



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM

Amanda Maísa Gava Marangon

ENVELHECIMENTO E (IN)CAPACIDADE COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODO MISTO

Juiz de Fora
2019

Amanda Maísa Gava Marangon

**ENVELHECIMENTO E (IN)CAPACIDADE COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, para a fase de defesa. Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem (TECCSE) na linha “Processo do Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano” e “Cultura e Comunicação em Saúde e em enfermagem”.

Orientadora: Profª. Dra. Cristina Arreguy-Sena

Juiz de Fora
2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Marangon, Amanda Maísa Gava .

Envelhecimento e (in)capacidade cognitiva de pessoas idosas na
Atenção Primária à Saúde: Estudo de método misto / Amanda Maísa
Gava Marangon. -- 2019.

161 p.

Orientador: Cristina Arreguy-Sena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Envelhecimento. 2. Envelhecimento Cognitivo. 3. Atividades
Cotidianas. I. Arreguy-Sena, Cristina, orient. II. Título.

Amanda Maísa Gava Marangon Matrícula

**ENVELHECIMENTO E (IN)CAPACIDADE COGNITIVA DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODO MISTO**

Relatório de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF para a fase de aprovação.

Aprovado em: 08 de Julho de 2019.

BANCA EXAMINADORA

**Profª Drª Cristina Arreguy-Sena –
Orientadora e presidente da banca**
Universidade Federal de Juiz de Fora- Facenf

BANCA EXAMINADORA
Cristina Arreguy
ProfªDrª Cristina Arreguy-Sena
Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora- Facenf

**Prof Dr. Ronaldo Rocha Bastos - 1º
Avaliador**
Departamento de Estatística da Universidade
Federal de Juiz de Fora

Ronaldo Rocha Bastos
Prof Dr. Ronaldo Rocha Bastos - 2º Avaliador
Departamento de Estatística da Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes -
Avaliador suplente externo**
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Estadual do Rio de Janeiro- FENF-UERJ

Antônio Marcos Tosoli Gomes
Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes – 1º Avaliador
Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro
FENF-UERJ

**Prof. Dr. Marcos Antônio Gomes Brandão-
2º Avaliador**
Escola de Enfermagem Anna Nery-
Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto- Avaliador
suplemente interno**
Faculdade de Educação Física e Desportos
da Universidade Federal de Juiz de Fora-
Faefid-UFJF

Paulo Ferreira Pinto
Prof. Dr. Paulo Ferreira Pinto- Avaliador suplemente interno
Faculdade de Educação Física e Desportos da Universidade Federal de Juiz de Fora
Faefid-UFJF

AGRADECIMENTOS

A Deus por fazer toda a diferença em meu viver, guiar meus passos, ser minha força, sabedoria, paz e cuidar de mim sempre.

Aos meus pais, Waldir e Vera, pessoas que amo incondicionalmente, que sempre me incentivaram na realização de meus objetivos. Obrigada.

Ao Aurélio, meu amor, esposo, amigo, força e abrigo, pelo exemplo de determinação, por fazer dos meus sonhos os seus, por estar de mãos dadas comigo nessa caminhada e deixá-la mais leve. Só tenho a agradecer a Deus por ter guardado o seu amor para mim. Amo você!

Ao meu irmão Waldir, agradeço o companheirismo e apoio em todos momentos da minha vida.

Sou grata a toda a minha família, em especial aos meus sobrinhos, Bento e Bernardo, que chegaram durante a trajetória do mestrado trazendo alegria e luz.

Aos meus amigos, colegas de profissão, em especial aos do Samu/Cisdeste, e a todas as pessoas que me ajudaram a vencer mais esta etapa da vida, obrigada pela amizade e pelo apoio.

À minha querida orientadora, Professora Doutora Cristina Arreguy-Sena, obrigada por todo conhecimento que transmitiu a mim e por ter me dado serenidade para enfrentar esses dois anos de estudos.

Aos idosos participantes do estudo, que se mostraram receptivos e aceitaram compartilhar suas vidas, tornando este estudo possível.

Ao grupo de pesquisa TECCSE-UFJF por me proporcionar conhecimento e haver contribuído para o meu crescimento enquanto mestrande, em especial às amigas Anna Paula e Romanda.

Agradeço à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, representada

pelo diretor, Prof. Dr. Marcelo Silva Alves, e pela coordenadora do mestrado, Prof^a Dra. Nádia Sanhudo e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela competência e responsabilidade em compartilhar os conhecimentos.

Aos membros da Banca Examinadora pela disponibilidade e por contribuírem para o aprimoramento deste estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Doutora Cristina Arreguy-Sena, pessoa iluminada, mãe, amiga e orientadora, por acreditar em mim e sempre me incentivar, por, desde o sexto período da faculdade, acompanhar-me nos momentos mais importantes, por todas as contribuições e apoio que foram muito além do profissional, por ser meu porto seguro, minha inspiração e transmitir tanta paz. Obrigada por toda atenção, dedicação, respeito, disponibilidade, paciência e amor.

Ao Paulo, seu esposo, que também, desde os sexto período da faculdade, confiou a mim as pesquisas sobre o envelhecimento. Obrigada por toda dedicação e pela disposição e colaboração na realização deste estudo.

Por último, mas não menos importante, aos seus filhos, André e Lorraine, por todo carinho e respeito.

A essa linda família, meu eterno obrigada, vocês estarão sempre em minhas orações.

RESUMO

Objetivo: analisar a (in)capacidade cognitiva e os fatores intervenientes de pessoas com idade ≥65 anos adstritas à uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, compreender suas representações sociais á luz dos elementos simbólicos sobre a capacidade cognitiva, seu impacto sobre o quotidiano da vida e na perspectiva das concepções teórico filosóficas de Neuman.

Método: Estudo de método misto do tipo convergente paralelo realizado no domicílio dos participantes, operacionalizado usando Teoria das Representações Sociais (TRS) segundo proposta de Abric/Estrutural (n=49) e Moscovici/Processual (n=158) e estudo seccional do tipo descritivo e correlacional (n=171). Foram idosos elegíveis: idade ≥65 anos e morar em ruas adstritas da unidade. Instrumento de coleta de dados estruturado em determinantes sociodemográficos, abordagem estrutural e processual das TRS, estudo seccional tipo descritivo com uso dos testes: Minimental; Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20); Escala de Katz e de Lawton; Questionário de Pfeffer com acompanhantes; Teste do Relógio (TR); Fluência Verbal - Categoria Animal (FV); Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15). Coleta de dados ocorreu em 2018-2019. Dados tratados nos programas SPSS, EVOC, NVivo Pro11. **Resultados:** Participaram 171 pessoas idosas, sendo mulheres (65,5%); idade média 76 anos ±7,532 (65-99); pele branca (67,8%); anos de escolaridade 4 ±4,242 (0-23). O IVCF-20 identificou que 85,3% apresentam vulnerabilidade aumentada e/ou alto ou fragilidade instalada. Escala de Katz e Lawton evidenciou 44,4% dependência em uma atividade básica ou instrumental de vida. Questionário de Pfeffer com acompanhante retratou que 29,3% apresentam maior dependência. O fato de “não ser capaz de cuidar” foi objetivado pelas características da aparência expressas pela falta-de-zelo, cuidado, capricho-vaidade-desleixo. E “não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda” foi objetivado pela incapacidade-dependência, problema-saúde-doença e valorada como sendo uma situação ruim-complicada-triste que requer-ajuda. “Não conseguir conviver sem ajuda”, foi objetivado pela dependência e necessidade de ajuda, sendo valorado como difícil-ruim e triste. GDS-15, evidenciou prevalência de 83% de indicativo de depressão com correlação: alteração no núcleo familiar e Pfeffer com acompanhante. Os conteúdos representacionais sobre “esquecer das coisas e das pessoas” foi objetivado por: esquecimento, remédio-boleto-objeto-coisa-pessoa-nome, cabeça-mente-memória-nome, e valorado como algo ruim-desagradável-difícil, sendo aferido déficit cognitivo pelo Minimental entre 23,4% havendo correlação com a idade, anos de estudos, estado conjugal, atividade social, piora no esquecimento nos últimos anos, IVCF-20, e Teste de Pfeffer. TR 38,6% com declínio nas funções executivas.

Teste da FV na categoria animal 45,7% com declínio nas funções de memória. Elencados 18 situações passíveis de serem reconhecidas como diagnósticos de enfermagem através da identificação dos estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais. **Conclusões e Considerações finais:** foi possível identificar a influência do declínio funcional sobre as atividades de vida diária e da capacidade cognitiva e compreender que estas alterações peculiares ao processo de envelhecimento são objetivas e ancoradas no estado mental, na aparência e valorada com algo ruim, triste, e não desejado. Como contribuição do presente estudo a elaboração de um instrumento de coleta de dados que permite, no contexto da atenção primária à saúde e utilizado como tecnologia da consulta de enfermagem acessar tais estressores e monitorar a (in)capacidade cognitiva.

Palavras-chave: Envelhecimento. Envelhecimento cognitivo. Atividades cotidianas. Enfermagem geriátrica. Diagnóstico de enfermagem. Idoso.

ABSTRACT

Objective: To analyze the cognitive (in) ability and intervening factors of people aged ≥ 65 years enrolled in a Primary Health Care Unit, to understand their social representations in the light of the symbolic elements on cognitive ability, their impact on the daily life of the child. life and from the perspective of Neuman's philosophical theoretical conceptions. **Method:** Parallel convergent mixed method study conducted at the participants' homes, operated using Social Representation Theory (SRT) according to Abric / Structural ($n = 49$) and Moscovici / Processual ($n = 158$) and sectional study. descriptive and correlational ($n = 171$). Eligible elderly were: age ≥ 65 years old and live in the streets of the unit. Data collection instrument structured in sociodemographic determinants, structural and procedural approach of SRT, descriptive cross-sectional study using the tests: Minimental; Clinical-functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20); Katz and Lawton Scale; Pfeffer questionnaire with companions; Clock Test (TR); Verbal Fluency - Animal Category (VF); Abbreviated Geriatric Depression Scale (GDS-15). Data collection took place in 2018-2019. Data processed in SPSS, EVC, NVivo Pro11 programs. **Results:** 171 elderly people participated, being women (65.5%); average age 76 years ± 7.532 (65-99); white skin (67.8%); years of schooling 4 ± 4.242 (0-23). The IVCF-20 identified that 85.3% have increased and / or high vulnerability or installed fragility. Katz and Lawton scale showed 44.4% dependence on a basic or instrumental life activity. Pfeffer's companion questionnaire showed that 29.3% are more dependent. The fact that "not being able to care" was objectified by the characteristics of appearance expressed by lack of zeal, care, capriciousness-sloppiness. And "not being able to take care of your life without help" was objectified by disability-dependency, health-disease-illness, and valued as a bad-complicated-sad situation that requires help. "Not being able to live without help" was objectified by the dependence and need for help, being valued as difficult-bad and sad. GDS-15 showed a prevalence of 83% indicative of depression with correlation: alteration in family nucleus and Pfeffer with companion. The representational contents about "forgetting things and people" were objectified by: forgetfulness, medicine-ticket-object-thing-person-name, head-mind-memory-name, and valued as something bad-unpleasant-difficult, being gauged cognitive deficit by the Minimental between 23.4% with correlation with age, years of education, marital status, social activity, worsening forgetfulness in recent years, IVCF-20, and Pfeffer test. TR 38.6% with decline in executive functions. VF test in animal category 45.7% with decline in memory functions. Listed 18 situations that can be recognized as nursing diagnoses through the identification of intrapersonal, interpersonal and transpersonal stressors. **Conclusions**

and Final Considerations: It was possible to identify the influence of functional decline on activities of daily living and cognitive ability and to understand that these alterations peculiar to the aging process are objective and anchored in mental state, appearance and valued with something bad, sad., and not desired. As a contribution of the present study the elaboration of a data collection instrument that allows, in the context of primary health care and used as nursing consultation technology, to access such stressors and to monitor the (in) cognitive capacity.

keywords: Aging. Cognitive aging. Daily activities. Geriatric nursing. Nursing diagnosis. Old man.

RESUMEN

Objetivo: analizar la capacidad cognitiva (in) y los factores intervinientes de las personas ≥ 65 años inscritas en una Unidad de Atención Primaria de Salud, para comprender sus representaciones sociales a la luz de los elementos simbólicos en la capacidad cognitiva, su impacto en la vida diaria del niño. vida y desde la perspectiva de las concepciones teóricas filosóficas de Neuman. **Método:** Estudio de método mixto convergente paralelo realizado en los hogares de los participantes, operado utilizando la Teoría de la Representación Social (SRT) de acuerdo con Abric / Structural ($n = 49$) y Moscovici / Processual ($n = 158$) y un estudio descriptivo y transversal. correlacional ($n = 171$). Los ancianos elegibles eran: edad ≥ 65 años y viven en las calles de la unidad. Instrumento de recopilación de datos estructurado en determinantes sociodemográficos, enfoque estructural y de procedimiento de SRT, estudio transversal descriptivo utilizando las pruebas: Minimental; Índice de vulnerabilidad clínico-funcional-20 (IVCF-20); Katz y Lawton Scale; Cuestionario Pfeffer con acompañantes; Prueba de reloj (TR); Fluidez Verbal - Categoría Animal (FV); Escala abreviada de depresión geriátrica (GDS-15). La recopilación de datos tuvo lugar en 2018-2019. Datos procesados en programas SPSS, EVOC, NVivo Pro11.

Resultados: Participaron 171 personas mayores, mujeres (65.5%); edad promedio 76 años ± 7.532 (65-99); piel blanca (67.8%); años de escolaridad 4 ± 4.242 (0-23). El IVCF-20 identificó que el 85.3% tiene una vulnerabilidad aumentada y / o alta o fragilidad instalada. La escala de Katz y Lawton mostró un 44,4% de dependencia de una actividad vital básica o instrumental. El cuestionario complementario de Pfeffer mostró que el 29,3% son más dependientes. El hecho de que "no poder cuidar" se objetivaba por las características de apariencia expresadas por falta de celo, cuidado, capricho-descuido. Y "no poder cuidar su vida sin ayuda" fue objetivado por la dependencia de la discapacidad, la enfermedad de la salud y la enfermedad, y se valoró como una situación triste, complicada y triste que requiere ayuda. "No poder vivir sin ayuda" fue objetivado por la dependencia y la necesidad de ayuda, siendo valorado como difícil, malo y triste. GDS-15 mostró una prevalencia de 83% indicativo de depresión con correlación: alteración en el núcleo familiar y Pfeffer con compañero. Los contenidos de representación sobre "olvidar cosas y personas" fueron objetivados por: olvido, nombre de medicina-objeto-cosa-persona-nombre, cabeza-mente-memoria-nombre, y valorados como algo malo-desagradable-difícil, siendo medidos déficit cognitivo por el Minimental entre 23.4% con correlación con la edad, años de educación, estado civil, actividad social, empeoramiento del olvido en los últimos años, IVCF-20 y prueba de Pfeffer. TR 38.6% con disminución en las funciones ejecutivas. Prueba de FV en la

categoría animal 45.7% con disminución en las funciones de memoria. Enumeró 18 situaciones que pueden reconocerse como diagnósticos de enfermería a través de la identificación de estresores intrapersonales, interpersonales y transpersonales. **Conclusiones y consideraciones finales:** Fue posible identificar la influencia del deterioro funcional en las actividades de la vida cotidiana y la capacidad cognitiva y comprender que estos cambios propios del proceso de envejecimiento son objetivos y están anclados en el estado mental, la apariencia y valorados con algo malo, triste y no deseado. Como contribución del presente estudio, se elaboró un instrumento de recolección de datos que permite, en el contexto de la atención primaria de salud y se utiliza como tecnología de consulta de enfermería, acceder a dichos factores estresantes y controlar la (in) capacidad cognitiva.

