa da população nas faixas etárias mais jovens e aumentando o contingente populacional nas faixas etárias mais idosas. Segundo o autor, juntamente com a densidade demográfica de uma população ocorrem mudanças nos índices de morbidade e mortalidade de uma comunidade chamada de densidade epidemiológica, mudando os padrões de saúde e doença estruturada por idade, assim como determinantes socioeconômicos, ecológica e estilo de vida.

Com o avançar da idade, o indivíduo se depara com alterações provenientes do próprio envelhecimento as quais são consideradas normais nesse processo, chamada de envelhecimento intrínseco e alterações que ocorrem por fatores externos, como enfermidades, poluição do ar, luz solar, levando a um envelhecimento mais acelerado. Esses fatores externos podem ser minimizados com intervenções efetivas de saúde (BRUNNER & SUDDART, 2009, p.190).

Conforme Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), nos países em desenvolvimento são qualificados como idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, já nos países desenvolvidos os indivíduos qualificados como idosos apresentam uma idade cronológica igual ou maior que 65 anos. O envelhecimento é um processo natural de todo ser humano, ocorre de forma contínua e irreversível, se diferencia de pessoa para pessoa por fatores intrínsecos e extrínsecos.

Segundo Lebrão, (2007, p.135-140), nas últimas décadas, o Brasil vem vivenciando uma mudança no perfil de sua população, onde há uma diminuição na taxa de

mortalidade e fecundidade. Essas mudanças fizeram com que o Brasil passasse de um regime demográfico de alta natalidade e mortalidade para outro com baixa mortalidade e fecundidade, levando ao envelhecimento da população. Isso se acentuou por volta de 1950 com o declínio acentuado da fecundidade, onde as mulheres passaram de 6,2 filhos em 1940 para 2,3 filhos nos anos de 2001 a 2003.

Conforme Manganaro e Murta (2012, p.127), por meio das transformações socioeconômicas ocorridas nos países mais desenvolvidos do século passado, somente no século XX houve significantes modificações no processo de envelhecimento. Até essa data, nenhum país havia feito notificação relacionada a números tão elevados de idosos em sua população. Segundo dados do IBGE, com o envelhecimento da população, a quantidade de pessoas com 65 anos, ultrapassam os 14 milhões de pessoas. Entre 1960 e 1980 a taxa de fecundidade caiu em 33%, diminuindo assim o ritmo de nascimento ampliando a taxa da população idosa.

No Brasil, no período de 1980 a 2000, a expectativa de vida teve um aumento de 5 anos, onde o brasileiro teve a esperança de viver até os seus 68,5 (MANGANARO, MURTA, 2012, p.127).

Segundo a mesma autora, entre os períodos de 2000 a 2025 há uma expectativa média de vida para os brasileiros próxima aos 80 anos.

Para Manganaro e Murta, (2012, p.127-128), nos países do terceiro mundo, inclusive o Brasil, o processo de envelhecimento se difere dos países mais desenvolvidos, pois embora milhões de pessoas, mantém suas vidas inseridas a muita pobreza, as inovações da tecnologia da medicina proporcionam meios possíveis de prevenção e cura de doenças fatais do passado.

Conforme autoras citadas acima, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE 2010), em 2050, a vida média dos brasileiros chegará a 81 anos, o mesmo nível atual da ISLÂNDIA (81,80), Hong Kong (82,20) e Japão (82,60). Isso ocorrerá por meio dos avanços da medicina e a melhoria na qualidade de vida da população. Sendo que em 1940, a expectativa de vida ao nascer era de 45,5 anos, e, em 2008, essa expectativa sobe para 72,7; um aumento de 27,2 anos a mais de vida.

Segundo relatado por Manganaro e Murta (2012, p.156) de 1950 a 2025 conforme estatísticas realizadas pela OMS mostram que no Brasil a população idosa aumentará em 15 vezes, enquanto a população total em 5. O Brasil ocupará o sexto lugar no contingente de idosos, e, em 2025, atingirá cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos.

O envelhecimento é um processo que não tem como evitar, há teorias que acreditam que seu processo é geneticamente pré-programado. Nem sempre a idade cronológica é equivalente à idade funcional. Existem pessoas com a mesma idade cronológica, no entanto as características físicas e fisiológicas se diferem (CARVALHO e FORT 2008, apud, Neri 1995; Duarte e Apell, 2007).

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorre gradualmente concomitante com os avanços na cobertura do sistema de saúde, nas condições de moradia, saneamento básico, trabalho e alimentação. Já no Brasil, ocorre de uma forma muito rápida com desigualdades sociais, onde a economia é frágil com crescentes níveis de pobreza, e o difícil acesso aos serviços de saúde, onde os recursos financeiros são reduzidos não ocorrendo modificações nos serviços de saúde que atendam as demandas do novo grupo etário emergente (PEREIRA, et al 2006, p.27).

Segundo Pereira et al, (2006, p.28), as condições de vida e saúde do idoso deve ser avaliadas para que ocorra a implementação de propostas de intervenção em programas geriátricos assim como em políticas sociais gerais, com a finalidade de proporcionar o bem-estar de quem envelhece.

### 1.1. TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Segundo, ROACH, (2003, p.482) o processo de envelhecimento apresenta 4 características:

- 1) Todas as pessoas envelhecem, exceto quando morrem na juventude.
- 2) Mesmo sendo um processo progressivo, natural, nem todas as pessoas aparentam a idade cronológica que tem.
- 3) O processo de envelhecimento é intrínseco a natureza, parece que se origina de dentro do corpo.
- 4) Mas, também é afetado por fatores extrínsecos originados fora do corpo, acelerando o envelhecimento, como o ambiente, estilo de vida e mecanismo de enfrentamento.

Existem várias teorias tentando explicar o processo de envelhecimento, algumas se tornam obsoletas, no entanto duas teorias são destacadas: as genéticas que se referem ao envelhecimento celular abrangendo os principais sistemas, como endócrino, imunológico, entre outros. A teoria neuroendócrina é a mais significativa no processo do envelhecimento, por estar relacionada a degeneração funcional associada a idade. E a teoria estocástica relata que a perda da funcionalidade acompanhada pelo processo do envelhecimento, ocorre por acúmulo de lesões associada à ação ambiental em moléculas vitais do organismo provocando um declínio fisiológico progressivo (MANGANARO e MURTA, 2012, apud MOTTA et al 2004).

Para Figueiredo e Tonini (2006, p.34), o envelhecer é considerado um processo natural do indivíduo, e, é definido pelos biólogos como ocorrência de várias mudanças letais no organismo humano, que diminuem a possibilidade dos indivíduos sobreviverem.

Já para Moraes e Lima (2010, p.67), o envelhecimento representa uma série de consequências ou efeitos do decorrer do tempo. Biologicamente, pode ser considerado como a involução morfofuncional danificando os principais sistemas fisiológicos, não impedindo que as pessoas se mantenham ativas, independentes e felizes. Do ponto de vista psíquico, representa o saber e compreensão plena do sentido da vida.

Segundo Figueiredo Tonini (2006, p.34), a teoria imunológica do envelhecimento estaria relacionada a transformações que ocorrem durante o processo de envelhecimento, resultando em formação de anticorpos que atacariam as células do organismo, o que significa que o sistema imunológico passa a não reconhecer as células normais do organismo, das substâncias estranhas.

#### **1.1.1. Teoria do uso e desgaste**

Conforme Figueiredo e Tonini (2006, p.35), de acordo com a teoria do uso e desgaste, os teóricos acreditam que o organismo humano comporta-se como se fosse uma máquina, cujos sistemas se desgastam com o tempo e uso. E assim, esse desgaste vai diminuindo a função normal dos sistemas e parando seus mecanismos.

### **1.1.2. Teoria dos Radicais livres**

Para Figueiredo e Tonini, (2006, p.36), a teoria dos radicais livres vem explicar que o envelhecimento ocorre por formação de substâncias tóxicas encontradas em todas as células do organismo que são irreversíveis, denominadas lipofuscinas, principalmente nos neurônios e fibras musculares e impedem a difusão de substâncias nutritivas diminuindo sua vitalidade, onde ocorrem danos intracelulares resultando em deficiência fisiológica.

A teoria neuroendócrina relata a falência de forma progressiva das células que se integram com o organismo e o sistema nervoso, levando a anormalidade da homeostasia corporal, à senescência e à finitude. Segundo pesquisadores, um relógio biológico age sobre as glândulas endócrinas, principalmente a hipófise, com a finalidade de promover falhas no sistema imunológico e circulatório. E, assim, os relógios hipofisários ou celulares promovem os processos que ocorrem no ser humano como crescimento, puberdade, menopausa e envelhecimento (FIGUEIREDO e TONINI, 2006, p.37).

Segundo a mesma autora, as teorias biológicas são as mais aceitas e divulgadas no meio científico e acadêmico, portanto, os profissionais de enfermagem devem dominar tais conhecimentos trabalhando com as conquistas científicas com o objetivo de desmistificar a velhice como se esta fase fosse somente de perdas. É importante estabelecer uma relação de ajuda, promovendo o bem-estar e incluir esses idosos nas políticas públicas de saúde, sendo esta uma forma positiva de ver o envelhecimento da população brasileira como uma conquista social e não considerar a doença e os idosos como fontes de prejuízo para o estado (FIGUEIREDO e TONINI, 2006, p.68)

## **1.2. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS**

Durante o envelhecimento ocorrem alterações celulares e extracelulares que modificam a aparência física, além de reduzir as funções do organismo. A aparência e o formato do corpo são alterados, o organismo sofre um declínio na capacidade de manter a homeostasia por envelhecimento celular, e os sistemas orgânicos não

funcionam plenamente por déficit tecidual e celular (BRUNNER & SUDDARTH, 2009, p.192).

Para Eliopoulos (2005, p. 75), as alterações ocorridas no organismo são de ordem celular, onde há uma redução nas células funcionais; assim, a massa corporal e óssea é diminuída, o tecido adiposo aumenta até a sexta década de vida duplicando a gordura corporal em proporção à composição do corpo, o líquido intracelular é diminuído, assim como o líquido orgânico, tornando a desidratação um risco para o idoso. Para o autor, algumas alterações mais notáveis no processo de envelhecimento começam aos 40 anos de idade, onde nos homens ocorre a queda de cabelo e em ambos os sexos os cabelos brancos e o enrugamento da pele.

### **1.2.1. Sistema Tegumentar**

Para Brunner & Suddart, (2009, P.192) no sistema tegumentar são visíveis grandes modificações no processo de envelhecimento. A pele, que exerce a função de proteção, regulação térmica, sensibilidade e excreção, durante esse processo tem suas funções e aspecto alterado. Diminui-se o número das fibras elásticas e o colágeno se torna mais rígido. É diminuído também o tecido adiposo subcutâneo, principalmente nos membros. O aporte sanguíneo é reduzido por diminuir o número de capilares. E, assim, por ocorrência dessas alterações, observa-se a perda da elasticidade, enrugamento e flacidez da pele. E com tantas alterações ocorre a intolerância ao extremo de temperatura e exposição ao sol. Segundo os autores, uma estratégia para a promoção do bem estar da pele inclui: evitar ficar exposto ao sol, hidratar a pele com cremes, evitar banhos de imersão prolongados, ingerir de 8 a 10 copos de água por dia.

Já para Eliopoulos (2005, p.89), os fatores que influenciam a forma normal no processo de envelhecimento da pele, são a dieta, a saúde geral, a atividade e os fatores hereditários. Assim ocorre o espessamento e a vascularidade da derme, degeneração das fibras de elastina, as fibras de colágenos tornam-se mais ásperas e aleatórias, reduzindo assim a elasticidade da pele. A pele fica menos elástica, mais seca e frágil e com perda da gordura subcutânea, as rugas e flacidez passam a ser evidentes.

### **1.2.2. Sistema ósseo**

Segundo Brunner & Suddart (2009, p.194), uma alteração comum no processo de envelhecimento é a perda da massa óssea, e, isso se inicia por volta dos 40 anos de idade e é caracterizado pelo desequilíbrio na modelagem e remodelagem, por aumento da atividade dos osteoclastos ou diminuição das atividades dos osteoblastos, resultando em osteoporose. É mais evidente nas mulheres após menopausa, por ingestão inadequada de cálcio e perda de estrogênios.

Eliopoulos, (2005, p.83), afirma que a massa e o conteúdo mineral presente no osso são reduzidos, tornando o osso quebradiço, o cálcio é menos absorvido o que leva ao aumento de fraturas em pessoas idosas, em especial as mulheres, os discos se afinam e ocorre o encurtamento das vértebras, ocorrendo o encurtamento da coluna, levando a uma redução na estatura do indivíduo com o avançar da idade.

### **1.2.3. Sistema Nervoso**

Conforme Tibo (2007), uma das alterações mais importantes que leva a grandes alterações no indivíduo no processo de envelhecimento ocorre no cérebro. A massa encefálica é reduzida por perda neuronal. O cérebro diminui 5% aos 70 anos e 20% aos 90 anos de idade. Nota-se o acúmulo de um pigmento, a lipofusina no interior dos neurônios. Os dendritos se deformam e reduzem, em números, a velocidade da condução nervosa e os reflexos posturais também são reduzidos.

Já para Eliopoulos, (2005, p.83), é difícil identificar exatamente quando ocorre o envelhecimento no sistema nervoso, já que os problemas cardiovasculares podem reduzir a circulação cerebral, sendo responsável pela disfunção cerebral. O cérebro reduz o seu peso e ocorre a redução do fluxo sanguíneo para ele não afetando o raciocínio e o comportamento. Há redução no número de célula nervosa, o metabolismo e a velocidade da condução nervosa tornam-se mais lentos, resultando em reflexos mais lentos e respostas demoradas aos estímulos.

## **2. QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Para Figueiredo e Tonini, (2006, p.111) O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que vem se intensificando desde a década de 1960, e, as autoridades governamentais devem requerer uma atenção especial decorrente de problemas sociais, econômicos e políticos, com a finalidade de proporcionar uma melhor qualidade de vida para quem envelhece.

Segundo Pereira et al, (2006), as condições de vida e saúde do idoso devem ser avaliadas para que ocorra a implementação de propostas de intervenções em programas geriátricos, assim como em políticas sociais gerais, com a finalidade de proporcionar o bem-estar para as pessoas que alcançam uma longevidade maior, com uma melhor qualidade de vida.

Segundo OMS (2006), para se ter uma boa saúde, o estilo de vida adotado pelas pessoas é um dos fatores mais importantes. São costumes que as pessoas adotam no seu dia a dia, como exemplo podemos citar: alimentação, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, as práticas de atividade físicas, são ações que quando conscientizadas pelo indivíduo, são passíveis de serem modificadas. A OMS ainda deixa claro que as práticas de atividades físicas são um excelente meio de promoção á saúde, e, minimizam os fatores de risco prejudiciais a saúde, que alteram a qualidade de vida.