Palabras clave: Envejecimiento. Envejecimiento cognitivo. Actividades cotidianas. Enfermería geriátrica. Diagnóstico de enfermería. Personas idosas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Esquema sobre as grandes manifestações da síndrome geriátrica e seu surgimento na transição da fase adulta para a idosa.....	27
Figura 2	- Modelo esquemático da Teoria de Sistemas de Neuman aplicada ao cuidado da pessoa idosa com declínio cognitivo	33
Figura 3	- Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção primária sobre o sistema de energia e sua implicação para a atuação de enfermagem.....	36
Figura 4	- Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção secundária sobre o sistema de energia e sua implicação para a atuação de enfermagem	37
Figura 5	- Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção terciária sobre o sistema de energia e sua implicação para a atuação de enfermagem	38
Figura 6	- Mapa esquemático contendo os constructos teóricos e filosóficos utilizados na presente investigação	43
Figura 7	- Ilustração esquemática da articulação das abordagens qualitativas e quantitativas no contexto do método misto	45
Figura 8	- Fluxograma de movimentação de participantes segundo as etapas metodológicas....	48
Figura 9	- Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não ser capaz de se cuidar” (n=100). Juiz de Fora, MG. Jun/2019.....	69
Figura 10	- Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda” (n=97). Juiz de Fora, MG. Jun/2019	76
Figura 11	- Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conseguir conviver sem ajuda” (n=94). Juiz de Fora, MG. Jun/2019.....	83
Figura 12	Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conseguir conviver sem ajuda” (n=94). Juiz de Fora, MG. Jun/2019.....	95
Figura 13	- Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção primária, secundária e terciária sobre o sistema de energia, seus estressores e sua implicação para a atuação de enfermagem. Juiz de Fora, Jun/2019	114
Figura 14	- Instrumento de coleta para abordagem de pessoas idosas com declínio cognitivo na Atenção Primária à Saúde segundo Neuman. Juiz de Fora (MG). Jun/2019	117
Figura 15	- Diagnósticos de enfermagem na abordagem da pessoa idosa com declínio cognitivo. Juiz de Fora (MG). Jun/2019	120
Figura 16	- Diagnósticos de enfermagem, NIC e NOC na abordagem da pessoa idosa com declínio cognitivo. Juiz de Fora (MG). Jun/2019	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20) segundo categorias e recomendações terapêuticas (n=171).....	73
Quadro 2	– Escala de Katz e Escala de Lawton (n= 171) segundo interpretação.....	79
Quadro 3	– Interpretação do Questionário de Pfeffer (QPAF) com acompanhantes (n=171).....	82
Quadro 4	– Interpretação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) – (n=171)....	87
Quadro 5	– Fragmentos de discurso dos 49 participantes exemplificando a depressão.....	90
Quadro 6	– Fragmentos de discursos exemplificando a origem dos conteúdos representacionais dos participantes para depressão.....	92
Quadro 7	– Fragmentos de discurso dos 49 participantes exemplificando o esquecimento.....	98
Quadro 8	– Fragmentos de discursos exemplificando a origem dos conteúdos representacionais dos participantes para esquecimento.....	100
Quadro 9	– Interpretação do Teste do Mini Exame do Estado Mental (n= 171).....	104
Quadro 10	– Teste do Relógio (n= 171) segundo a interpretação.....	108
Quadro 11	– Interpretação do teste de Fluência Verbal (n=171).....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização dos 171 participantes segundo gênero, idade, cor da pele, estado civil, anos de escolaridade, número de filhos, ocupação e crenças ou práticas religiosas	58
Tabela 2	- Caracterização dos 171 participantes segundo o perfil da rede de apoio quanto a: com quem mora, número de pessoas que moram juntas, alteração no núcleo familiar nos últimos cinco anos, motivo dessa alteração, autoavaliação da participação familiar, filhos moram próximo, pessoas significantes e frequência com que as vê	59
Tabela 3	- Caracterização dos 171 participantes segundo estilo de vida e hábitos de atividade social, tabagismo e perfil da residência dos participantes.....	60
Tabela 4	- Caracterização dos 49 participantes da abordagem processual segundo gênero, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, número de filhos, ocupação	61
Tabela 5	- Caracterização dos 171 participantes segundo doença autorreferida, uso de medicamento regular, finalidade da medicação regular, uso e finalidade da medicação ocasional, queda e internação.....	65
Tabela 6	- Caracterização dos 171 participantes segundo estilo de vida e hábitos de atividade social, prática de atividade física, tipo de atividade física realizada, IMC, mensuração da panturrilha e tempo de marcha.....	66
Tabela 7	- Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20) dos 171 participantes.....	72
Tabela 8	- Escala de Katz. (n= 171).....	78
Tabela 9	- Escore da Escala de Lawton atribuído aos participantes. (n= 171).....	79
Tabela 10	- Questionário de Pfeffer (QPAF) com acompanhantes (n=171)	80
Tabela 11	- Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) - (n=171)	86
Tabela 12	- Análise bivariada entre a Escala de Depressão abreviada e as variáveis intervenientes (n= 171).....	87
Tabela 13	- Teste do Mini Exame do Estado Mental (n= 171)	102
Tabela 14	- Análise bivariada entre o Teste do Mini Exame do Estado Mental e as variáveis intervenientes (n= 171).....	105
Tabela 15	- Teste do Relógio (n= 171).....	108
Tabela 16	- Análise bivariada entre o Teste da Fluência Verbal e as variáveis intervenientes - (n= 171).....	109
Tabela 17	- Análise bivariada entre o Teste da Fluência Verbal e as variáveis intervenientes - (n= 171).....	111

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

\tilde{x} - Mediana

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - Atividade de Vida Diária

AVDB - Atividade de Vida Diária Básica

AVDI - Atividade de Vida Diária Avançada

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CCL - Comprometimento Cognitivo Leve

FV - Fluência Verbal

GDS-15 - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC - Índice de Massa Corporal

IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

ODK - *Open Data Kit*

OME - Ordem Média de Evocação

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OR - *Odss Ratio*

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

QID - Quadrante Inferior Direito

QIE - Quadrante Inferior Esquerdo

QPAF - Atividades Funcionais com acompanhantes

QSE - Quadrante Superior Esquerdo

QSE - Quadrante Superior Direito

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RUE - Rede de Urgências e Emergências

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDR - Teste do Relógio

TECCSE - Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem

TRS - Teoria da Representação Social

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	17
2	INTRODUÇÃO.....	19
3	OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES.....	23
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3.3	PRESSUPOSTOS.....	24
3.4	HIPÓTESES.....	24
4	MARCO TEMÁTICO, TEÓRICO, CONCEITUAL, METODOLÓGICO E FILOSÓFICO.....	25
4.1	O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO HUMANO E AS PERDAS COGNITIVAS: IMPACTO NO COTIDIANO DA PESSOA IDOSA.....	25
4.2	A REDE DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA.....	30
4.3	TEORIA DO SISTEMA DE NEUMAN E A PESSOA IDOSA: ALICERCES PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	32
4.4	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS).....	39
5	MÉTODOS E TÉCNICAS.....	44
5.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	44
5.2	DELINAMENTO.....	44
5.3	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO.....	45
5.4	PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, DELINAMENTO AMOSTRAL E RECRUTAMENTO.....	46
5.5	INSTRUMENTO, PROCESSO DE COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	48
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	58

6.1	CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	58
6.2	VULNERABILIDADE PARA ENGAJAMENTO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS E ATIVIDADES SOCIAIS.....	64
6.3	(IN)CAPACIDADE COGNITIVA.....	94
6.4	O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA PERSPECTIVA DA (IN)CAPACIDADE COGNITIVA À LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMAN: CONVERGÊNCIA DOS RESULTADOS.....	113
7	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICE A - Demonstrativo dos gastos financeiros no projeto. Juiz de Fora (MG). Janeiro/2019.....	143
	APÊNDICE B - Instrumento de Coleta.....	144
	ANEXO A - Parecer do comitê de ética.....	146
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	150
	ANEXO C - Teste do Mini Exame do Estado Mental.....	151
	ANEXO D - Índice de Vulnerabilidade Clínico- Funcional -20.....	152
	ANEXO E - Avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e Atividades instrumentais da vida diária (AIVDs).....	154
	ANEXO F - Teste do Relógio.....	155
	ANEXO G -Teste da fluência verbal.....	156
	ANEXO H - Escala de Depressão GDS-15.....	157
	ANEXO I - Questionário de Pfeffer.....	158

1 APRESENTAÇÃO

Minha primeira motivação de desenvolver um tema relacionado à terceira idade surgiu no cumprimento de uma disciplina da graduação na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, em 2010. Concomitantemente, tive a oportunidade de conhecer e ser inserida na linha de pesquisa “Processo do envelhecimento no *continuum* do desenvolvimento humano” do grupo de pesquisa Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem (TECCSE) – UFJF.

No final da graduação, como Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvi uma pesquisa para entender como uma pessoa dos 60 aos 65 anos de idade percebe os sinais de envelhecimento e como ela vive esse processo.

Com a vivência da Residência Multidisciplinar em Doenças Crônicas, meu trabalho atual na Urgência e Emergência, e a experiência como Professora Substituta na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, a motivação em aprofundar meus conhecimentos na área de geriatria e gerontologia aumentou. Percebi que alguns idosos enfrentavam muitas dificuldades, fragilidades e carências para conquistar uma boa qualidade de vida na terceira idade em comparação com outros, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Notei também que o estabelecimento de uma relação de carinho, amor e respeito é fundamental e consiste na busca de muitas das demandas das pessoas com mais de 65 anos de idade.

Devido a minha inquietação, surgiram alguns questionamentos: Como é o perfil da capacidade cognitiva de um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos adstritas à Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade com mais de 500 mil habitantes? Como é o engajamento delas para as Atividades de Vida Diária (AVDs) no autocuidado, no domicílio e na rede de apoio? Qual o perfil e contexto social nos quais estão inseridas?

A escolha pela temática se justifica pela necessidade de responder à indagação de como uma pessoa idosa se sente em sua própria avaliação e quais as limitações que identifica nesta fase quanto a sua capacidade cognitiva.

Considero que a avaliação da capacidade cognitiva, o conhecimento acerca da visão dos idosos sobre quais dificuldades e anseios percebem possibilitam individualizar a assistência de enfermagem e qualificá-la buscando como meta minimizar as dificuldades por eles apontadas e vivenciadas nessa fase de suas vidas.

Com a presente investigação, espero responder a minhas indagações e contribuir para despertar o interesse dos outros discentes do curso de graduação em Enfermagem para uma área

de atuação da categoria que, segundo projeções, tende a aumentar nas estimativas traçadas para os próximos anos.

2 INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, em que ocorre a redução da proporção de crianças e jovens e o aumento do número de idosos, consequência da diminuição da fecundidade e elevação da expectativa de vida¹.

O envelhecimento merece atenção especial, pois, ao desencadear diminuição gradual e progressiva da capacidade funcional, pode impactar a inserção da pessoa idosa em seu contexto. Tal fato pode ser percebido por alteração na capacidade da pessoa idosa de se inserir no autoatendimento das atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária, o que corresponde ao aumento da vulnerabilidade para doenças crônicas².

Um indicador dessas mudanças é o declínio funcional. Ele é detectado pela análise das características cognitivas, da capacidade e resolubilidade de autocuidado, das alterações da marcha, pela perda de força muscular, pelos indícios da instalação das incontinências esfincterianas, pela alteração nos padrões comunicacionais e pela modificação no acesso à rede de apoio social, entre outros^{1,3}.

A incapacidade cognitiva é um dos principais componentes da síndrome geriátrica cujo impacto social e pessoal, interfere diretamente sobre a qualidade de vida⁴. Alterações cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento levam à dificuldade de atenção, dificuldade em atividades de vida diária (AVD), diminuição da tomada de decisão, comunicação prejudicada e um consequente afastamento social^{5,6}.

Na presente investigação, a capacidade cognitiva é o foco da temática e está sendo abordada na perspectiva de sua ocorrência em pessoas idosas e concebida como a aptidão mental para “compreender e resolver os problemas do cotidiano”³.

A primeira estratégia para avaliação das condições cognitivas requer uma investigação no desempenho para realização das AVDs, sendo possível aferir a intensidade do declínio funcional a ponto de categorizar a pessoa idosa como independente, semidependente, com dependência incompleta ou completa^{3,7}. As ADVs incluem a capacidade de vestir, alimentar, cuidar de si, realizar atividades domésticas, convívio social e integração com o meio externo^{3,8}. Dependendo da dimensão com que a AVD está vinculada, ou seja, autocuidado, domicílio ou integração social, é possível identificá-la como sendo básica, instrumental e avançada respectivamente⁹. Alterações dessas atividades devem ser identificadas e analisadas pelo enfermeiro, buscando uma intervenção específica para a necessidade de cada pessoa idosa⁸.

Nas alterações cognitivas, é possível identificar que a modificação no processo comunicacional impacta diretamente a saúde do idoso e o relacionamento dele com as pessoas do seu núcleo familiar e social^{9,10}, nesse sentido a comunicação está sendo concebida como “capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio e com as pessoas em seu entorno”¹¹.

Desse modo, a comunicação efetiva estabelecida pelos profissionais da enfermagem com as pessoas idosas e destas com outras pessoas deve ser estimulada e interpretada de forma articulada de modo a contemplar a dimensão verbal e não verbal¹⁰. As possibilidades de veiculação de mensagens comunicacionais por via não verbal merecem atenção especial, pois estas favorecem a expressão dos sentimentos e atitudes, além de influenciarem os resultados terapêuticos esperados^{12,13}.

O humor, compreendido como a disposição ou o ânimo para o engajamento e desenvolvimento das funções cotidianas e para a participação social, é outro componente que permite retratar a cognição, podendo ou não comprometer a autonomia¹¹, ou seja, na “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências”¹⁴.

A atenção é concebida a partir da funcionalidade de “três áreas encefálicas no controle e no direcionamento da atenção, o córtex parietal posterior, os colículos superiores e o núcleo pulvinar do tálamo que são a parte integrante do sistema atencional posterior”¹⁵. A atenção com foco em uma situação pode ser impactada pela idade e retrar “dificuldades no processo inibitório, sendo que os adultos mais velhos têm dificuldade em impedir e filtrar informação irrelevante, durante a codificação de informação relevante em memória de trabalho” Tal fato justificar-se pela possibilidade de haver saturação da “capacidade da memória de trabalho” e diminuição na “capacidade de reter e manipular o que é realmente importante”¹⁵.

Como forma de direcionar o olhar do enfermeiro e sua equipe para as demandas de cuidados à pessoa com idade ≥ 65 anos com vulnerabilidade para declínio cognitivo adstradas ao nível de atenção primária à saúde o uso do raciocínio clínico pode auxiliar no gerenciamento do cuidado utilizando-se da Sistematização da Assistência de Enfermagem. A partir do levantamento de dados objetivos e subjetivos, é possível identificar padrões de respostas humanas, utilizando um sistema taxonômico capaz de sintetizá-las por meio de uma linguagem padronizada a ponto de exprimir os diagnósticos de enfermagem passíveis de ser identificados¹⁶.