Ainda conforme relato da OMS, (2006), a prática de atividades físicas só proporcionará os benefícios necessários, se forem realizadas de forma corretas e contínuas. Portanto, é de suma importância entender os benefícios e motivar as pessoas a permanecerem nessa prática. Ainda ressalta que a atividade física praticada regularmente mantém a funcionalidade do indivíduo por reduzir os efeitos deletérios ocasionados pelo envelhecimento.

Conforme diretrizes da promoção de saúde, um dos componentes de maior importância para que o indivíduo adquira um estilo de vida saudável e uma melhor qualidade de vida é por meio das práticas de atividade física. Mas, mesmo com todo esse conhecimento, ainda é grande a prevalência das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) (OMS, 2006).

Segundo Pereira et al, (2006, p.28) O termo qualidade de vida, na literatura médica, vem sendo associado a vários significados, como condição de saúde e

funcionamento social. É bastante amplo e complexo esse conceito englobando a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e reação com as características do meio ambiente.

Conforme Maciel, apud. Brasil (2006), as doenças e agravos não transmissíveis (DANT), quando se manifestam podem diminuir a funcionalidade do idoso e dificultar ou não permitir o desempenho das atividades cotidianas independentes, mesmo não sendo fatais, geralmente afetam de forma significativa a qualidade de vida do indivíduo. Manter a autonomia e independência é uma meta primordial a ser alcançada.

Nas preocupações do dia a dia, saúde é um dos requisitos muito presente, envolvendo a forma de cuidados, de hábitos, preservação da capacidade funcional e desempenho das atividades diárias, comportando variáveis objetivas e subjetivas, não se restringindo a ausência de doenças. Sendo assim, a existência de doenças crônicas controláveis não impede a percepção de vida com qualidade. (ALMEIDA, MOCHEL e OLIVEIRA, 2011)

Para Pereira, et al ( 2006), os indivíduos tem a percepção que a qualidade de vida reflete nas necessidades, se estão sendo satisfeitas, ou ainda que lhes estejam sendo negado o direito de serem felizes e de se alto realizarem no seu estado de saúde físico nas condições sociais e econômicas com independência.

Segundo Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011), a autonomia e independência são fatores primordiais que favorecem o idoso a ter uma boa qualidade de vida sendo que a autonomia é uma habilidade para a tomada de decisão e a independência é a capacidade de poder realizar as atividades da vida diária sem depender de terceiros. A capacidade funcional dos idosos é a maior influencia como fator de impacto do domínio físico na qualidade de vida.

Já para Maciel (2010), a melhoria da qualidade de vida e da independência do idoso, depende da adoção de um estilo de vida ativo o que proporciona vários benefícios à saúde. Segundo o autor, para que o idoso adquira uma boa qualidade de vida e mantenha sua independência funcional é muito importante que adote hábitos saudáveis e um estilo de vida bastante ativo, fator fundamental que garante uma longevidade com qualidade. Entender os benefícios biopsicossociais que ocorrem

com as práticas de atividade física é de fundamental importância assim como compreender os fatores que influenciam sua adesão e manutenção.

Segundo Almeida, Mochel e Oliveira (2011), a senescência se manifesta de forma diferente em cada indivíduo, ocorrência natural do processo do envelhecer, a dinâmica de viver, sentir-se velho é uma experiência que põe à prova crenças, planos, desejos e as percepções. Conforme os mesmos autores, cada indivíduo passa por essa fase da vida de forma única, levando em consideração sua história particular, os elementos que de alguma forma se unem para sua construção como: classe, gênero, etnia, saúde, educação, sua cultura e condições sociais e econômicas.

O homem sempre teve preocupações com seu envelhecimento, mas isso despertava o desejo de ter uma vida longa e prazerosa. Nas últimas décadas, ocorreram muitas pesquisas relacionadas ao aumento da idade cronológica e isso se tornou uma questão social muito discutida em diversos países do mundo. Por meio das técnicas preventivas de tratamento das diversas patologias que acometem o indivíduo, o tempo de vida das pessoas tem aumentado de forma significativa. Sendo assim, essa nova perspectiva de vida permite o convívio social de um grande número de pessoas longevas, com a expectativa de viver bem, tendo uma qualidade de vida e bem estar subjetivo (RESENDE, 2010 et al, apud, ARAUJO e CARVALHO, 2004; VERAS, 2009).

Segundo Santos e Pavarine (2011), Há estudos que relatam que idosos com baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade são mais dependentes funcionalmente por falta de recursos físicos e psicológicos. As atividades sociais e culturais envolvidas com os idosos promovem uma melhor qualidade de vida, e o enfermeiro deve ter a habilidade de realizar ações, que retardam o aparecimento da incapacidade funcional do idoso, diminuindo o número de idosos dependentes.

Conforme Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011), é importante que a enfermagem atue na equipe multidisciplinar no processo educativo com idoso e familiar, visando estabelecer a sua independência funcional, prevenindo complicações secundárias, promovendo uma adaptação ao idoso e familiares a nova situação.

Já para Pereira, et al (2006, p.28), qualidade de vida possui várias vertentes, é um conceito popular amplamente utilizado na atualidade, relacionado a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, sistema de saúde, apoio social, entre outros. Sendo que na literatura médica, o termo qualidade de vida está relacionado a condições de saúde e funcionamento social.

Segundo Parayba e Veras (2008), a limitação dos idosos pode ser mensurada de diversas formas, uma delas é por meio do relato de dificuldade ou quando se observa a necessidade de ajuda nas tarefas básicas de cuidados pessoais e nas mais complexas que são indispensáveis para viver independentemente na sociedade.

Conforme Santos, et al, (2008), no Brasil, a regulamentação da política nacional do idoso foi estabelecida por meio da Lei, nº 8.842/96 e teve como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, e promover condições como autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, confirmando que é de direito do idoso o atendimento à saúde nos diversos níveis de atendimento. No ano de 2003, por meio da Lei nº 10.741, foi instituído o Estatuto do Idoso, que rege que o Estado é obrigado a garantir a proteção à vida e saúde dos idosos, com promoção de políticas sociais públicas que garantam um envelhecimento saudável, em condições de dignidade.

Em 2006, surge o Pacto pela vida, sendo a prioridade inicial a saúde do idoso com várias diretrizes, entre elas a promoção para um envelhecimento mais ativo e saudável, atenção integral e integrada a saúde do idoso, serviços de atenção a domicílio, acolhimento em unidade de saúde por critério de risco, formar profissionais e manter uma educação permanente na área de saúde do idoso, divulgar as informações sobre as políticas de saúde do idoso para todos os profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, promover e cooperar a nível nacional e internacional com as experiências relacionadas a saúde do idoso com apoio e desenvolvimento de estudos e pesquisas (SANTOS et al, 2008).

Conforme Melo, et al, (2009), com o Estatuto do Idoso, é assegurado a atenção integral à saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a essa população o acesso universal e igualitário com desenvolvimento de ações e serviços para promover a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. O idoso

tendo um acesso de qualidade ao serviço de saúde, sem dúvida, isso é um fator fundamental que garante uma qualidade de vida satisfatória no processo de envelhecimento.

Segundo Manganaro, Murta, p.162, (2012), deve ser desenvolvida ações de orientações aos indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância de melhorar as suas capacidades funcionais, adotando hábitos de vida saudáveis e deixar os comportamentos nocivos à saúde. Entre os hábitos mais saudáveis, em destaque, pode ser citada uma alimentação adequada e balanceada, a prática regular de exercícios físicos, a convivência social, e uma atividade ocupacional prazerosa minimizando o estresse. E, quanto aos hábitos nocivos, que devem ser orientados e estimulados a serem eliminados, merece destaque o tabagismo, alcoolismo e a automedicação. São processos educativos e informativos contínuos em todos os níveis do SUS.

Conforme Melo, et al,(2009), o termo qualidade de vida é bastante comum entre a população, porém de difícil conceituação. É um termo complexo por ter um significado específico para cada indivíduo ou grupo social. Alguns autores consideram o termo qualidade de vida como um conceito universal e cultural, segundo eles, independente da época, nação ou cultura o essencial é que as pessoas estejam bem psicologicamente, com boas condições físicas, estejam integradas na sociedade e sejam independentes funcionalmente, ou seja, realizando suas atividades diárias sem ajuda de terceiros.

### **3. ALTERAÇÕES COGNITIVAS**

Conforme citado por Morais, Morais e Lima, (2012, p.69) O envelhecimento biológico é implacável, ativo e irreversível e existe evidência que esse processo é de natureza multifatorial, depende de programação genética e alterações em nível celular. Assim, o envelhecimento cerebral normal é iniciado a partir da segunda década de vida, onde ocorre um declínio discreto, lento e progressivo levando a diminuição do seu volume e com o passar dos anos diminui sua capacidade funcional, podendo ocorrer alterações cognitivas significativas no indivíduo. Conforme os autores, cognição é o funcionamento intelectual do ser humano, onde é processada a percepção, o raciocínio, a memória, atenção, a tomada de decisões, solução de problemas, formação de conhecimentos que são fatores necessários para a realização das atividades da vida diária.

Para Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011), entre os idosos, o declínio da cognição que ocorre durante o processo de envelhecimento, com início e progressão variável, está relacionado com as perdas biológicas que sofreram no decorrer do tempo e a própria cultura do indivíduo. E são caracterizados por lentidão leve, generalizada e perda da precisão comparada com pessoas mais jovens. E, assim, por diminuir a capacidade cognitiva, em vários casos, o idoso não tem condições de realizar as atividades da vida diária e isso ocorre com mais frequência na população com baixo nível de escolaridade.

Já para Clemente (2008), durante o processo de envelhecimento normal pode estar presente o declínio cognitivo que não chega a interferir nas atividades diárias do indivíduo. Esta alteração ocorre por diminuir a velocidade de processamentos de informações e de mudanças em certas habilidades específicas da cognição de modo especial à memória, atenção e atividades executivas.

Conforme Santos, Pavarini, (2011), é comum entre a população idosa a demência, considerada doença crônica não transmissível, sendo que sua prevalência aumenta com a idade e por meio dessas ocorrem os déficits cognitivos que levam ao declínio da capacidade funcional do idoso, onde ocorre a diminuição ou a perda das habilidades de realizarem as atividades necessárias do dia a dia, como tomar banho, vestir-se, fazer compras entre outras. Esse declínio pode levar à dependência

funcional até atingir todos os domínios da capacidade do idoso, e, assim, a perda da capacidade de cuidar de si próprio e de responder pelos seus atos.

Segundo Moraes, Moraes, Lima (2011,p.69), existe uma grande dificuldade relacionada ao envelhecimento que se refere ao limite entre a alteração cognitiva normal e patogênica. Algumas habilidades cognitivas são modificadas em relação ao tempo, enquanto outras permanecem inalteradas. Com o avançar da idade, ocorre o declínio em algumas habilidades como: memória de trabalho, velocidade de pensamento e habilidades visoespaciais. Enquanto que as habilidades que se mantêm inalteradas são inteligência verbal, atenção básica, habilidade de cálculo e a maior parte das habilidades de linguagem.

Para Figueiredo e Tonini, (2006 p.280), o declínio normal da memória do idoso, ocorre discretamente e de forma predominante na memória operacional ou de trabalho, sendo que o conhecimento e o aprendizado também sofrem declínio com a idade, ainda assim é possível ao idoso normal aprender e manter a memória na maior parte das exigências do cotidiano.

Conforme Figueiredo, Tavares e Rodrigues (2011), uma das diretrizes da política nacional da saúde do idoso, é a promoção do envelhecimento mais ativo e saudável, onde tem como objetivo principal manter a capacidade física e mental da pessoa idosa. Sendo assim, durante a assistência de enfermagem devem ser adotados meios que avaliem a função cognitiva e a capacidade funcional com a finalidade de detectar as morbidades adquiridas pelos idosos, contribuindo para o planejamento de ações individuais que detectam precocemente os déficits cognitivos e funcionais do indivíduo.

Para Figueiredo, Tonini, (2006 p.289), manter o funcionamento cognitivo e o bem-estar emocional é papel fundamental da enfermagem no cuidado da pessoa idosa. O enfermeiro deve promover um relacionamento terapêutico sólido para que o cuidado seja efetivo, sendo um dos aspectos fundamentais a empatia e a assertividade. Deve ser realizada uma entrevista cuidadosa visando obter dados para a intervenção direcionada a promover a independência máxima para o idoso, embasada em suas habilidades e capacidade funcional.

Já para Valcarenghi, et al, (2006), deve haver uma investigação minuciosa, pelos profissionais de saúde, sobretudo pelo enfermeiro, em relação à cognição dos idosos, visto que as demências significam um sério problema de saúde pública, onde as manifestações são bastante complexas e de evolução prolongada, e trazem consequências, tanto para o idoso, quanto para familiares e cuidadores envolvidos.

Segundo Clemente, Filho, (2008), ultimamente vem sendo muito discutido o comprometimento cognitivo leve, onde ocorre certo grau da perda cognitiva, comparados com pessoas que tem a mesma idade cronológica, não sendo considerada demência, mas em certos casos podem representar os primeiros sintomas para a evolução da doença de Alzheimer. No processo de envelhecimento normal, segundo alguns estudos, a taxa de evolução para a doença chega a ser de 10 a 15% ao ano, isso nas pessoas que apresentam um certo grau de perda cognitiva, sendo que as pessoas da mesma faixa etária que não apresentam essa perda cognitiva tem uma pequena porcentagem de adquirirem a doença, cerca de 1 a 2 % ao ano.

Conforme Cancela, (2008), estudos relacionados ao desempenho intelectual dos indivíduos mostram que aptidões cognitivas atingem seu pico aos 30 anos, e se mantêm inalteradas até a idade de 50/60 anos, após a sexta década começa o seu declínio, que se torna mais acelerado após os 70 anos.

Para Clemente, Filho, (2008), entre a população idosa é alta a prevalência de queixas de declínio da memória, apresenta uma variação de 22 a 56%, e são as alterações cognitivas mais evidentes durante o processo de envelhecimento não patológico, sendo as áreas mais afetadas a memória de trabalho e a memória episódica. Segundo o autor, as memórias de procedimentos e semântica costumam estar relativamente preservadas, enquanto a memória episódica se refere a informações mais recentes relacionadas a situações ocorridas no cotidiano dos indivíduos, sendo o seu comprometimento, o principal responsável pelas queixas de esquecimentos na população idosa. Conforme tabela abaixo:

SISTEMAS DE MEMÓRIA	EXEMPLOS
Memória episódica	Lembrar-se de pequena história, ou o que comeu no jantar na noite anterior, ou o que fez no último aniversário
Memória semântica	Saber a cor de um leão, diferenciar o garfo da colher.
Memória de procedimentos	Mudança de marchas ao dirigir um carro, andar de bicicleta, ler.
Memória de trabalho	Realização de cálculos matemáticos

**Tabela 1 – Exemplos de memória. Adaptada por BUDSONET et al 2005 p. 69.**

Conforme Charchat-Fichiman, et al, (2005), uma grande parte da população idosa não apresenta declínio cognitivo, mas apenas uma trajetória estável e benigna, observa-se o déficit cognitivo na população idosa que apresenta diagnóstico para DA ou aquelas que evoluirão com o decorrer do tempo para a doença. Sendo que o declínio cognitivo da memória anterógrada, principalmente nas tarefas de aprendizagem, é um dos fatores preditivo mais importantes para o diagnóstico da doença de Alzheimer.