Os diagnósticos de enfermagem retratam o julgamento clínico realizado pelos profissionais a respeito das respostas de pessoas, grupos e comunidades, possibilitando a inferência de intervenções terapêuticas adequadas ao atendimento das individualidades daqueles que são cuidados em um dado momento do processo saúde e doença¹⁷.

Diante do exposto, o objeto desta investigação será a capacidade cognitiva e as AVDs de pessoas com idade ≥ 65 anos, com vistas a elaboração de diagnósticos situacionais individuais e grupais, aplicáveis ao cenário da Atenção Primária à Saúde (APS).

O presente estudo se justifica diante da lacuna apresentada pela literatura brasileira em relação ao cuidado sistematizado de pessoas idosas com alterações cognitivas e nas AVDs, influenciando o planejamento do cuidado de enfermagem e a elaboração de diagnósticos que retratem as condições de um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos. Para sua realização, foram utilizados como referenciais teóricos, filosóficos e conceituais os seguintes conteúdos: 1) O processo do envelhecimento humano e as perdas cognitivas: impacto sobre o cotidiano da pessoa idosa; 2) A rede da atenção à saúde para a pessoa idosa: atuação do enfermeiro na perspectiva do cuidado na atenção primária à saúde segundo Neuman; e 3) Teoria das Representações Sociais.

A realização desta pesquisa se alicerça nas seguintes argumentações: 1) Ocorrência da transição demográfica com aumento significativo de pessoas com idade ≥ 65 anos e com impacto nas alterações cognitivas nessa população; 2) Necessidade de uma abordagem de enfermagem sistematizada voltada para essa parcela da população; 3) Elaboração de diagnóstico situacional que leve à reflexão sobre a atuação do enfermeiro com a população idosa que apresenta alterações cognitivas e nas AVDs.

Nesse perspectiva, o envelhecimento humano está sendo concebido como um evento processual, progressivo e irreversível, e suas complicações constituem um importante problema de saúde pública^{2,11}. Isso porque o envelhecimento leva à entrada da pessoa de forma ininterrupta na síndrome geriátrica com alterações em múltiplos fenômenos clínicos: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, imobilidade, iatrogenia, insuficiência familiar, entre outras¹¹. Em instrumento de avaliação da vulnerabilidade clínico funcional preconizada pelo Ministério da Saúde, a progressão do processo de envelhecimento pode adotar como parâmetro pessoas que tenham idade ≥ 75 anos, o que permite denominá-las como integrante do grande envelhecimento¹⁸.

Frente a essas alterações decorrentes do envelhecimento e diante da necessidade de se agregar qualidade aos anos vividos, devem-se estruturar os cuidados com a saúde na concepção de um envelhecimento ativo, esse que se constitui em um processo de otimização do bem-estar físico, social, mental, com participação ativa do idoso na sociedade. O envelhecimento saudável leva à melhoria da qualidade de vida, com autonomia e independência¹⁹.

As perdas cognitivas são morbidades que alteram a atenção, memória, linguagem, capacidade de decidir e geram impacto na qualidade de vida das pessoas em processo de

envelhecimento e de seus familiares. Para avaliação das perdas cognitivas, pode se utilizar o teste minimental, fluência verbal, teste do relógio, entre outros^{8,20,21}.

As AVDs podem incluir as atividades básicas, instrumentais e as avançadas. As básicas incluem o autocuidado, capacidade de cuidar de si; as instrumentais estão relacionadas com as atividades domésticas, capacidade de cuidar do meio em que vive; e as avançadas referem-se à integração social. Assim é essencial que o enfermeiro conheça as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e determine quais estratégias de abordagem serão usadas, visando ao atendimento integral⁹.

Para proceder uma perspectiva de compreensão do processo de envelhecimento e da possibilidade de atuação da enfermagem optou-se pela Teoria do sistema de Neuman. A razão para tal escolha deveu-se ao fato de se utilizar um referencial da área baseado nas necessidades humanas compatível com a apreensão do ser-idoso em uma perspectiva multidimensional (variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) de um sistema de energia aberto cujos estímulos são concebidos como possíveis estressores capaz de promover a invasão no sistema energético em equilíbrio e no qual a enfermagem pode atuar terapeuticamente contribuindo para a estabilidade do sistema (saúde) com intervenções de caráter preventivo e de promoção de saúde e, atuando na reversão de condições de desequilíbrio (doença) por meio de intervenções curativas ou paliativas²².

A escolha pela Teoria das Representações Sociais se justifica pela possibilidade de acessar conteúdos e conhecimentos a partir da fala, bem como características individuais e grupal (modo de pensar, agir e sentir) que emergem da trama social dos participantes²³. Isso equivale a dizer que entender as concepções sociais pode subsidiar a busca por uma assistência de enfermagem direcionada às necessidades de grupos sociais, estabelecendo uma sistematização do cuidado voltada para as necessidades humanas.

Há a expectativa de que a presente investigação traga como benefícios: 1) A elaboração de um diagnóstico sobre a condição cognitiva dos participantes a ponto de possibilitar a identificação das demandas do cuidado de enfermagem de pessoas em processo de envelhecimento; 2) O suprimento de uma lacuna no conhecimento em relação às alterações cognitivas e às alterações de vida diária de um grupo de pessoas idosas socialmente contextualizadas a partir do cenário da atenção primária à saúde; 3) A elaboração de um diagnóstico situacional de vulnerabilidade das pessoas idosas adstritas a uma UBS alicerçado a partir da compreensão do impacto das limitações cognitivas; 4) O planejamento e direcionamento dos participantes em processo de envelhecimento diante das ações da Estratégia da Saúde da família e de modelos tradicionais.

3 OBJETIVOS, PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES

A seguir, estão apresentados os objetivos geral e específicos, os pressupostos e as hipóteses desta investigação.

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar a (in)capacidade cognitiva e os fatores intervenientes de pessoas com idade ≥ 65 anos adstritas à uma Unidade de Atenção Primária à saúde.

Compreender os elementos simbólicos, sua origem e sistema hierárquico sobre a capacidade cognitiva e seu impacto sobre o quotidiano da vida de pessoas idosas na perspectiva de pessoas com idade ≥ 65 anos.

Analisar o perfil da capacidade cognitiva (convergir informações a partir de abordagens qualitativas e quantitativas) de um grupo de pessoas com idade ≥ 65 anos na perspectiva das concepções teórico filosóficas de Neuman.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os participantes quanto as variáveis sociodemográficas e marcadores do envelhecimento;

Descrever a inserção dos participantes nas atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária.

Avaliar a capacidade cognitiva, o estado de saúde cognitiva autopercebido, o estado depressivo, a inserção social e a vulnerabilidade clínico-funcional de pessoas com idade ≥ 65 anos.

Correlacionar a capacidade cognitiva com as AVDs, vulnerabilidade para declínio funcional, o estado emocional e a capacidade comunicacional

Identificar os elementos representacionais e a estrutura hierárquica para a capacidade cognitiva e as AVDs de pessoas com idade ≥ 65 anos;

Compreender a origem dos elementos representacionais de pessoas com idade ≥ 65 anos para capacidade cognitiva e AVD;

Refletir sobre a aplicabilidade dos resultados para a prática de enfermeiros na APS na perspectiva da Teoria de Betty Neuman.

Elaborar impressos que subsidiem a realização da consulta de enfermagem para abordagem de pessoas idosas com (in)capacidade cognitiva alicerçado na possibilidade de identificação dos estressores segundo proposição da teoria de Neuman

3.3 PRESSUPOSTOS

Considerando que na abordagem qualitativa a estruturação da investigação deve ser alicerçada em pressupostos, constam, a seguir, aqueles que foram elegíveis para alicerçar a presente investigação.

Pessoas que possuem idade ≥ 65 anos e moram numa mesma região geográfica compõem um grupo socialmente contextualizado que é capaz de objetivar e ancorar a respeito das incapacidades cognitivas e do engajamento que tem para as atividades de vida diária.

3.4 HIPÓTESES

Em coerência com o método adotado, foram elaboradas hipóteses (H₁ a H₃ e sua correspondente nulidade):

Hipótese 1; H₀: A Idade de 75 anos é componente interveniente na perda de capacidade cognitiva em mais de 50% dos participantes e H₁: A Idade de 75 anos é componente interveniente na perda de capacidade cognitiva em até 50% dos participantes.

Hipótese 2; H₀: A evolução da progressão das incapacidades cognitivas é percebida por > 30% dos participantes e H₁: A evolução da progressão das incapacidades cognitivas é percebida por < 30% dos participantes.

Hipótese 3; H₀: Não há associação estatisticamente significativa entre capacidade cognitiva e quadros depressivos, engajamento social e vulnerabilidade clínico-funcional e H₁: Há associação estatisticamente significativa entre capacidade cognitiva e quadros depressivos, engajamento social e vulnerabilidade clínico-funcional.

4 MARCO TEMÁTICO, TEÓRICO, CONCEITUAL, METODOLÓGICO E FILOSÓFICO

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados como referenciais teóricos, filosóficos e conceituais os seguintes conteúdos: 1) O processo do envelhecimento humano e as perdas cognitivas: impacto sobre o cotidiano da pessoa idosa; 2) A rede de atenção à saúde para a pessoa idosa: atuação do enfermeiro na perspectiva do cuidado na atenção primária à saúde segundo Neuman; e 3) Teoria das Representações Sociais.

4.1 O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO HUMANO E AS PERDAS COGNITIVAS: IMPACTO NO COTIDIANO DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento é um processo gradual e multifatorial, caracterizado pela perda progressiva das reservas fisiológicas, associada ao declínio geral das capacidades, fato que faz com que esse momento coincida com a intensificação das doenças crônico-degenerativas, o aumento do consumo de medicamentos e o surgimento de demandas de apoio para o enfrentamento desse momento²⁴. Essa concepção de processo de envelhecimento humano com o *continuum* saúde-doença reforça o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), indo além da ausência de doenças, ampliando o conceito e abragendo o bem-estar físico, psíquico e social².

No processo de envelhecimento, dá-se o conjunto de manifestações próprias desta etapa da vida, que são denominadas de síndromes geriátricas. Essas manifestam-se nas doenças crônico-degenerativas, nas limitações naturais que surgem em decorrência do declínio da vitalidade física e do comprometimento da funcionalidade, no aumento progressivo do número de medicamentos de uso diário, na mobilidade, nas limitações de expressão, no surgimento de fragilidades físicas/orgânicas e cognitivas, entre outras^{2,25}.

As síndromes geriátricas estão relacionadas com os sistemas funcionais que impactam a autonomia (cognição e humor) e a independência (mobilidade e comunicação) a ponto de gerar incapacidade cognitiva, queda, imobilidade, incontinências e incapacidade comunicativa. O comprometimento em um dos sistemas é suficiente o bastante para agravar a condição de saúde da pessoa idosa. As manifestações das síndromes geriátricas, quando reconhecidas pelas idosas, além de retratar o impacto do envelhecimento no processo saúde/doença, possibilitam àqueles que envelhecem atentar-se nas limitações próprias da idade e se prepararem para enfrentar as fragilidades, limitações, incapacidades, dependência e perda da autonomia¹¹.

O processo de envelhecimento mundial teve seu marco histórico com o surgimento de documento proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²⁶. Nesse documento, a OPAS concebe o envelhecimento por meio de uma abordagem processual, progressiva, irreversível, ao referir-se ao momento da fase da vida em que surgem gradualmente o aparecimento de limitações, incapacidades, fazendo com que o convívio com o aparecimento de doenças e o aumento de uso de medicamentos seja uma característica desse período^{26,27}.

O envelhecimento é vivenciado de forma individual pelas pessoas e requer adaptação a limitações de forma a garantir o máximo de autonomia, participação social, segurança e qualidade aos anos a serem vividos. O gênero e a cultura se constituem em variáveis de transversalidade dentro do processo de envelhecimento²⁸.

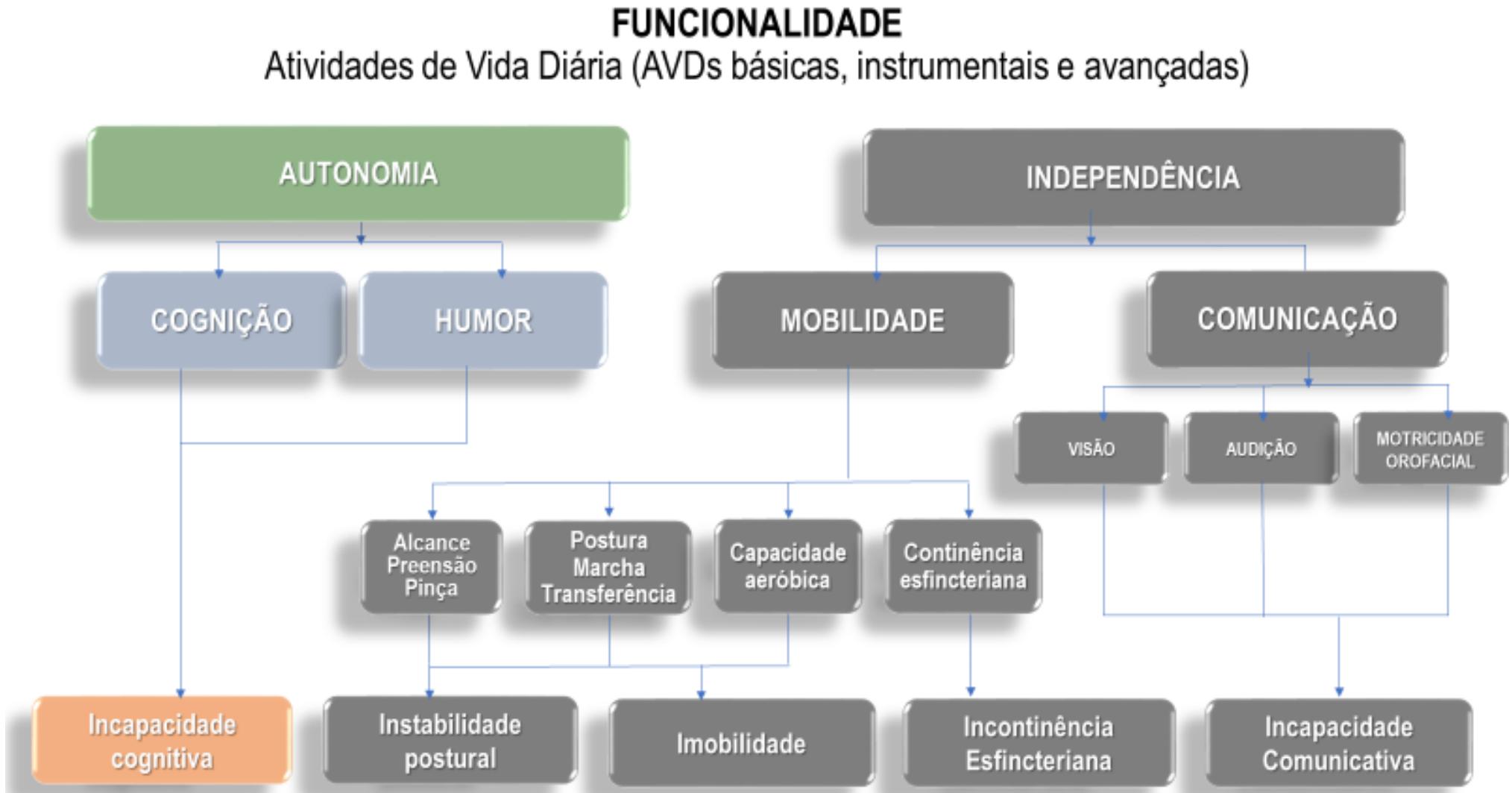
No Brasil, o processo de envelhecimento populacional iniciou de forma perceptível na década de 60, sendo que atualmente ele acompanha a tendência mundial, na medida em que o país passa por uma modificação rápida e intensa na sua estrutura etária¹⁹. O critério utilizado no país para considerar uma pessoa idosa é a idade cronológica a partir dos 60 anos, porém, nos países desenvolvidos, esta idade é postergada para os 65 anos^{26,29}.