Para Valcarenghi, et al, (2011), as alterações que ocorrem com a memória são os sintomas que, na maioria das vezes, estão relacionadas com o aumento da idade cronológica. Durante a senescência, a manutenção de uma boa memória é de fundamental importância, pois favorecem um envelhecimento com autonomia e independência. Os sintomas referidos pelos idosos ou cuidadores como a perda ou declínio da memória não devem ser avaliados isoladamente, visto que a ansiedade, os transtornos de humor, isolamento social, assim como outros fatores, podem estar presente na vida do indivíduo comprometendo a saúde e levando a um declínio cognitivo.

Sobre alteração cognitiva, Clemente, Filho, (2008), considera que de uma forma geral, segundo estudos relacionados ao desempenho cognitivo imagina-se um contínuo de perdas que se inicia com deficiências brandas, podendo evoluir para quadros mais graves, caracterizando as síndromes de demências. Sendo o principal fator nos casos de demência, as perdas que são demasiadamente grandes, levando a incapacidade do indivíduo de realizar as atividades da vida diária, resultando na perda da autonomia e independência.

Já para Charchat-Fichiman, et al (2008), o quadro de demência, diagnosticado precocemente, tem possibilidade de intervenção terapêutica, reduzindo níveis de estresse familiar, risco de acidentes, prolonga a autonomia, e, em alguns casos, pode evitar ou retardar o início do processo de demências.

Conforme Parayba, Veras ( 2008), nos países mais desenvolvidos, a avaliação da população idosa apresenta uma redução na prevalência do declínio funcional desse grupo etário. Segundo os autores, as causas são multifatoriais: avanço da tecnologia médica, melhores condições socioeconômicas, aumento do nível educacional e mudança ocupacional, hábitos de vida mais saudáveis, mudanças no padrão epidemiológico da população com declínio acentuado das doenças infecciosas ocorridas na infância que, por muitas vezes, determinavam limitações e dificuldades funcionais na vida adulta do indivíduo. Segundo os mesmos autores, no Brasil algumas dessas mudanças estão longe de ocorrer, sendo que grande parte dessa população passa essa fase da vida inserida em instituições frágeis em contexto de pobreza, desigualdade social e de processo de envelhecimento acelerado.

Conforme Santos e Pavarini, (2011), observa-se que as pessoas idosas que estão inseridas em um contexto de pobreza estão mais sujeitas a apresentarem um declínio cognitivo, levando a uma dependência funcional, do que os que não são pobres. Esses idosos estão mais expostos ao risco de adoecerem e morrerem em consequência da situação econômica precária em que vivem.

Para Ferreira, et al, (2011), a grande maioria dos casos de déficit cognitivo na pessoa idosa pode estar relacionado a incapacidade funcional do desempenho das atividades da vida diária, em especial em indivíduos com baixo nível de escolaridade. Adverte a necessidade de ferramentas que avaliem a função cognitiva e a capacidade funcional do idoso na qual obterá auxílio para planejar uma atenção à saúde dispondo de meios a desenvolver ações terapêuticas e de reabilitação de forma individual, e, também garantir assistência à família. Segundo o autor, no Brasil esse método não faz parte da rotina dos serviços de saúde, incluindo os diferentes níveis de atendimento ao idoso.

### 3.1. MAL DE ALZHEIMER

Conforme Brunner & Suddart, (2009, pg. 202), Alzheimer é uma patologia que acomete os indivíduos por ocorrer um distúrbio neurológico onde a degeneração é progressiva e irreversível. A doença se manifesta de forma sutil com declínios graduais das atividades cognitivas e modificação de comportamento e afeto. De acordo com os autores, a história da doença de Alzheimer e a síndrome de Down na família, são fatores de risco constituídos para a doença de Alzheimer.

Conforme Oliveira, et al, (2005), entre todas as pessoas com quadro clínico de demência de 50 a 70% tem a doença de Alzheimer. A demência é caracterizada por declínio progressivo da capacidade cognitiva em que a memória, reflexão, concentração, capacidade de aprendizagem se encontram reduzidas podendo evoluir para a deterioração da personalidade. A patologia pode aparecer de forma súbita em pessoas mais jovens, no entanto, frequentemente seu desenvolvimento acontece de forma lenta em pessoas com mais de 60 anos e vai se agravando com o passar do tempo. Segundo os autores, Alzheimer é uma doença degenerativa que destrói células cerebrais de forma lenta e progressiva, seu nome vem do psiquiatra e neuropatologista alemão ALOIUS ALZHEIMER, que em 1906, foi o primeiro que descreveu os sintomas e os efeitos neuropatológicos da doença, tais como: placas senis e entrançados no cérebro.

Para Fornari et al ( 2010 ), a doença de Alzheimer prevalece entre 60 a 80 % em meio as síndromes de demências, ocorre geralmente após os 60 anos, o tratamento é tão somente para amenizar os sintomas, não há cura, a doença evolui progressivamente. Um dos primeiros sintomas é a perda da memória; no primeiro momento ocorrea perda da memória episódica (eventos recentes), vai evoluindo, e com o passar do tempo, compromete também a memória semântica (vocabulário) e a memória de trabalho ou operacional (nº de telefone, nomes) que estavam preservadas.

Já para Domingues, Santos e Quintans (2009), o objetivo do tratamento da doença de Alzheimer não é a cura, mas sim retardar a evolução da doença e alguns sintomas, uma vez que a cura ainda não é possível. Os portadores da doença de Alzheimer devem receber tratamento farmacológico conforme o estágio da doença e

um acompanhamento multiprofissional, prestando uma assistência integral ao portador da doença e também aos seus cuidadores.

Segundo OLIVEIRA et al (,2005), no início da doença as alterações da memória e as dificuldades intelectuais ocorrem de forma leve, não sendo percebidos, tanto para o portador da doença, como para a família e amigos. Conforme a doença evolui, os sintomas são mais evidentes, dificultando o trabalho de rotina e as atividades da vida social. As atividades da vida diária ficam prejudicadas de tal maneira que há necessidade de ajuda para tomar banho, vestir-se, se alimentar, ficando totalmente dependente de cuidados de outras pessoas. Conforme o autor, Alzheimer não é uma doença infecciosa ou contagiosa, mas sim uma doença terminal, por degradar de forma geral a saúde do indivíduo. Sendo a causa de morte mais frequente a pneumonia, pois conforme a doença evolui ocorre a deterioração do sistema imunológico, o qual não responde conforme a necessidade do organismo, levando a perda de peso, aumentando o risco de infecções do sistema respiratório, levando a uma pneumonia.

Conforme relatado por Oliveira, et al (2005,p.7), para o diagnóstico da doença de Alzheimer, existem três possibilidades: A doença de Alzheimer Possível, Provável e Definitiva.

- **Doença de Alzheimer possível:** Na presença de sintomas clínicos e declínio de duas ou mais capacidades da função cognitiva, como a memória, pensamento, linguagem e ainda outra patologia, que não esteja relacionada com demência, tornando assim duvidoso o diagnóstico para a doença de Alzheimer.
- **Doença de Alzheimer provável:** Na ausência de uma segunda patologia e presença dos mesmos sintomas descritos, na doença de Alzheimer possível é considerado como um provável diagnóstico. (OLIVEIRA, et al, 2005).
- **Doença de Alzheimer definitiva:** Para confirmação da doença de Alzheimer com absoluta certeza, é necessária a identificação de placas senis e emaranhadas neurofibrilares, peculiares no cérebro do indivíduo com a doença, isso só é possível com biópsia ou autópsia pós-morte. (OLIVEIRA, etal, 2005).

Para Fornari, et al (2010), o diagnóstico da doença de Alzheimer é evidenciado por sintomas típicos da doença, assim como uma anamnese e exame neurológico minucioso, sendo priorizado o exame das funções cognitivas. Conforme o autor, o diagnóstico é fundamentado em probabilidade, sendo que a certeza diagnóstica só é possível por meio de análise histopatológica em autópsia. No entanto, estudos demonstram que a acurácia entre exames clínicos e anatomopatológicos chegam a 87%, assim sendo a função dos exames laboratoriais e neuroimagem são de exclusão para outras hipóteses diagnósticas.

Segundo a Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar (2011), para que seja determinado o diagnóstico de doença de Alzheimer os profissionais de saúde devem realizar uma anamnese rigorosa com informações precisas do cuidador, exames clínicos e exame físico dando ênfase na avaliação cognitiva. Após a avaliação, que deve ser minuciosa, o diagnóstico da doença será considerado provável, possível ou definitivo (após biópsia ou necropsia). Deve-se pensar em Alzheimer quando o cliente é acometido por diversos declínios da capacidade cognitiva, como o comprometimento da memória (capacidade de aprender novas informações ou lembrar informações aprendidas) déficit cognitivo: afasia, apraxia, distúrbio da capacidade funcional (participantes APOLINÁRIO, et al, 2011).

Segundo Clemente, Filho, (2008), é necessário que ocorra avanço na tecnologia e tratamento farmacológico, com capacidade de impedir a evolução da perda cognitiva progressiva, pois ainda é um desafio para os clínicos identificarem os indivíduos com declínio cognitivo que evoluirão para demência. Sendo assim, a academia americana de neurologia aconselha o acompanhamento e monitorização dos pacientes que apresentarem quadro clínico compatível com doença de Alzheimer, pois a detecção precoce da doença permite a preparação da família e intervenções que possam diminuir o sofrimento do paciente. Para minimizar o problema apesar de poucos recursos diagnósticos e terapêuticos os profissionais de saúde devem ser alertados e treinados, a fim de reconhecer os sinais e sintomas, do declínio cognitivo, e, assim iniciar uma investigação diagnóstica mais sucinta, podendo encaminhar com brevidade esses pacientes a centros mais especializados, o que trará benefícios para paciente, família e comunidade.

#### **4. PAPEL DO ENFERMEIRO NA QUALIDADE E VIDA DO IDOSO**

Segundo Ribeiro, (2011) O enfermeiro como integrante de uma equipe de saúde deve ter a habilidade de promover uma assistência aos idosos voltados para a educação em saúde priorizando o auto cuidado com autonomia, onde a pessoa idosa possa realizar as atividades da vida diária. Procurar conhecer o processo da senescência para que a assistência ao indivíduo seja de melhor qualidade tendo como resultado saúde física, psicológica e redução do grau de dependência.

Os cuidados de enfermagem promovem a educação em saúde, orientações, intervenções e supervisão das ações. Para que seja promovida uma assistência humanizada à pessoa idosa, o enfermeiro deverá planejar e programar suas ações, acompanhando e conhecendo seus hábitos de vida, seus valores éticos, culturais e religiosos, promover educação continuada conforme necessidade, desenvolver atividade em saúde à pessoa idosa (Ribeiro, 2011, apud Brasil, 2006).

Conforme Santos e Pavarine, (2011), durante a assistência o enfermeiro deve realizar promoção à saúde realizando ações que retardem o declínio da capacidade funcional e também promover as reabilitações quando estas forem detectadas para diminuir os casos de pacientes idosos dependentes. As atividades sociais e culturais podem ser desenvolvidas para proporcionar uma melhor qualidade de vida à pessoa idosa.

Para Valcarenghi, et al (2011) é necessário que o enfermeiro capacite sua equipe de enfermagem para adquirirem habilidade ao desenvolverem ações de cuidados com a pessoa idosa sendo mais sensíveis, responsáveis e seguros. O enfermeiro é o profissional responsável em realizar os cuidados de maior complexidade.

No desenvolvimento da assistência ao idoso o enfermeiro deve estabelecer um contato mais humanizado, não se preocupando apenas com os procedimentos técnicos, manter um relacionamento amigável com o cliente e familiares, podendo ser realizado de várias formas, entre elas podemos citar o toque que proporciona conforto e calor humano, mostrando que o paciente não se encontra sozinho neste momento de dor e o sofrimento (MURTA, 2012 apud Dias, et al, 2008, p. 115).

Os cuidados de enfermagem promovem a educação em saúde, orientações, intervenções e supervisões das ações de enfermagem. Para que seja promovida

uma assistência humanizada a pessoa idosa, o enfermeiro deverá planejar e programar suas ações, acompanhando e reconhecendo seus hábitos de vida seus valores éticos, culturais e religiosos. Promover uma educação continuada, conforme a necessidade desenvolver atividade em saúde à pessoa idosa (RIBEIRO, 2011, Brasil, 2003).

O enfermeiro deve assistir a pessoa sã ou doente com o objetivo de recuperar a saúde ou nos momentos mais difíceis, como na morte. É papel do enfermeiro estimular o auto cuidado do idoso, preservando sua independência ou quando necessário, ajudá-lo nas suas necessidades básicas da vida diária. (ROSALINA, 2007, pg. 118).

A enfermagem como disciplina deve elaborar estratégia para o cuidado humano e instruir sobre o auto cuidado, proporcionando uma melhor qualidade de vida visando à manutenção da autonomia e independência (SANTOS, et al, 2008).

Um dos papéis mais importante do enfermeiro é a prevenção de doenças, onde o mesmo é capacitado para realizar orientações para o cliente, família e comunidade. A vacina é um dos principais meios de prevenir doenças como a gripe, pneumonia e tétano, visto que a população idosa é bastante vulnerável, em decorrências dos declínios imunológicos que acontece com o aumento da idade cronológica. Assim, também como uma alimentação saudável, atividades físicas e interação com a família e comunidade são fatores que favorecem uma melhor qualidade de vida na senescência, e o enfermeiro deve planejar e realizar ações neste sentido promovendo a saúde, o auto cuidado minimizando as riscos de dependência da população idosa.

Conforme Figueiredo, Tonini (2008, p.346), é de responsabilidade do enfermeiro contribuir com a educação da população de modo geral, mudando certas atitudes preconceituosas e percepção sobre o envelhecimento. Reconhecer e excluir atitudes de prejulgamento, entender o que ocorre durante esse processo que é inerente ao ser humano.

O enfermeiro tem a habilidade de reconhecer os declínios que ocorrem no processo de envelhecimento e está capacitado a orientar o cliente e familiar, quanto às dificuldades encontradas durante o processo, pois o idoso já passou por todas as

fases, sendo a senescência o início da finitude, e tem o direito de ser tratado com respeito e dignidade.

## 5. DISCUSSÃO

Em conformidade com relatos de autores pesquisados, o aumento da idade cronológica é um fato real em todo mundo. No Brasil isso ocorre devido a transição demográfica sendo mais acentuado na década de 60, tendo como o fator fundamental o declínio fecundidade e natalidade, assim como melhores condições socioeconômicas, estilo de vida mais saudável e avanço na tecnologia médica.