Na presente investigação, o referencial cronológico adotado para determinar o processo de envelhecimento foi ≥ 65 anos de idade. Tal fato se justifica pelas peculiaridades do processo de envelhecimento, que, a partir dos 65 anos, se intensificam no processo de agudização das doenças crônicas, cuja incidência é progressiva e acumulativa com o passar dos anos, resultando na convivência com doenças a partir dessa faixa etária³⁰.

Considerando que o processo de envelhecimento é gradual, há algumas limitações que podem surgir no período de transição da fase adulta para a fase idosa. Alcançar a fase idosa equivale, em algum momento e em alguma intensidade, a deparar-se com limitações, restrições e a necessidade de adaptação diante das mudanças que surgem.

A **Figura 1** ilustra as prováveis situações identificadas na literatura como sendo peculiares a esse momento de transição.

Figura 1 - Esquema sobre as grandes manifestações da síndrome geriátrica e seu surgimento na transição da fase adulta para a idosa.



Fonte: MORAES, E. N. D. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. 1 ed. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, 2012. 98 p. adaptado por Arreguy-Sena e Marangon, 2019.

Como consequência do processo de envelhecimento humano, em algum momento, há o declínio da autonomia, expresso pela incapacidade cognitiva e pela instabilidade postural. O humor, assim como a cognição, está ligado à perda ou não da autonomia, podendo impactar sobre a disposição, o ânimo para o desenvolvimento das funções e para o engajamento social^{2,31}.

A cognição, enquanto capacidade mental de perceber e solucionar problemas do cotidiano, remete às funções corticais como a capacidade de armazenar informações (memória), e funções de planejamento, monitoramento e tarefas complexas (função executiva), compreensão e expressão da linguagem oral e escrita e a capacidade de localização no espaço¹¹. Isso equivale a dizer que o declínio cognitivo é fruto de alterações de memória, raciocínio, fluência fonética e semântica³², o que permite compreendê-lo como uma incapacidade cognitiva que pode justificar a queda ou a impossibilidade de uma pessoa se caracterizar/ identificar, ou seja, manter uma condição de autoidentificação e de racionalizar sobre sua individualidade, fato peculiar aos seres humanos, quando comparados aos animais².

O envelhecimento cognitivo se relaciona com a qualidade de vida e ao sistema funcional dos idosos, afetando-os negativamente, a ponto de impactar a realização das Atividades de Vida Diária – AVDs. Estas podem ser classificadas em Atividades de Vida Diária (AVDs) sendo elas básicas (relacionadas ao autocuidado, como lembrar o horário de medicação), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (ser capaz de preparar a próprio alimento) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs), relacionadas ao lazer, à participação social e à inserção em uma instituição formal. Essas atividades podem ser avaliadas e acompanhadas através da aplicação de escalas como de Katz e Lawton^{33,34}.

O declínio cognitivo dos idosos caracteriza-se por numerosos fatores, causando um ritmo mais lento na aprendizagem, dificuldade ao desempenhar certas atividades cotidianas, por exemplo o autocuidado, gerando dependência e alteração na rotina do idoso e da família. Esse declínio cognitivo pode ser caracterizado por um declínio sensorial, diminuição da atenção e da memória, assim como da velocidade cognitiva³⁵.

A autopercepção dos idosos sobre sua memória representa um possível preditor do declínio cognitivo, o que é observado na prática clínica, onde profissionais frequentemente se deparam com pacientes que relatam algum tipo de perda na qualidade e na acurácia de sua memória³⁶.

O conjunto de patologias que afetam as “funções mentais, incluindo a memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem, juízo crítico, humor e personalidade” é denominado de “demência”³⁷. A *American Psychiatric Association* fala em Transtorno Neurocognitivo, e não em demência, apesar de não excluir esta palavra por ser mais usual³⁸. Já a

World Health Organization, no livro de Classificação Internacional de Doenças, define demência como um processo crônico e evolutivo ao nível do cérebro³⁹. A demência pode ocorrer em três fases: leve, moderada ou grave, consoante a diminuição cognitiva (atenção, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, percepção ou cognição social) e com aumento gradual da perda de capacidade para a pessoa realizar as atividades de vida diária, as básicas e instrumentais³⁶.

Em geral, os sintomas iniciais são pouco perceptíveis pela família e pessoas que convivem com o indivíduo, que os consideram como esperados pela idade e decorrentes do envelhecimento³⁷. A demência pode ser também secundária a um processo degenerativo, como, por exemplo, Doença de Alzheimer e frontotemporal; de alterações na vascularização cerebral; acidente vascular cerebral e hipoperfusão cerebral; ou associada a toxicidade; encefalopatia, Doença de Wilson, intoxicação crônica por álcool ou metais pesados, deficiência de vitaminas, infecção, inflamação^{40,41}.

Com o declínio cognitivo, surge a progressiva perda da capacidade funcional, instalando-se a dependência, podendo, inclusivamente, gerar ou agravar quadros depressivos⁴², que justificam a demanda de atenção e cuidados na composição e disponibilidade da rede de apoio familiar e do sistema de saúde pública. O impacto do declínio cognitivo (e de desordens a ele relacionadas) na família do indivíduo e na sociedade não deve ser subestimado⁴³.

A identificação de indivíduos com potencial risco de desenvolver demência torna-se fundamental devido às consequências diretas do envelhecimento da população nos sistemas de saúde pública, o planejamento das intervenções terapêuticas, com objetivo de reduzir hospitalizações, prolongar autonomia e melhorias na qualidade de vida dos idosos. Para que isso ocorra, há que se identificar como está o processo de envelhecimento e o declínio cognitivo dos idosos⁴⁴.

Na presente investigação, a concepção de declínio cognitivo compreende a diminuição cognitiva: como déficit de atenção, função executiva, aprendizagem, memória, linguagem, cognição social, e a autopercepção desses déficits ou identificados pela rede de apoio do idoso (cuidadores, familiares e profissionais de saúde). Caracterizando assim uma diminuição da capacidade funcional que impacta o autocuidado nas AVDs básicas e/ou instrumentais.

4.2 A REDE DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A PESSOA IDOSA

O Sistema Único de Saúde (SUS) se caracteriza por uma estrutura e um sistema fragmentado de atendimento e assistência à saúde, voltado para eventos agudos, o que não contempla a realidade de morbimortalidade do país, quando se almeja um estilo de saúde direcionado para a redução de danos e a promoção de saúde⁴⁵.

Com a Portaria n. 4.279, de 2010, que veio preencher a lacuna do sistema, gestores do SUS instituíram as Redes de Atenção à Saúde (RASs), a fim de melhorar a qualidade e a resolubilidade da assistência na saúde, com vistas a um sistema integrado e articulado⁴⁶. São definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁴⁶. As RASs são constituídas por três elementos: a população de abrangência, a estrutura operacional e o sistema de funcionamento por meio de um modelo de atenção à saúde^{45,46}.

Redes temáticas com vistas a suprir as lacunas identificadas no SUS foram implementadas após a publicação da Portaria n. 4.279/2010⁴⁶, são elas: a rede de cuidados às pessoas com deficiência; a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas; a rede de urgência e emergência; a rede de atenção psicossocial e a rede cegonha³⁰.

A rede de cuidados às pessoas com deficiência tem como objetivo acolher os indivíduos que apresentam deficiências, assegurando sua autonomia e independência e visando motivá-los a continuarem ativos na sociedade, independentemente da deficiência e da idade⁴⁵.

A rede que promove ações na área da presente investigação é denominada de Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e seus objetivos são a atenção integral a essas pessoas, por meio da promoção da saúde, prevenção de agravos, manutenção, tratamento e reabilitação. Aproximadamente 66,3% da carga de doenças no Brasil são provenientes de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)⁴⁷.

As DCNTs possuem fatores modificáveis e não modificáveis. Atuar sobre os fatores de risco modificáveis implica lidar com hábitos culturais e preferências dos indivíduos suscetíveis, rever preferências alimentares, controlar o peso, inserir-se em atividades físicas regulares e, ao mesmo tempo, modificar comportamentos, a exemplo do consumo de tabaco, drogas e álcool⁴⁸.

Como doenças crônicas peculiares do processo do envelhecimento humano podem-se citar: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças mentais⁴⁸.

Outra Rede é a da Urgência e Emergência (RUE). Dá ênfase ao atendimento das doenças/eventos que possuem altos índices de mortalidade, a exemplo das doenças cardiovasculares (que acometem 20% da população que possui idade ≥30 anos); das causas externas, como acidentes automobilísticos; das lesões autoprovocadas intencionalmente (principalmente na população do sexo masculino) e dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVEs)⁴⁵.

A rede de atenção psicossocial prioriza atender pessoas com transtornos mentais, como depressão, alcoolismo, transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia, que podem ser considerados morbilidades que retratam problemas de saúde pública. Entre esses, o que mais acomete as pessoas idosas é a depressão^{49,50}. O idoso com quadro depressivo apresenta percepção subjetiva da saúde diminuída e funções executivas alteradas quando comparado às pessoas da mesma faixa etária que não apresentam a doença⁵⁰.

Já a rede cegonha foi estabelecida a fim de atender às necessidades das mulheres durante o período de gravidez, parto, puerpério e ao recém-nascido e seu desenvolvimento nos primeiros dias de vida. Portanto essa rede visa diminuir os índices de morbimortalidade materna e infantil³⁰ e devido à temática da presente investigação não será foco de detalhamento na presente investigação.

Como membro da equipe multidisciplinar, o enfermeiro deve atuar em todas as redes de atenção à saúde, com formação para subsidiar o planejamento de ações de saúde com base nas políticas públicas vigentes. Busca minimizar os riscos e promover a saúde e o bem-estar da pessoa idosa. Na APS, essa atuação merece um olhar especial, visto que é neste nível de atenção que se encontra o meio propício para realização de processos educativos, de promoção da saúde e prevenção de agravos. Entretanto devido às lacunas existentes na prestação de cuidados no contexto da atenção à saúde, a APS tem se constituído num lugar de atendimento de pessoas em condições agudas e com necessidades de caráter de urgência/emergência³⁰.

Na presente investigação, está sendo utilizado como abordagem o cuidado realizado na APS em domicílio. O enfoque pretendido é o do cuidado de enfermagem e, como paradigma utilizado para fazer a leitura dessa realidade, optou-se pela utilização de uma teoria de enfermagem, uma vez que possibilita o direcionamento do olhar para o contexto da pessoa idosa na perspectiva da inserção laboral de enfermeiros com possibilidade de inclusão de uma abordagem multidisciplinar, sem comprometer o direcionamento dado a atuação da equipe de enfermagem.

4.3 TEORIA DO SISTEMA DE NEUMAN E A PESSOA IDOSA: ALICERCES PARA O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com vistas a viabilizar o enfoque pretendido, buscou-se na Teoria dos Sistemas de Neuman para o direcionamento do olhar para a atuação de enfermeiros e sua equipe.

Considerando que a formação e o contexto sociohistórico vivenciados de Neuman permitem acessar as influências por que passou a ponto de impactar em sua proposta teórica filosófica buscou-se, a seguir, descrever algumas desses determinantes, mesmo que de forma sucinta com vistas a permitir ao leitor uma compreensão dos alicerces de sua estrutura conceitual e teórica.

Neuman nasceu em Ohio, região centro-leste dos Estados Unidos da América, em 1924. Sua motivação para a enfermagem decorre de seu contexto familiar, seu pai esteve hospitalizado por doença renal crônica e sua mãe trabalhava como parteira. Graduou-se em Enfermagem, aos 23 anos e, em 1966, concluiu o mestrado em Saúde Mental pela Universidade da Califórnia, sendo pioneira nessa área. Fez seu doutoramento em Psicologia Clínica, com conclusão em 1985⁵¹.

Teve sua vida profissional pautada pela diversidade de conhecimentos, abrangendo as áreas da assistência, administração e docência em enfermagem com experiência em diversas instituições hospitalares, além da carreira na docência como professora, autora, palestrante⁵².

Em 1970, Neuman apresentou à comunidade científica sua proposta teórica fundamentada na primeira versão que foi influenciada pelas Teorias: Geral dos Sistemas (Von Bertalanfy e Lazlo), Totalidade dos Sistemas (Chardin e Cornu) e do Estresse (Selye e Lazarus)⁵¹. Nessa publicação, Neuman apresentou seus metaparadigmas e sua teoria foi recomendada em 1972 como um modelo a ser aplicado no ensino a fim de demonstrar a abrangência do ser humano e de seus respectivos problemas a partir da visão multidimensional²².

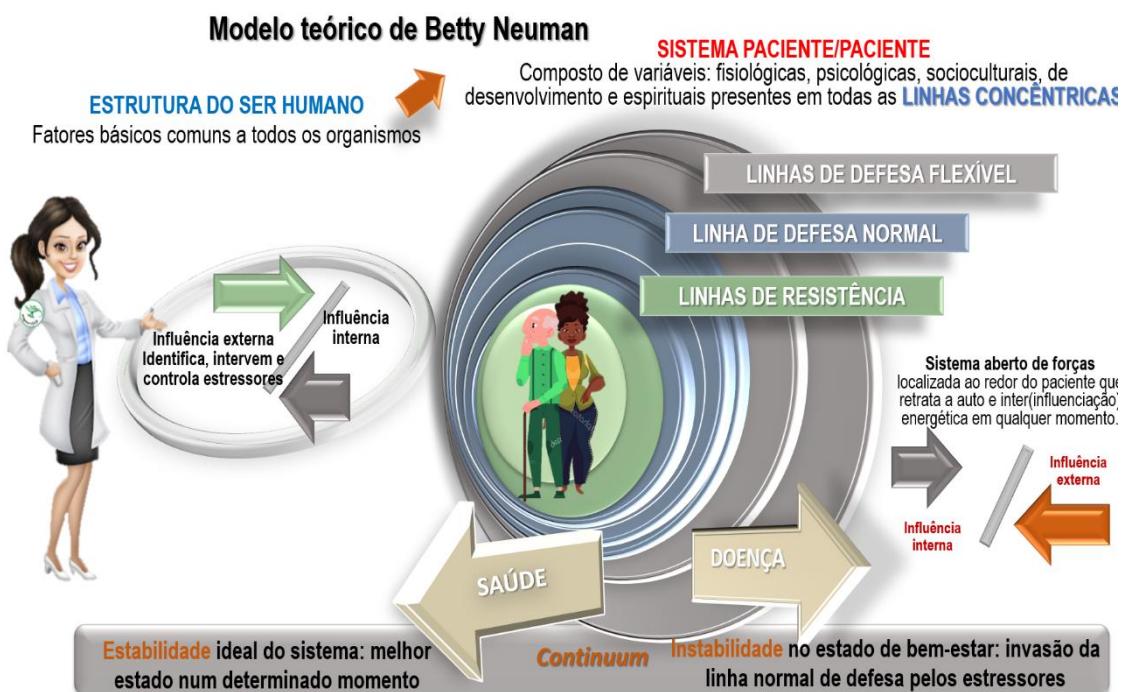
Em sua teoria, identifica quatro principais conceitos de metaparadigmas de enfermagem: ser humano, ambiente, saúde e enfermagem⁵¹. O indivíduo é considerado um Ser dinâmico em busca da estabilidade, suas forças o protegem dos estressores pelas linhas de flexibilidade, que são campos de forças que promovem o equilíbrio/desequilíbrio diante das situações, experiências e circunstâncias vivenciadas⁵¹. Para Neuman, o ambiente é definido como fatores ou influências que afetam ou são afetados pelo sistema e é constituído pelo ambiente interno e externo, os quais circundam o cliente ou seu sistema, além de um ambiente desenvolvido inconscientemente e considerado simbólico, denominado de “ambiente criado”²². A saúde é a estabilidade ideal do sistema ou o estado de bem-estar momentâneo, ocorre quando todas as partes do sistema estão

em harmonia e em equilíbrio. É considerada dinâmica pela ocorrência de variações ao longo do tempo e tendo em vista o sistema mover-se em direção à doença e à morte. Já a enfermagem é a ciência e a arte da disciplina²².

Em seu Modelo de Sistemas, estruturou a compreensão do ser humano a partir de cinco grupos de variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais). Em sua concepção, a pessoa (indivíduos, grupos e comunidades) está em constante interação com o ambiente e, nessa convivência, dá-se a permuta de reações, exposição a estressores e uso de processos adaptativos⁵².

Para elucidar e favorecer a compreensão do leitor para a proposta apresenta por Neuman, consta na **Figura 2** parte do esquema que exprimir sua concepção. Ela é apresenta aqui, na perspectiva de se aproximar essa proposta teórico filosófica com sua aplicação ao cuidado da pessoa idosa com declínio cognitivo atendidas na APS à luz dos resultados apresentados nessa investigação.

Figura 2 - Modelo Imagético da Teoria dos Sistemas de Neuman aplicada ao cuidado da pessoa idosa com declínio cognitivo.



Fonte: As autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman²².

Ao analisar pressupostos, conceitos e metaparadigmas é possível destacar a ligação de dois elementos e a relação que decorre deles com o indivíduo. Esses elementos são: o estresse interno e o externo (representado no esquema acima pelas setas marron e cinza como influência interna e externa). Isso justifica a concepção de ser humano como um sistema aberto e em

constante permuta de energia, bem como o relacionamento e a interação dessa energia interna com o todo, fundamentando a concepção de um sistema complexo²².

Em decorrência da ligação entre os estressores internos e externos, o equilíbrio ou a ausência deste podem ser alterados de acordo com a relação entre o meio, os estressores internos e externos. As trocas de energia são recíprocas, entre o meio e o cliente, podendo vir a interagir em seu sistema energético tanto positivamente quanto negativamente²². Como um sistema aberto, esperava-se a estabilidade, entretanto forças podem atuar sobre ele, a ponto de causar instabilidades. Essas forças, definidas como estressores, são provenientes de qualquer estímulo, evento ou fenômeno que produz tensões e pode causar instabilidade do sistema de energia, podendo atingir a estrutura básica em distintos níveis de profundidade²².

Da vinculação do ser com seu ambiente decorre o metaparadigma do ambiente, sendo possível explicar a atuação do enfermeiro. O ambiente para Neuman é formado pelo conjunto de forças internas e externas que atuam sobre o indivíduo por todo tempo de maneira multidimensional e dinâmica. O ambiente interno está relacionado ao homem e o ambiente externo corresponde ao inter e extrapessoal, ou seja, tudo aquilo que é externo ao homem⁵¹.

As linhas de resistência são fatores internos, defesas contra os tipos de estressores e são ativas nas situações em que as linhas de defesa normal são atingidas pela influência/invadidas por estressores ambientais. Já a linha flexível de defesa é dinâmica e se modifica rapidamente, age como amortecedor para a linha normal de defesa, contribuindo para o desenvolvimento²². No esquema apresentado (**figura 2**) esse conceito é retratado pelas linhas de defesa normal, flexível e de resistência.

Tal concepção permite categorizar os estressores em intra, inter e extrapessoais a partir da natureza, da intensidade da reação e da quantidade de energia dissipada. Os fatores intrapessoais são aqueles provenientes de dentro do indivíduo, podendo ser representados por sentimentos. Os interpessoais constituem-se na relação entre as pessoas, como os papéis sociais; e os extrapessoais são advindos de fora do indivíduo e podem ser retratados por situações sociais, econômicas, entre outras⁵².

Para Neuman, a enfermagem se insere no contexto dos estressores, do sistema de energia e das variáveis individuais e sua ação profissional é capaz de ajudar o indivíduo a estabilizar seu sistema de energia. Essa atuação auxilia na estabilização ou manutenção da homeostasia do sistema energético quando em desequilíbrio⁵³. Nem sempre o indivíduo será capaz de manter o equilíbrio de seu sistema, como no surgimento de uma doença, podendo assim a enfermagem auxiliar a pessoa a reagir contra os estressores que ameaçam o seu sistema para readquirir o equilíbrio/estado de saúde⁵⁴.

A atuação da enfermagem ocorre por meio do Processo de Enfermagem (PE), segundo a proposta de Neuman, sendo apresentado em três etapas sequenciais: diagnóstico de enfermagem após coleta de dados; as metas de enfermagem de acordo entre o enfermeiro e o cliente, sendo, nessa etapa, realizada a adequação de qual prevenção (primária, secundária ou terciária) será utilizada como intervenção de enfermagem. E, na terceira etapa, os resultados de enfermagem, em que é avaliada a efetividade ou não das metas anteriormente propostas e implementadas²².

A enfermagem pode implementar intervenções terapêuticas pautadas na prevenção, que Neuman denomina de primária, secundária e terciária²².

Em decorrência da ligação entre os estressores internos e externos, o equilíbrio ou a ausência deste podem ser alterados de acordo com a relação entre o meio, os estressores internos e externos. As trocas de energia são recíprocas, entre o meio e o cliente, podendo vir a interagir em seu sistema energético tanto positivamente quanto negativamente²². Como um sistema aberto, esperava-se a estabilidade, entretanto forças podem atuar sobre ele, a ponto de causar instabilidades. Essas forças, definidas como estressores, são provenientes de qualquer estímulo, evento ou fenômeno que produz tensões e pode causar instabilidade do sistema de energia, podendo atingir a estrutura básica em distintos níveis de profundidade²².

Para compreender os níveis de intervenções passíveis de serem realizados pelos enfermeiros junto a um usuário segundo a concepção de Neuman faz-se necessário recorrer ao conceito de reconstituição que consiste em um estado de adaptação do indivíduo aos fatores de stress do ambiente, acontece após a reação do indivíduo aos agentes de stress e representa, basicamente o retorno e manutenção da estabilidade do sistema²².

Esse conceito permite deduzir e compreender os níveis de prevenção apresentados pela teoricista. A **prevenção primária** tem como objetivo atenuar os estressores e fortalecer a linha flexível de defesa, promovendo o bem-estar.

Para esquematizar como a prevenção primária ocorre na concepção de Neuman e como a enfermagem pode intervir terapeuticamente, consta a seguir uma ilustração explicativa (**Figura 3**).

Figura 3 - Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção primária sobre o sistema de energia e sua implicação para a atuação de enfermagem.



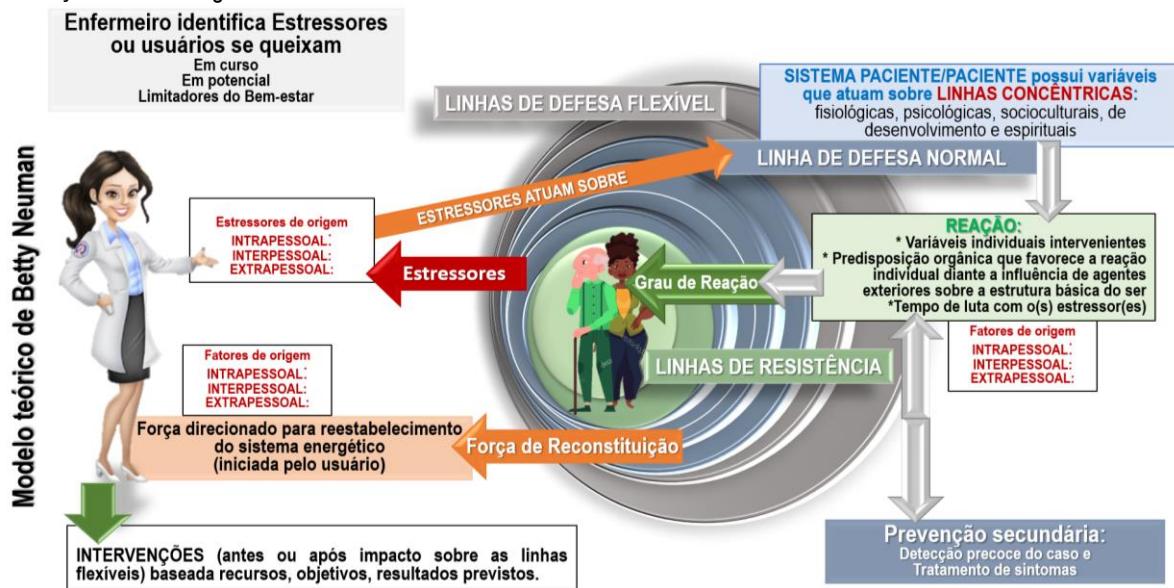
Fonte: As autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman²².

A **prevenção secundária** acontece quando o sistema é atingido e interage com o estressor, resultando em sinais e sintomas, e desequilíbrio no sistema. Assim, o enfermeiro, a partir do tratamento dos sintomas, prioriza o fortalecimento das linhas internas e de resistência, com a finalidade de proteger o núcleo central do indivíduo.

Na prevenção secundária, o enfermeiro deve estabilizar o sistema e a conservação de sua energia existente. Se, na prevenção secundária, o enfermeiro não alcançar sucesso e a reconstituição do sistema não for efetiva, a estrutura básica do indivíduo será afetada, podendo ocasionar sequelas ou até mesmo a morte²².

Para esquematizar como a prevenção secundária ocorre na concepção de Neuman e como a enfermagem pode intervir terapeuticamente, consta a seguir uma ilustração explicativa (**Figura 4**).

Figura 4 - Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção secundária sobre o sistema de energia e sua implicação para a atuação de enfermagem.



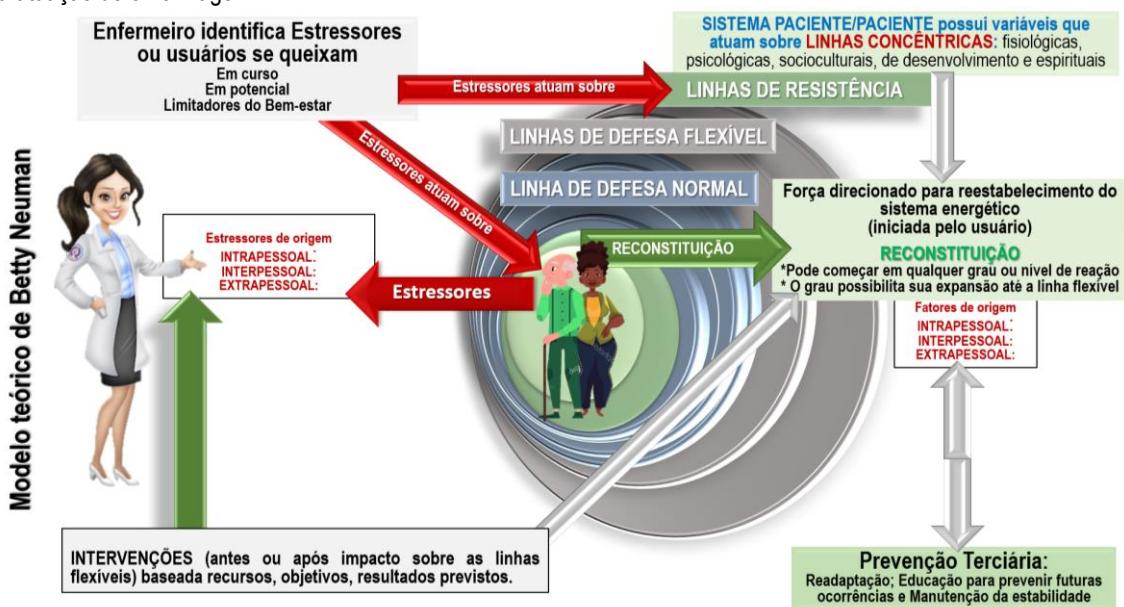
Fonte: As autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman²².

A **prevenção terciária** ocorre quando o sistema já recebeu as intervenções da prevenção secundária e com a finalidade de manter a harmonia e o bem-estar. Há ênfase nos pontos fortes do indivíduo. Isso requer a oferta de um suporte, a fim de acrescentar energia ao sistema para que ele se reconstitua. A prevenção terciária pode ser iniciada em qualquer ponto após a desestabilização do sistema e, quando efetivada, auxilia o organismo a retornar à condição de requerer a prevenção primária^{22,54}.

O enfermeiro, por meio de ações terapêuticas, deve fortalecer o indivíduo e capacitá-lo a lidar melhor com os estressores. Nesse sentido, a atuação do enfermeiro será a de fortalecer as linhas de defesa flexíveis por meio da prevenção (prevenir o encontro do indivíduo com os estressores), reduzindo a exposição dos usuários aos fatores de risco a novas exposições⁵³.

Para esquematizar como a prevenção terciária ocorre na concepção de Neuman e como a enfermeria pode intervir terapeuticamente, consta a seguir uma ilustração explicativa (**figura 5**).

Figura 5 - Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção terciária sobre o sistema de energia e sua implicação para a atuação de enfermagem.



Fonte: As autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman²².

A aplicabilidade dessa teoria às pessoas idosas permite identificar os estressores que impactam sobre o sistema de energia dos idosos na perspectiva do declínio cognitivo e compreender como eles agem, quais as habilidades de enfrentamento/adaptações às mudanças requeridas para que os próprios idosos sejam capazes de re-harmonizar suas linhas de defesa contribuindo para a reconstituição do fluxo de energia e para a restauração do bem-estar^{22,54}.

O contexto de atuação do enfermeiro na rede de atenção primária à saúde mostra a importância do cuidado integral ao idoso⁵⁵. A Enfermagem é definida Neuman como uma profissão única na medida em que se relaciona com todas as variáveis que afetam as respostas dos sistemas aos fatores de stress, tendo como principal finalidade assistir o cliente a mover-se para um estado ótimo de bem-estar, sabendo que cada indivíduo tem um possível estado de saúde e bem-estar, num ponto específico do tempo²². Dentro de suas especificidades no atendimento na atenção primária à saúde, é possível compreender o contexto familiar, a realidade vivenciada por essas pessoas, sua interação com os serviços de saúde, os agravos de doenças, relação intergeracional e com o meio e compreender as redes de apoio e sociais. Torna-se possível a atuação otimizada do enfermeiro na redução aos agravos à saúde e consequentemente na redução da sobrecarga hospitalar e por serviços especializados^{55,56}.

4.4 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

O termo Representação Social (RS) surgiu em 1960 com o trabalho de Serge Moscovici, romeno, naturalizado francês e nascido em 1928. Moscovici publicou em seu doutorado “A representação social da Psicanálise” e propôs a Teoria das Representações Sociais (TRS)⁵⁷. Nas Ciências Sociais, sua obra se insere no campo da sociologia do conhecimento, pois busca não apenas compreender como o conhecimento é produzido, mas principalmente analisar seu impacto nas práticas sociais⁵⁸. Moscovici recorda a perspectiva de Durkheim de que os fatos sociais resultam da construção de representações simbólicas partilhadas pelos membros de sistemas sociais⁵⁸.