A OMS, 2006, preconiza que nos países em desenvolvimento, o idoso é a pessoa com idade igual ou maior que 60 anos, já nos países desenvolvidos é qualificado como idoso a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos.

Já Cancela (2007), apud Fontaine (2000), afirma que não é possível datar o início do envelhecimento, já que ele ocorre de várias formas, como na idade biológica, social e psicológica não apenas na idade cronológica. E, para SHNEIDER, IRIGARAY, (2008) a idade cronológica passa a ser apenas uma forma padrão de contar os anos vividos uma vez que a saúde e grau de dependência ocorrem de forma distinta entre as pessoas, segundo o autor, conforme estudos, outros acontecimentos, na vida pessoal, familiar e profissional favorecem a mudanças.

Conforme relatado por Manganaro e Murta, (2012) dados do IBGE, 2012, a vida média dos brasileiros chegará aos 81 anos, em 2050, com o mesmo nível de ISLÂNDIA (81,8) Hong Kong (82,2) e Japão (82,6). Visto que no Brasil em 1940 a expectativa de vida era de 45,5 anos e em 2000 subiu para 72,5 anos, um acréscimo de 27,5 anos.

Segundo Manganaro, Murta (2012, p.127), no período de 1980 a 2000, a expectativa de vida no Brasil aumentou em 5 anos, e a esperança de vida para os brasileiros chegou aos 68,5 anos. E, ainda faz previsão que do ano 2000 até 2025 a expectativa de vida média para os brasileiros se aproxime dos 80 anos.

Para Pereira, et al (2006), nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorre junto com os avanços na cobertura dos sistemas de saúde, condições de moradia, saneamento básico, trabalho e alimentação saudável. No Brasil, o envelhecimento acontece de forma rápida com desigualdade social, economia frágil, recursos financeiros reduzidos, serviços de saúde precários, não atendendo a demanda da população idosa.

Segundo Figueiredo, Tonini, (p. 37, 2006), várias teorias foram descritas sobre o envelhecimento, no meio científico a mais aceita é a teoria biológica, com o decorrer da idade, há o envelhecimento celular e assim a redução das funções do organismo.

Conforme Tibo (2006), as características do envelhecimento são observadas pela queda das funções do organismo, e uma das alterações mais importante são as que ocorrem no cérebro, levando a declínios cognitivos considerados normais na senescência, podendo evoluir para quadros mais graves, causando a dependência do indivíduo.

Já para Pereira, et al( 2006) Deve haver uma avaliação sobre as condições de vida e saúde do idoso com propostas de intervenções em programas geriátricos e políticas sociais gerais, visando proporcionar o bem estar para as pessoas longevas com melhor qualidade de vida.

Observa-se que junto com o aumento da idade cronológica cresce também o número de casos de demência, como a doença de Alzheimer. Segundo o autor, existe a previsão que no ano de 2025 haverá mais de 34 milhões de casos de doença de Alzheimer no mundo (DOMINGUES, SANTOS, QUINTANS, 2009).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento é um fato real em todo o mundo. O fator fundamental que favoreceu o aumento da longevidade é o declínio da taxa de fecundidade e natalidade, melhoria nas condições socioeconômicas, estilo de vida saudável, inovações científicas e tecnológicas na medicina. No Brasil o envelhecimento ocorre muito rápido em desigualdade social, e o precário serviço de saúde não atende adequadamente a demanda da população idosa. Com o aumento da expectativa de vida os déficits cognitivos e fisiológicos são agravantes e se manifestam de várias formas, envolvendo na maioria das vezes a capacidade funcional e cognitiva da pessoa idosa, que geralmente ficam dependentes dos cuidados de terceiros. Quanto maior a idade cronológica, maior a possibilidade do desenvolvimento de demências como a doença de ALZHEIMER, que prevalece entre 60 a 80% entre as síndromes de demências, e tem uma degeneração cognitiva progressiva e irreversível.

A qualidade de vida deve ser promovida no decorrer dos anos, adotando um estilo de vida saudável, como uma alimentação balanceada, práticas de atividade física, abolir os vícios de drogas lícitas e ilícitas e assim retardar os declínios que são próprios do envelhecer. Os profissionais de saúde investindo na educação e prevenção de doenças na população garante uma longevidade com autonomia e independência da pessoa idosa, melhorando sua qualidade e vida.

O enfermeiro deve ter um olhar holístico, integral, eficiente, motivador, para que possa implementar ações que venham promover a saúde física, psíquica e social do idoso e família dentro da comunidade, garantindo uma melhor qualidade de vida a essa população. O ser humano passa por várias fases: nascimento, desenvolvimento, adolescência, maturidade, senescência e finitude, e em todas essas etapas da vida o enfermeiro tem habilidade para atuar, portanto, é um dos profissionais mais importantes no ato de cuidar.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Priscila Monteiro de; MOCHEL, Elba Gomide; OLIVEIRA, Maria do Socorro Silva. **O idoso pelo próprio idoso: Percepção de si e de sua qualidade de vida**. Revista Kairós, gerontologia, SÃO PAULO, 2011.
- BRUNNER & SUDDART. **Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica**. Editores SMELTZER, Suzane; BARE, Brenda G.. 11ª edição Vol. 1. Rio de Janeiro, editora Guanabara koogan ano 2009.
- CANCELA, DIANA, MANUELA, GOMES. **O processo de Envelhecimento**. Universidade Lusíada do Porto, o portal dos psicólogos, Portugal, 2007.
- CARVALHO, Rosane Beltrão da Cunha; FORT Vera Aparecida Madruga. **O processo de envelhecimento e os benefícios da Atividade Física na saúde e qualidade de vida**. Buenos Aires ano 13 nº 124 setembro 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/842/84201703.pdf>>. Acesso em 02 de março de 2012.
- CHARCHAT, Fichiman Helenice; CARAMELLI, Paulo; SAMESHIMA, Koichi; NITRINI, Ricardo. **Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005.
- CLEMENTE, Rena S. G.; FILHO, Sérgio T. Ribeiro. **Comprometimento Cognitivo Leve: Aspectos Conceituais, Abordagem Clínica e Diagnóstica**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, 2008.
- DOMINGUES, Marisa Accioly R. C.; SANTOS, Carina Farias dos; QUINTANS, Jane R. **Doença de Alzheimer: o perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer**. O mundo da saúde, São Paulo, 2009.
- FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos, TAVARES. Darlene Mara dos Santos, RODRIGUES. Rosalina Aparecida Partezani. **Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo**. Acta Paulista de Enfermagem. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000100004&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100004&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em 23 de fevereiro de 2012.
- FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; TONINI, Tereza; **Gerontologia Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. 1ª edição, São Caetano do Sul, SP, editora Yendis; 2006.
- FORNARI, Luis Henrique Tieppo; GARCIA Larissa Pacheco; HILBIG, Arlete; FERNANDEZ, Liana Lisboa. **As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente**. Scientia Medica. Vol. 20, número 2. Porto Alegre 2010.

FREITAS, Daniela Helena Machado de et al. **Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade**. Revista psiquiatria Clínica. São Paulo, v. 37, n. 1, Jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832010000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832010000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 de fevereiro de 2012.

GONÇALVES, Marcius Vinícius et al. **Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís - MA**. Rev. psiquiatr. clín. São Paulo, v. 35, n. 4, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 17 de fevereiro de 2012.

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O envelhecimento no Brasil: Aspecto da transição Demográfica e Epidemiológica, Saúde Coletiva bimestral**. São Paulo volume 4, numero 017, editorial bolina, Brasil pp. 135 a 140.,2007.

MACIEL, Marcos Gonçalves. **Atividade física e funcionalidade do idoso**. Motriz: rev. educ. fis. (Online), Rio Claro, v. 16, n. 4, Dec. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1980](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980)>. Em 20 de fevereiro de 2012.