A RS é como o conhecimento advindo do senso comum, cuja construção mental de um grupo expressa uma realidade social contextualizada. Ela pode permitir a compreensão de concepções compartilhadas por um coletivo na medida em que acessa elementos advindos de indivíduos que integram um contexto social^{23,59}.

Na TRS existem diferentes abordagens metodológicas, sendo elas: societal, liderada por Willem Doise (Escola de Genebra); processual, liderada por Moscovici e sua discípula Denise Jodelet e estrutural, defendida por Jean-Claude Abric. Na presente investigação, serão utilizadas as abordagens processual e estrutural⁶⁰.

Retomada por Moscovici e explanada por Denise Jodelet, a RS que traz o conceito da sua abordagem processual, na qual os fenômenos cognitivos impõem aos elementos pertencentes da sociedade uma série de consequências de ordem afetiva e/ou normativa. A internalização de situações de práticas ou de vivências, bem como exemplos de pensamentos e ações, socialmente compartilhados, configura a inclusão social destes^{59,61}.

O enfoque **processual** se caracteriza por considerar que, para alcançar o conhecimento das RSs, deve-se partir de uma abordagem hermenêutica, entendendo o ser humano como produtor de sentidos com foco na análise das produções simbólicas, dos significados e da língua. São privilegiadas nesse enfoque as vias de acesso ao conhecimento, sendo elas: método de apreensão e análise de dados qualitativos e triangulação dos dados, combinação de múltiplas técnicas e teorias a fim de garantir a confiabilidade das interpretações, aprofundamento e ampliação do objeto de estudo²³.

A metodologia é baseada na análise de discurso com ênfase nos processos construtores da RS: ancoragem e objetivação, permitindo compreender o processo de construção de uma RS e possibilitando a compreensão de comportamentos de sujeitos diante de um determinado objeto

pela utilização de questões norteadoras para apreensão da abordagem processual das representações⁶².

O termo “ancoragem” consiste na aproximação do sujeito com o objeto, funcionando como um ponto de referência e fixação da ideia, permitindo uma comparação e um julgamento por parte do sujeito em relação aos seus paradigmas e valores formados de acordo com o contexto sociocultural em que o mesmo está inserido – “ancorar um barco a um porto seguro” –. “Objetivação” consiste no processo pelo qual indivíduos ou grupos acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis, retiradas de seu cotidiano, aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais têm de lidar⁶³.

A articulação entre o cognitivo e o sociocultural⁶⁴, na RS, permite identificar as suas dimensões a partir do conhecimento de comportamentos, atitudes, conhecimentos, informações, valoração e capacidade de retratar e de caracterizar o objeto que será representado⁶⁵. Isso justifica o fato de a RS ser capaz de remeter à concepção coletiva a respeito de um objeto, desde que o sujeito tenha aproximação com o mesmo e sejam utilizadas técnicas capazes de favorecer o acesso às concepções que integram o pensamento coletivo a partir das falas dos indivíduos²³.

Na abordagem **estrutural** da representação social, proposta por Jean Claude Abric, são estabelecidos vínculos entre a experiência coletiva e a individual, possibilitando o entendimento do pensamento social⁶⁶. Toda realidade que é exibida pelo indivíduo integra o sistema de valores influenciado pela história pessoal e coletiva de um dado contexto social⁶⁷. Em sua proposta, foi possível identificar que as representações sociais possuem quatro funções: função de saber; função identitária; função de orientação e função justificadora⁶⁷.

A função de saber identifica o sujeito em relação à compreensão e à comunicação. A função identitária refere-se a características comuns dos grupos, que proporcionam uma positivação da sua imagem. A função de orientação relaciona-se a comportamentos e práticas, mostrando que as representações sociais extrapolam o campo simbólico, ligando-se ao concreto. E a função justificadora é aquela que possibilita a justificativa por parte do sujeito para as suas tomadas de decisão⁶⁷.

São quatro as dimensões das representações sociais: atitudinal, correspondendo à inclinação geral (favorável ou não) ao objeto representacional; informativa, que remete aos conhecimentos existentes e compartilhados sobre o objeto; imagem ou campo representacional, que associa ao conteúdo real, permeado por proposições sobre um aspecto fundamental do objeto, a ideia de uma imagem, pressupondo relações hierarquizadas entre seus elementos; e valorativa, simboliza ações e situações que podem se tornar comuns⁶⁸.

Nesse perspectiva, conhecer quais são os elementos representativos do ponto de vista social possibilita compreender como eles se articulam hierarquicamente⁶⁴ e categorizá-los segundo as dimensões que traduzem aspectos cognitivos, informativos, comportamentais, atitudinais, valorativos ou representacionais, além de identificar se esses elementos retratam componentes de caráter positivo, neutro ou negativo na perspectiva de um dado grupo social⁶⁰.

Na abordagem estrutural proposta por Abric, os elementos representacionais organizam-se e se reúnem ao redor do núcleo central⁶⁹, interligando-se com o contexto histórico, social e ideológico⁶⁵. Isso permite identificar três funções atribuídas ao elementos agregados no entorno do núcleo central, a saber: função geradora, aquela que se refere à produção e à modificação de uma representação; função organizadora, que ordena as ligações dos elementos da representação e função estabilizadora, aquela que confere estabilidade ao sistema.⁶⁷ Por isso é possível dizer que os elementos que integram o núcleo central das representações sociais são sólidos e resistentes à mudança⁷⁰ enquanto os demais elementos ficam alocados na periferia.

Os elementos periféricos, por se encontrarem ao redor do núcleo central em camadas, possuem a finalidade de o proteger, uma vez que são oriundos da ancoragem do objeto representado²³. Traduzem a interface entre o núcleo central e a realidade, possibilitando a adaptação e a integração de novas representações ocorridas em determinado contexto⁷¹.

Isso equivale a dizer que os elementos periféricos são compostos por estruturas passíveis de ser transformadas na medida em que retratam a opinião de um subgrupo a respeito do objetivo representado a ponto de criar camadas de informações que se vinculam com o conteúdo alocado no núcleo central. Por isso são capazes de dar a compreender possíveis interações que se estabeleçam entre o indivíduo e o contexto em que ele vive, dar visibilidade à integração que possa existir entre as experiências e as histórias individuais, mostrando o nível de consenso ou dissenso da forma como o grupo se posiciona diante do objeto de investigação⁶⁰.

Por isso é possível captar a diversidade de respostas humanas e compreender sua complexidade na medida em que elas se traduzem em variações de expressão do ser coletivo a respeito de um objeto e são influenciadas pela subjetividade das pessoas e de seus contextos. Isso reafirma a complexidade que envolve a captação das representações sociais de um grupo.

A aproximação e a escolha metodológica da Teoria das Representações Sociais a partir das abordagens processual e estrutural com a temática da presente investigação ocorreu devido a: compreensão da dimensão social sobre a vivência e percepção que os indivíduos têm de algum fato com terceiros quanto ao processo de envelhecimento e o declínio cognitivo; e apreensão dos fatos socialmente contextualizados a ponto de acessar as dimensões informativas, valorativas, cognitivas, imagéticas de um grupo a respeito das alterações cognitivas vivenciadas. Isso porque

o processo de envelhecimento caracteriza-se pela presença de alterações tanto físicas como psicossociais, e o impacto recai não só sobre o indivíduo, mas também sobre o contexto coletivo.

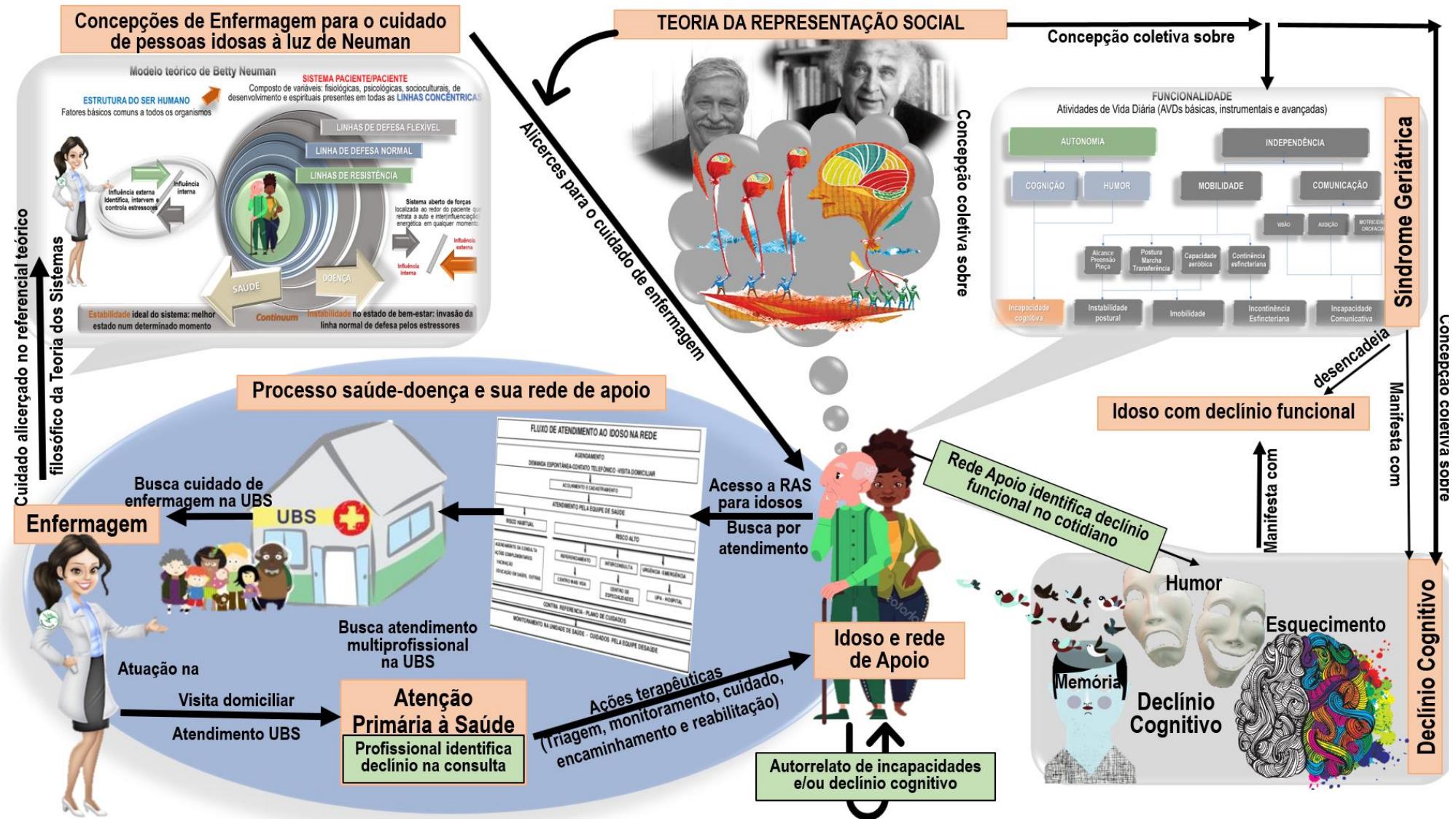
Daí, faz-se necessário identificar valores, concepções, significados, informações, conhecimentos, comportamentos, sensações e atitudes advindas que são compartilhados pelo grupo social a respeito desse período no contexto da vida e a respeito desse processo⁷⁰. Para isso, justifica-se a utilização da Representação Social, pois esta mostra como ocorre a organização de cada grupo social e a construção dos seus significados por interações dinâmicas, além de evidenciar a “zona muda”. Esta faz parte da consciência dos indivíduos, porém não é verbalizada quando o indivíduo ou grupo não pretendem fazer menção a determinado conteúdo pública ou explicitamente⁷².

A presente investigação, na medida em que explicita essas subjetividades, busca acessar a compreensão de uma dada realidade na perspectiva dos sujeitos coletivos com vistas a dispor de elementos que possam servir de alicerce para a estruturação do processo de cuidado de enfermagem com idosos que possuem vulnerabilidade para o declínio cognitivo.

A opção pelo uso concomitante das abordagens processual e estrutural na presente investigação permite a triangulação de técnicas para coleta de informações, de tratamento dos dados e de análise dos resultados⁷³, no intuito de pontencializar o acesso a conteúdos que possam exprimir com mais científicidade quais são as respostas humanas apresentadas pelo grupo social investigado e quais as peculiaridades advindas do contexto em que estão inseridos. Isso permite a compreensão e explicitação da origem, da composição, da hierarquia dos elementos acessados e do sistema interinfluenciável das representações realizadas por eles.

No sentido de dar visibilidade aos alicerces, conceitos e articulação temático-conceitual, metodológica e filosófica adotados na presente investigação, apresenta-se, a seguir, o mapa conceitual para explicitar como esses conteúdos dão sustentação à presente investigação (**Figura 6**).

Figura 6 - Mapa esquemático contendo os constructos teóricos e filosóficos utilizados na presente investigação.



Fonte: As Autoras (Jun/2019).

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

A seguir, estão descritas a trajetória metodológica e as técnicas utilizadas para a operacionalização da presente investigação.

5.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Está previsto o cumprimento de todos os quesitos éticos e legais estabelecidos pelas Resoluções n. 466/2012⁷⁴, n. 510/2016⁷⁵ e suas complementares⁷⁴ (**Anexo A**).

Trata-se de um estudo classificado como de risco e desconforto mínimos, uma vez que o método e a técnica a serem utilizados durante a coleta das informações não empregarão nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participarão do estudo. No entanto, a pesquisadora utilizará de recursos comunicacionais e relacionais para minimizar quaisquer riscos possíveis⁷⁴. Cabe mencionar que o processo de coleta de dados ocorreu em etapas com um quantitativo de visitas domiciliares compatível com o perfil de cada participante guardando a intencionalidade da individualidade, a disposição e a adequação da investigação ao cotidiano dos mesmos, reduzindo-se ao máximo os desconfortos decorrentes de uma abordagem excessivamente longa.

Do ponto de vista do financiamento da investigação, houve a previsão orçamentária para que ela fosse realizada com recursos próprios e no contexto do grupo de pesquisa TECCSE (**Apêndice A**).

5.2 DELINEAMENTO

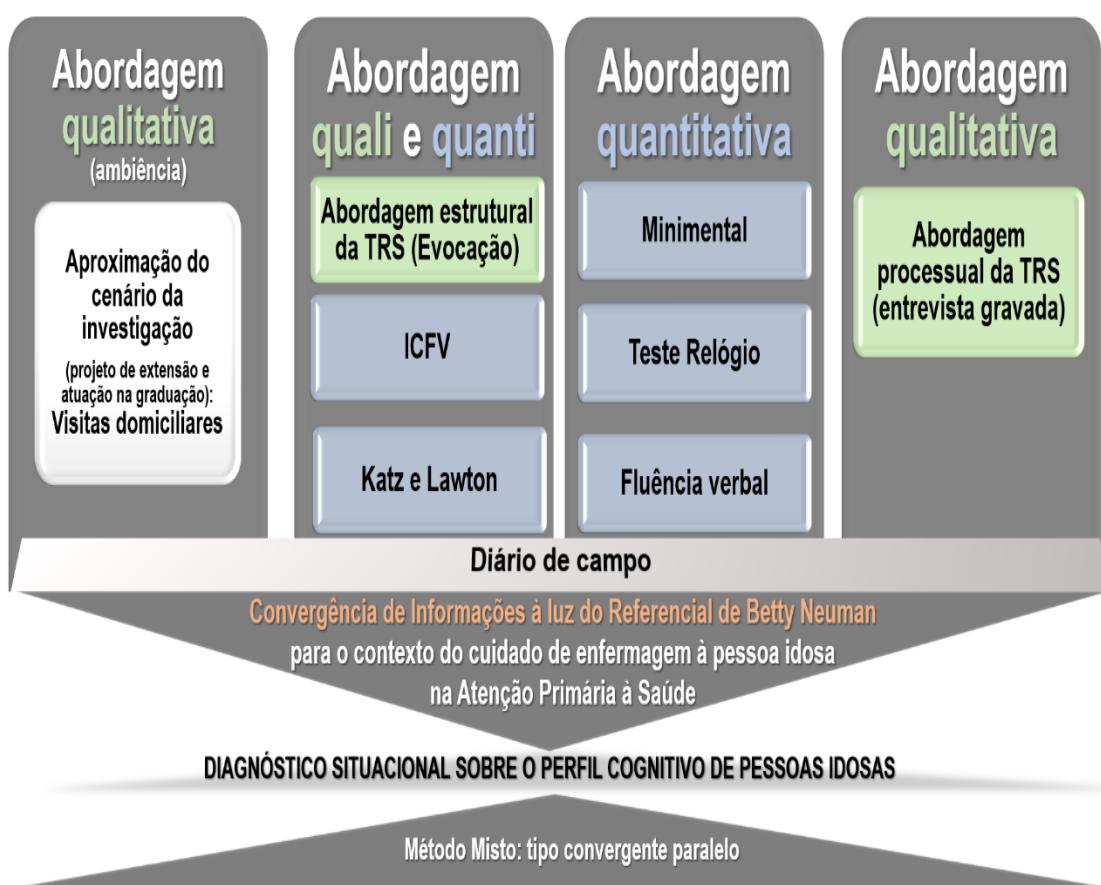
Pesquisa delineada em método misto do tipo convergente paralelo, ou seja, utiliza abordagens quantitativas e qualitativas de forma a intensificar as possibilidades de apreensão do objeto da investigação de maneira independente, utilizando estratégias distintas e complementares, com resultados conciliando análise estatística e textual das variáveis de interesse^{73,76}.

Utilizados os seguintes delineamentos: 1) Abordagem qualitativa: Teoria das Representações Sociais segundo proposta de Abric (Teoria do Núcleo Central) com enfoque sobre estrutura e organização hierárquicas das representações sociais e segundo Moscovici (abordagem processual),

cujo enfoque recai sobre a origem das representações sociais e dos elementos simbólicos construídos socialmente. Na perspectiva estrutural, a Teoria do Núcleo Central prevê que os elementos representacionais estejam alocados no núcleo central, que é estável e resistente a mudanças, alocando na periferia componentes das experiências peculiares de subgrupos^{23,59,67}.

Na abordagem processual, identificada a origem dos elementos simbólicos comum a determinados grupos sociais. Em ambos os casos, foi possível identificar as dimensões comportamentais/atitudinais, informativas/cognitivas, valorativas e objetivadas. Na abordagem quantitativa, mensurada a ocorrência de comprometimento cognitivo, utilizando um delineamento seccional do tipo descritivo^{23,62} (**Figura 7**).

Figura 7- Ilustração esquemática da articulação das abordagens qualitativa e quantitativa no contexto do método misto.



Fonte: As autoras (Jun/2019).

5.3 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O cenário para a realização desta investigação foi o domicílio de indivíduos residentes em uma área delimitada por uma UBS, que possui cobertura do Programa de Agentes Comunitários

de Saúde (Pacs) de uma cidade da Zona da Mata Mineira, com população estimada em 2016 de 559.636 habitantes⁷⁷, sendo 11,9% acima de 60 anos de idade e 8,3% com 65 anos de idade ou mais. Índices superiores à média nacional^{78,79}.

Essa região é localizada na zona oeste dessa cidade e está anexa ao *campus* de uma universidade federal, dispõe de uma Unidade de Pronto atendimento (UPA) e duas UBSs. Durante minha ambientação por meio do projeto de extensão e ambientações retrôgadas no período da Residência Multiprofissional, percebi que o local apresenta desigualdade social, moradores com baixo poder aquisitivo e, por outro lado, condomínios privativos. A maioria das casas apresenta saneamento básico, água encanada e luz elétrica. O transporte coletivo é presente nas ruas principais do bairro, mas com dificuldade de trânsito dos veículos em algumas ruas estreitas.

Na rua principal, localiza-se grande parte do comércio e há outras vias adjacentes, onde o número de casas comerciais é mais reduzido. A topografia de terrenos predominante é a acidentada, o que é um obstáculo à acessibilidade das pessoas idosas aos ambientes que ficam na parte mais baixa do bairro, onde se encontram os principais estabelecimentos comerciais, pontos de ônibus, agência bancária, oficinas, serralheria, creche infantil e escolas públicas e particulares e, entre eles, a UBS.

5.4 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, DELINEAMENTO AMOSTRAL E RECRUTAMENTO

Os participantes foram recrutados por meio de convite individual por ocasião da inserção da pesquisadora em um projeto de extensão do grupo de pesquisa na qual a presente investigação se inscreve. Entre as atividades que proporcionarão aproximação da pesquisadora com potenciais participantes estão as atividades de vacinação, após a entrevistadora lhes ser apresentada ou durante a realização de visitas domiciliares.

Foram considerados critérios de elegibilidade: ser pessoa com idade ≥65 anos, morar em ruas adstritas à Unidade Básica de Saúde, ter fala coerente a ponto de possibilitar a realização de entrevistas e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo B**).

Os critérios de exclusão foram: pessoas que apresentarem deficiência da fala, visão ou audição em uso de equipamento que não favoreça a viabilização da coleta de dados; pessoas internadas para tratamento de saúde ou ausentes no período da coleta de dados por mais de três tentativas de abordagem em períodos distintos; pessoas que não participarem de mais de 50% em

cada etapa da investigação; pessoas que se recusarem a autorizar a gravação da entrevista semiestruturada.

Para o delineamento da população amostrou foi utilizado dois critérios sobrepostos, ou seja, foi selecionada a área adstrita a uma UBS e a área censitária correspondente pelos critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Foi estimada a participação de 200 pessoas idosas, sendo este número definido acessado a partir da área estruturada que contemplou uma estimativa da localidade e do número de potenciais participantes a serem inseridos na pesquisa⁷⁹.

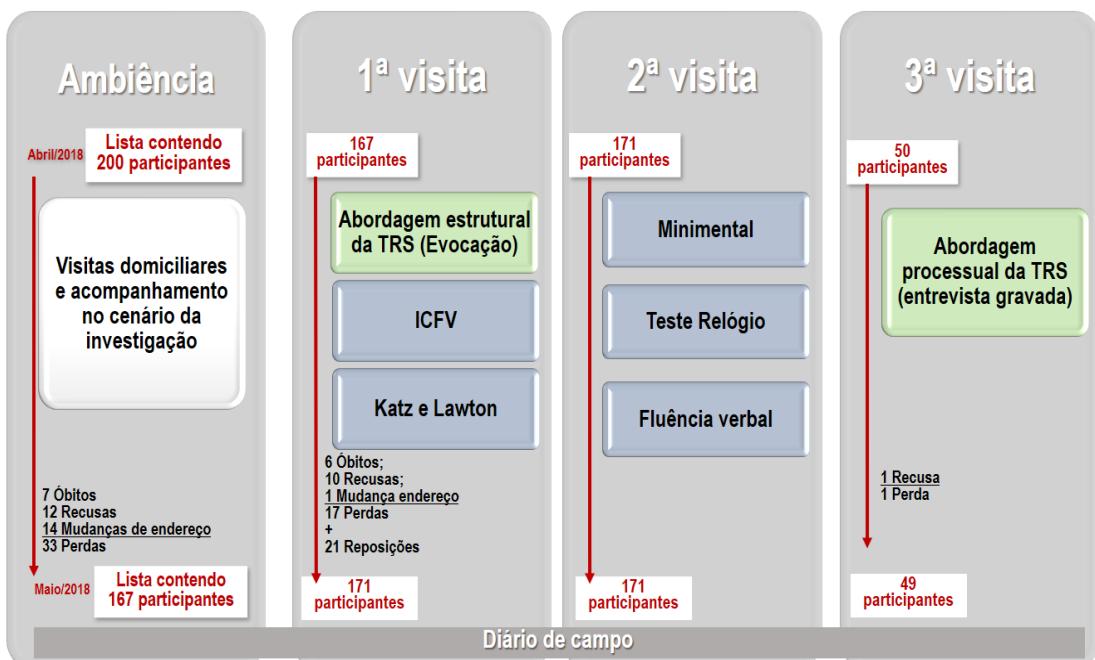
Após a definição da área geográfica foram realizadas visitas domiciliares em cada residência por ocasião da inserção das pesquisadoras em projeto de extensão em que havia atividades de campanha de vacinação inseridas. A participação objetivou, além da ampliação da cobertura vacinal, buscar identificar pessoas moradoras que tinham 65 anos de idade ou mais e construir uma lista com os nomes delas. Esta lista foi utilizada como referência para se realizar o convite para que cada participante pudesse integrar a investigação. Foi estimada a participação de 200 pessoas na etapa de abordagem quantitativa e na abordagem estrutural das representações sociais. Na abordagem processual das representações sociais, foi estimada a participação de 50 pessoas, sendo essa amostra delineada por conveniência.

Foi prevista a reposição de participantes quando houvesse perda superior $\geq 15\%$, sendo nesse caso necessário a revisitação da área para identificar novos moradores que adentraram nele por mudança de endereço (transitório ou definitivo) ou ampliação da área inicialmente delineada, desde que mantidas as características. Considerando a possibilidade de a amostra contar com pessoas distintas entre as etapas, o quantitativo total estimado foi de até 450 participantes.

Das 200 pessoas estimadas a participar da presente investigação, houve um total de 50 perdas, sendo elas caracterizadas como 13 óbitos, 22 recusas e 15 mudanças de endereço. Para manter o quantitativo de participantes e considerando que o aumento de idade pode estar ligado à perda de participantes em decorrência de óbito que ocorreram durante o processo de coleta de dados, as perdas decorrentes da aplicação do critério de exclusão devido ao adoecimento, ao internamento e a outros fatores descritos nos critérios de exclusão, foi prevista a reposição das perdas quando elas eram $\geq 15\%$. Essa reposição foi realizada através do aumento da área de cobertura, sendo reposto 21 participantes. Totalizando 171 participantes na presente investigação.

A operacionalização da investigação consta na **Figura 8** por meio do fluxograma de movimentação dos participantes e as respectivas perdas segundo a etapa metodológica.

Figura 8- Fluxograma de movimentação de participantes segundo as etapas metodológicas.



Fonte: As autoras (Jun/2019).

5.5 INSTRUMENTO, PROCESSO DE COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O instrumento de coleta de dados é composto por questões abertas, fechadas ou semiestruturadas, tendo sido organizado em três eixos, a saber: 1) Determinantes sociodemográficos; 2) Etapa qualitativa: abordagem estrutural da TRS (técnica da evocação pela Talpi desencadeada por termos indutores) e 3) Etapa qualitativa: abordagem processual da TRS (**Apêndice B**).

Para viabilizar o processo de coleta de dados em todas as fases, foi utilizado como suporte operacional o aplicativo *Open Data Kit* (ODK). Trata-se de um software utilizado em aparelho *android* que reduz a possibilidade de viés por digitação, uma vez que dispensa essa etapa por permitir a captura do banco de dados em nuvem^{80,81}.

A primeira estratégia de coleta de dados para a **abordagem estrutural da TRS** utilizou a associação livre de palavras pela técnica de evocação. Os dados foram coletados no período compreendido entre março de 2018 e janeiro de 2019, realizado como primeira etapa, visando reduzir a ocorrência de possível contaminação e enviesamento dos conteúdos evocados advindos de outras estratégias metodológicas utilizadas para a abordagem da temática.

Foi solicitado à pessoa idosa que mencionasse as cinco primeiras palavras que lhe viessem à mente quando cada um dos termos indutores (“esquecer das coisas e das pessoas”, “não ser capaz de se cuidar”, “não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda” e “não conseguir se relacionar com as pessoas sem ajuda”) fosse mencionado.

Os conteúdos evocados, pelo fato de terem sido coletados com o suporte do aplicativo ODK e encaminhados para armazenamento *on-line*, foram captados e reunidos em planilha do *Excel for Windows* segundo cada termo indutor. A consolidação dos mesmos permitiu que o *corpus* fosse tratado a partir da elaboração de um dicionário contendo termos consensualizados por meio de duas técnicas: a lematização e a semântica. Sendo assim, os cognemas evocados por diferentes participantes foram reunidos na técnica de elaboração do dicionário de termos equivalentes, por meio do programa *Word for Windows*. Na lematização, a reunião dos termos evocados utilizou como critério o mesmo radical e a mesma classe temática. A aproximação semântica de palavras com a reunião da palavras ou lexos possibilitou o agrupamento dos mesmos segundo a semelhança de significado. Em ambos os casos, foram removidas as preposições, conjunções, artigos e pronomes a fim de homogenizar as evocações e reduzi-las⁸².

A forma de trabalhar a elaboração do dicionário foi operacionalizada utilizando uma tabela composta por três colunas. A primeira coluna foi destinada ao termo evocado mais incidente/representativo do grupo em concordância com todas as evocações do grupo. Na segunda coluna, foram computadas todas as variações de termos evocados reunidos num mesmo grupo por equivalência de lematização ou semântica e reunidos termos que, no processo de coleta de dados, foram gravados de forma equivocada ou com variação de maiúsculas/minúsculas e acentuação e pontuação. Na terceira coluna, foi computado o quantitativo de cognemas reunidos, totalizando o número de vezes em que foram identificados cognemas passíveis de ser consensualizados.

Ao produto desse tratamento dos dados foram agregadas outras informações referentes às variáveis sociodemográficas e intervenientes, no que tange à sua influência sobre a temática abordada com vistas a possibilitar que o tratamento dos dados fosse compatível com sua entrada no programa EVOC 2000 proposto por Vergès⁸³.

Nesse programa, foi possível elaborar a análise prototípica, também conhecida como quadro de quatro casas. Essa técnica permite que os cognemas evocados sejam agrupados tendo-se como critérios frequência e ordem média de evocação (OME), o que é compatível com a alocação de tais informações dentro de um quatro imaginário de abscissas e ordenadas, delineando-se assim quatro quadrantes.

Os termos alocados no quadrante superior esquerdo (QSE) constituem os prováveis componentes e conteúdos representativos do núcleo central, por terem maior frequência e serem

emitidos mais prontamente pelos participantes (menor OME). Para Abric, a alocação dos cognemas do QSE, por reunir informações consensualizadas no grupo (maior frequência e maior prontidão de menção), confere estabilidade e constância ao seu conteúdo, requerendo uma mudança profunda para justificar uma possível reordenação das informações que estão alocadas nesse espaço⁷¹.

Os cognemas alocados no quadrante inferior esquerdo (QIE) constituem os elementos que compõem a área de contraste e por isso possuem menor frequência, embora retratem a prontidão com que foram mencionados pelos participantes. Nessa área, estão alocados os conteúdos consensualizados por subgrupos que os mencionam com maior prontidão, porém com uma frequência menor quando comparados aos conteúdos do QSE. Por isso seus conteúdos integram a estrutura estável da representação⁸⁴.