MANGANARO, Márcia Marcondes; MURTA, Genilda Ferreira. **Saberes e Práticas. Guia para Ensino e Aprendizado de Enfermagem**. 7ª edição, Difusão Editora, v.4, São Caetano do Sul, 2012.

MEDRONHO, Roberto A.; CARVALHO, Dina Maul de; BLOCH, Kátia Vergetti. **Epidemiologia**. São Paulo, Editora Atheneu, 2004.

MELO MONICA, CRISTINA. **A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. Ciências e saúde coletiva, associação Brasileira de graduação em Saúde Coletiva Brasil**. [HTTP://redalyc.org/pdf/630/63012430\\_o28.pdf](http://redalyc.org/pdf/630/63012430_o28.pdf), acesso em 22 de março de 2012..

MORAIS Edgar Nunes de; MORAIS Flávia Lana de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. **Características Biológicas e psicológica do envelhecimento**. Rev Med Minas Gerais, 2010.

OLIVEIRA, Maria de Fátima; RIBEIRO, Marlene; BORGES, Raquel. **Atividade física e saúde na Europa: Evidências para a ação**. Organização Mundial de Saúde (OMS). Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer. Porto Alegre 2006.

OLIVEIRA, Maria de Fátima et al, Doença de Alzheimer, Perfil Neuropsicológico e tratamento. Universidade lusíada do Porto. Departamento de psicologia, 2005 [www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

PARAHYBA, Maria Isabel; VERAS, Renato. **Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 de março de 2012.

PEREIRA, Renata Junqueira, COTTA, Rosangela Minard Mitre; FRANCESCHINI, Silvia do Carmo Castro. **Contribuição dos domínios físicos, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos**. Revista psiquiátrica. RS jan/abr 2006.

RESENDE, Marineia Crosara de et al. **Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro**. Fractal8, Rev. Psicol. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922010000900010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000900010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de fevereiro de 2012.

ROACH, Sally. **Introdução a gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2003.  
RODRIGUES Rosalina A.; PARTEZANI. **PROENF programas de atualização em enfermagem, Saúde do adulto**. Modulo 3, São Caetano do Sul; SP. Editora Artmed 2007.

SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina. **Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social**. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 24, n. 4, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 17 de fevereiro de 2012.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARY, Tatiana Quarti. **O Envelhecimento na Atualidade: aspectos Cronológicos, Biológicos Psicológicos e sociais, estudos de psicologia**. Campinas 2008.

SILVA, Antônia Oliveira. **O idoso e o contexto atual da saúde**. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 de fevereiro de 2012.

TIBO, MIRIAM, GONDIM, MEIRA. **Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso**. Revista Médica Ana Costa. São Paulo, 2006.

VALCARENGHI, Rafaela Vivian; SANTOS, Silvana Sidney Costa; BARLEM, Edson Luis Devos; PELZER, Marlene Teda et al. **Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofrem quedas**. Acta Paulista de enfermagem, vol.24nº6 <http://dx.doi.org/10.1590/50103-21002011000600017>, São Paulo, 2011 acesso em 32/02/12.

VERMELHO, Letícia Legay; MONTEIRO, Mário F. G.; **Epidemiologia**. São Paulo: editora Atheneu 2004.

## ANEXO

ANO	TÍTULOS	1º AUTOR	FONTE
2004	Epidemiologia	Roberto A. Medronho	Editora ATHENEU
2005	Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento	Helenice Ch. Fichman, Paulo Carameli, Koichi Sameshima, Ricardo Nitri	Rev. Brasileira de Psiquiatria
2005	Doença de Alzheimer	Maria de Fátima Oliveira, et al	Psicologia.com.pt O portal dos Psicólogos
2006	Contribuição dos domínios físico, social, psicológico, ambiental para a qualidade de vida do idoso.	Renata Junqueira Pereira et al	Rev. Psiquiatria RS
2007	O processo de envelhecimento	Diana Manuela Gomes Cancela	www.psicologia.com.pt
2007	Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso	Miriam Gondim Meira Tibo	Revista médica Ana Costa
2007	Enfermagem Gerontológica e Geriátrica: Bases Históricas e Conceituais	Rosalina A. Partezani Rodrigues	Editora Artmed
2008	Promoção de saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica	Silvana Sidney Costa Santos et al	Acta Paulista de Enfermagem
2008	Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil	Maria Isabel Parayba, Renato Veras	Ciências e Saúde Coletiva
2008	Comprometimento cognitivo Leve: Aspectos conceituais, Abordagem clínica e Diagnóstica	Rená S. G. Clemente, Sérgio T. Ribeiro Filho	Revista do Hospital Universitário, Pedro, Ernesto, UERJ
2008	Envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais	Rodolfo Herberto Schneider, Tatiana Quarti Igaray	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

2008	Gerontologia, Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento	Nébia Maria Almeida Figueredo, Teresa Tonini	Yendis Editora Ltda
2009	A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso	Monica Cristina de Melo	Ciências e Saúde Coletiva
2009	Doença de Alzheimer: O perfil dos cuidadores que utilizam o serviço de apoio telefônico da ABRAz- Associação Brasileira de Alzheimer	Mariza Accioly R. C. Domingues	<a href="http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/6">http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/6</a>
2009	Tratado de enfermagem Médico Cirúrgica	Brunner & Suddart, editores Suzane C Smeltzer et al	Ganabara Koogan
2010	Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social	Ariene A. Santos. Sofia I. Pavarine	Acta Paulista. Enf. vol.24
2010	Atividade física e funcionalidade do idoso	Marcos Gonçalves Maciel	<a href="http://www.scielo.br/pdf/motriz/u16n4">www.scielo.br/pdf motriz/u 16 n4</a>
2010	Envelhecer atuando: Bem estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro	Marinéia Crosara Resende et al	Fractal: Revista de psicologia, v.22
2011	Alteração na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofrem quedas	Rafaela Vivian Valcarenghi et al	<a href="http://www.scielo.br">www.scielo.br</a> Acta Paul. Enferm. Vol. 24 nº6
2010	Características biológicas e psicológicas do envelhecimento	Edgar Nunes morais, Flavia L. Morais, Simone de Paula P. Lima	<a href="http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocr uz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf">http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocr uz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf</a> Rev Med Minas Gerais
2010	As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente?	Luis Henrique Tieppo Fornari, Larissa Pacheco Garcia, Arlete Hilbig, Liana Lisboa Fernandez	Scientia Medica (Porto Alegre), 2010; volume 20, número 2, p. 185-193
2011	Velhice e qualidade de vida	Priscila M. de Almeida, Elba G.	Revista Kairos gerontologia

		Mochel & Maria do S. S. Oliveira	
2011	Características sociodemográficas, capacidade, funcional e morbidades entre idosos com ou sem declínio cognitivo	Polyana C. S. Ferreira, Darlene M. S. Tavares, Aparecida P. Rodrigues	www.scielo.br. acta Paul. Enferm. Vol. 24 nº1
2011	Doença de Alzheimer; diagnóstico	Participantes: Apolinário de D.	Associação Médica Brasileira e Agência Nacional de Saúde Suplementar
2011	Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social	Ariane Angeline dos Santos, Sofia C. I. Pavarine	Acta Paulista de Enfermagem
2012	Saberes e Práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. Enfermagem na saúde do idoso	Márcia Marcondes Mangarro, Genilda Ferreira Murta	Difusão Editora, 2012

**Tabela 2 – Demonstrativo dos artigos selecionados, em ordem cronológica.**