Os cognemas alocados no quadrante superior direito (QSD) constituem a primeira periferia. Trata-se de conteúdos pouco consensualizados entre os componentes de um contexto social e por isso retratam o que individualmente alguns de seus componentes pensam. Isso faz com que eles tenham maior frequência e menor OME, ou seja, foram mencionados nas últimas posições. Seu conteúdo, por isso, integra o sistema periférico das representações, sendo capaz de suportar contradições e se adaptar às mudanças sem que seja abalada a estruturação do conteúdo central⁷¹.

No quadrante inferior direito (QID), também conhecido como segunda periferia, estão os cognemas que retratam a maior variabilidade de posicionamento dos participantes não sendo conteúdos consensualizados e sem posições individuais, tendo por isso menor frequência e evocação nas últimas posições. Destarte, possibilita ajustar-se a mudanças de experiências, informações e conhecimentos e comportamentos, sendo assim, acessíveis a alterações por processos educativos estruturados, não contemplando, dessa forma, o posicionalmento de um dado grupo social.^{71,84}

Na análise protótipica, foram critérios adotados: a lei de Zipf⁸⁵ (teoria com base na matemática e na linguística que analisa e quantifica como as palavras são distribuídas dentro de um determinado texto, possibilitando assim identificar os termos que mais se repetem, de modo que seja possível criar um ranking de palavras-chave) e os seguintes pontos de corte: 1) Termo indutor “esquecer das coisas e das pessoas” – foram 112 participantes, sendo evocados 304 cognemas, dos quais 40 foram diferentes e utilizados em 63,8% do *corpus*. Na análise protótipica, foram adotados os seguintes parâmetros: frequência mínima 16, frequência média de 24 e OME de 2,2; 2) Termo indutor “não ser capaz de se cuidar” – integraram cem participantes, sendo evocados 171 cognemas, dos quais cem foram diferentes e utilizados em 38,6% do *corpus*. Na

análise prototípica, foram adotados os seguintes parâmetros: frequência mínima 10, frequência média de 20 e OME de 2,6; 3) Termo indutor “não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda” – integraram 97 participantes, sendo evocados 289 cognemas, dos quais 97 foram diferentes e utilizados em 40,8% do *corpus*. Na análise prototípica, foram adotados os seguintes parâmetros: frequência mínima 10, frequência média de 20 e OME de 2,3; 4) Termo indutor “Não conseguir conviver sem ajuda” – integraram 94 participantes, sendo evocados 206 cognemas, dos quais 30 foram diferentes e utilizados em 72,3% do *corpus*. Na análise prototípica, foram adotados os seguintes parâmetros: frequência mínima 10, frequência média de 19 e OME de 2,2.

No processo de análise do conteúdo integrante do quadro de quatro casas, cada cognema foi analisado de acordo com a dimensão representacional que traduz (dimensões: 1- comportamentais ou atitudinais; 2- cognitivas e informativas; 3- valorativas e 4- objetivais); o nível de consensualização de seu conteúdo (fato deduzido a partir de sua alocação dentro do quadro de quatro casas), realizada uma análise comparativa dos conteúdos alocados no QSE segundo o tema indutor e discutidos os resultados à luz de evidências da literatura^{74,86}

A **abordagem processual** da TRS utilizou a entrevista individual com gravação de áudio desencadeada a partir de questão norteadora nuclear. Os dados foram coletados no período compreendido entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019, por uma pessoa previamente treinada para realizar a abordagem a pessoas idosas com a temática da investigação.

A entrevistadora solicitou aos participantes que lhe relatassem casos, dirigindo-lhes uma questão norteadora que favorecesse a emissão de um conteúdo discursivo, a saber: Conte-me um caso sobre uma pessoa esquecer das coisas ou das pessoas, pode ser a seu respeito, de alguém que conhece ou um fato que alguém lhe contou.

Para facilitar a produção de um conteúdo discursivo, foram elaboradas questões secundárias com vistas a auxiliar a entrevistadora no processo de abordagem aos participantes: Esquecer das coisas ou das pessoas pode influenciar a vida? Cite três características de uma pessoa que tem problema de memória, ou seja, que esquece das coisas e pessoas. Conte um caso que tenha acontecido com um(a) conhecido(a), familiar ou que ouviu falar sobre pessoas com esquecimento. Já aconteceu isso com o(a) Sr(a)? O(A) senhor(a) já passou por essa experiência? Dê três características de uma pessoa deprimida. O(A) Sr(a) conhece algum caso de pessoa que não consegue se cuidar? O(A) Sr(a) conhece algum caso de pessoa que não consegue fazer as próprias coisas? O(A) Sr(a) conhece algum caso de pessoa que não consegue conviver com outras pessoas?

Os registros sonoros advindos das entrevistas gravadas constituíram conteúdos discursivos que foram transcritos na íntegra no programa *Word for Windows*. Estando cada entrevista transcrita na íntegra em arquivos individuais, seu conteúdo foi captado para o programa Nvivo Pro® versão11. Este

programa possibilita que os conteúdos textuais sejam organizados em categorias (chamadas pela estrutura do programa como nós) a partir do uso de similaridade das informações⁸⁷.

Os conteúdos foram tratados segundo referencial de Minayo, a partir do uso de três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e 3) Resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa, houve a organização dos conteúdos, a determinação de recortes de fragmentos de discursos que traduzissem pensamentos, comportamentos, valores e modos de objetivar a temática de forma a traduzir os conteúdos mencionados nos discursos (entrevistas). Na segunda etapa, foi realizada a exploração do material e a definição de pré-categorias alocadas em “nós”. Nesse etapa, buscou-se a homogeneização de conteúdos semelhantes e significativos que traduzissem o que os participantes pensavam/mencionavam sobre a temática, e tal material possibilitou compor as unidades de significados⁸⁸. Na terceira etapa, foram reagrupados conteúdos afins e selecionados os distintos, visando dar visibilidade à diversidade de posicionamentos, informações e forma de como os participantes se posicionaram diante da temática investigada⁸⁹. A forma de operacionalizar esse conteúdo foi com o apoio do Programa NVivo-Pró versão¹⁸⁷. Para isso, houve necessidade de que cada entrevista fosse alocada em um único arquivo contendo identificação por código.

Para determinar o adensamento teórico e a coesão intracategorial, foi utilizado como critério o coeficiente de Pearson com valores $\geq 0,70$ calculados a partir de fragmentos de relatos após categorizados. Conteúdos afins foram reunidos em categorias e apresentados por meio de gráfico de círculo com suporte de fragmentos de discursos exemplificativos dos eixos temáticos emergentes⁹⁰.

Foi utilizado ainda o **diário de campo**⁸¹ com a finalidade de registrar as impressões captadas pela entrevistadora e para registro da observação adicional de conteúdos que versavam sobre as variáveis de interesse do estudo a ponto de reafirmá-las ou identificar inconsistência entre o conteúdo discursivo e as formas comunicacionais não verbais. O diário favoreceu todo o processo de elaboração da pré-categoria, uma vez que agregou entendimento ao significado atribuído pelo participantes aos fragmentos discursivos emitidos. O período de registro do diário de campo foi coincidente com o período de imersão no cenário da investigação, ou seja, de março 2018 até fevereiro de 2019.

No delineamento quantitativo, foi utilizado instrumento contendo questões estruturadas e semiestruturadas (**Apêndice B**), cuja finalidade foi a caracterização dos participantes para condições socioeconômicas, perfil de adoecimento, rede de apoio disponível, hábitos de vida e testes para identificação de alterações e vulnerabilidade cognitiva.

Os dados foram consolidados com o apoio do ODK e tratados no *Programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 24). Os resultados foram analisados segundo estatística descritiva, utilizando-se de: 1) análise de tendência central (média, moda, mediana, limites máximos e mínimos) e de dispersão (desvio-padrão); 2) estatística correlacional

operacionalizada por meio da associações entre as variáveis de desfechos (escala de minimental, o indicativo de depressão segundo escala de depressão geriátrica abreviada; o desempenho na fluência verbal com base na categoria animal e o teste do relógio) e variáveis intervenientes (gênero, idade, anos de estudo, filhos, alteração no núcleo familiar, estado conjugal, atividade social, prática atividade física, tabagismo, autoavaliação da saúde, percepção do esquecimento pela família, piora do esquecimento últimos 6 meses, doenças, uso de mais de cinco medicamentos, vulnerabilidade através do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20, dependência nas AVD/AIVD, dependência segundo o questionário de Pfeffer para atividades uncionais com acompanhantes, indicativo de depressão segundo escala de depressão geriátrica abreviada) cujo significância estatística foi aferida pelo teste do quiquadrado ($\text{IC}=95\%$ e $\alpha=0,05$) e razão de chances através do cálculo do *Odds Ratio* (OR).

As variáveis que compuseram a caracterização dos participantes foram: o gênero, a idade (variáveis transversais ao processo de envelhecimento humano); nível de escolaridade; cor de pele e religião autodeclaradas; rede de apoio (estado civil, filhos, alteração familiar nos últimos cinco anos, autoavaliação da participação familiar, pessoa mais significante); inserção em atividades laborais/ocupacionais (anos de aposentadoria, ocupação e profissão); perfil saúde-doença (doença autorreferida, uso de medicamento regular, finalidade da medicação regular, uso de medicamento ocasional e finalidade da medicação ocasional); estilo de vida e hábitos (atividade social, prática de atividade física, tipo de atividade física realizada, IMC, tabagismo, uso de bebida alcoólica, mensuração da panturrilha, queda nos últimos seis meses, número de internações nos seis meses e tempo de macha) e perfil da residência (tipo de residência, acesso e revestimento no assoalho). Essas questões foram apresentadas aos participantes por meio de perguntas abertas e semiabertas (**Apêndice B**).

As variáveis utilizadas para descrever o perfil das alterações cognitivas e de vulnerabilidade dos idosos foram baseadas nos testes/escalas: 1) Teste do Mini Mental; Mini Exame do Estado Mental/MEEM; *Mini Mental State Examination* (MMSE)⁹¹; 2) Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20)¹⁸; 3) Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária - Escala de Katz⁹² e Escala de Lawton³⁴; 4) Teste do Relógio (TR)⁹³; 5) Fluência Verbal (FV) - Categoria Animal⁹⁴; 6) Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15)⁹⁵; 6) Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais com acompanhantes (QPAF)⁹⁶ (**Anexo C a I**).

O **Teste do Mini Mental** é um teste traduzido e validado no Brasil em 1994²¹ que avalia orientação espacial, memória imediata, cálculo, memorização e linguagem (leitura, entendimento, habilidade motora e domínio espacial) (**Anexo C**). É largamente utilizado para rastreio da perda

cognitiva, havendo restrição para seu uso para fins de diagnosticar casos de demência⁹⁷. A expressão “mini” se justifica pelo fato de o teste se concentrar nos aspectos cognitivos da função mental, excluindo o humor e as funções mentais. Possui 11 itens, divididos em duas seções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção e a segunda seção requer habilidade de leitura, escrita e nomeação, aferidas a partir de comandos verbais e escritos, quando se inclui a habilidade para escrever uma frase e copiar um desenho de um pentágono.

Todas as questões são realizadas em uma mesma sequência e sem interrupção durante a sua aplicação, sendo atribuído escore cujo resultado é a soma aritmética do valor atribuído a cada tarefa que for realizada com sucesso dentro da graduação disponibilizada no teste. O escore do MEEM pode variar de zero a 30 pontos. Em sua interpretação, quanto menor a pontuação maior será o comprometimento cognitivo do participante, havendo influência do nível de escolaridade sobre os resultados da escala. Isso equivale a dizer que há necessidade de se realizar ajustes segundo a idade e grau de escolaridade, alcançando assim uma sensibilidade de 82% e especificidade de 99%^{91,98}.

Para idosos brasileiros, há recomendação para que, entre pessoas idosas com menos de quatro anos de escolaridade, seja utilizado 18/30 como escore de ponto de corte e, para idosos com quatro anos ou mais de escolaridade, o escore recomendado é de 25/30 pontos^{91,97}. Cabe mencionar que menos de quatro anos de escolaridade e analfabetismo funcional são reunidos em uma categoria, por retratarem nível de letramento insuficiente no contexto da abordagem realizada no MEEM.

Na interpretação do teste MEEM, aqueles que obtêm valores iguais ou acima do ponto de corte são considerados cognitivamente normais e aqueles que apresentarem valores abaixo do ponto de corte apresentam provável déficit cognitivo. Há recomendação para que esse teste seja aplicado em conjunto com outros parâmetros de cognição⁹⁷.

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20)¹⁸ é o primeiro instrumento brasileiro para identificação rápida do idoso frágil (**Anexo D**). Avalia o risco do idoso para declínio funcional a partir de oito dimensões: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária (três AVDs instrumentais e uma AVD básica), cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente¹⁸.

As perguntas do IVCF-20 podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele. É importante que as respostas sempre sejam confirmadas pelos cuidadores, uma vez

que o idoso com déficit cognitivo pode não perceber o problema em curso, além de não apresentar queixa de memória ou de perda funcional nas atividades de vida diária.

Ele é composto por 20 questões com subdivisões. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho do idoso. Além das perguntas, são realizadas aferições (circunferência da panturrilha, velocidade da marcha e peso-estatura para cálculo do índice de massa corporal), parâmetros intervenientes na vulnerabilidade e que agregam o valor preditivo ao instrumento.

A pontuação máxima no IVCF-20 é 40 pontos, sendo que quanto maior o valor atribuído maior comprometimento no nível de vulnerabilidade. Esse índice é analisado a partir de três classificações, estando cada uma delas vinculadas a uma recomendação terapêutica, a saber: 1) Valores compreendidos entre zero e seis pontos são interpretados como baixa vulnerabilidade clínico-funcional do idoso e, do ponto de vista terapêutico, indicam que o idoso não necessita de avaliação e acompanhamento especializados; 2) Valores compreendidos entre sete e 14 pontos equivalem a risco aumentado de vulnerabilidade e indicam que o idoso apresenta necessidade de avaliação mais ampla, além de tratamento especializado para condições crônicas e 3) Valores compreendidos entre 15 e mais pontos equivalem a alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade já instalada, requerendo avaliação ampliada por equipe multiprofissional especializada em cuidar de pessoas com problemas geriátricos e gerontológicos, além de requerer suporte psicossocial^{18,99}.

As atividades básicas foram avaliadas por meio da **Escala de Katz**⁹², enquanto as atividades instrumentais foram mensuradas pela **Escala de Lawton**³⁴ (**Anexo E**). A escolha por estes instrumentos justifica-se devido a sua ampla utilização em pesquisas¹⁰⁰ e seu reconhecimento para a avaliação funcional da pessoa idosa na atenção básica pelo Ministério da Saúde¹⁰¹.

A **Escala de Katz** foi desenvolvida por Sidney Katz, tendo sido publicada em 1963⁹². Trata-se de um dos instrumentos habitualmente utilizados nos estudos gerontológicos (inter)nacionais.^{92,102}. Avaliam-se seis atividades de vida diária (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama e/ou cadeira e controlar as funções de urinar e/ou evacuar).

A **Escala de Lawton**, criada por Lawton & Brody, em 1969³⁴, avalia sete atividades instrumentais de vida diária: usar o telefone, locomover-se com meios de transporte, fazer compras, realizar trabalhos domésticos, preparar refeições, tomar medicação e administrar as finanças. Essa avaliação é feita por meio de perguntas direcionadas ao idoso, e ele pode apresentar independência, precisar de ajuda ou dependência para a realização da atividade¹⁰³. A incapacidade funcional para as atividades básicas e atividades instrumentais foi definida da

mesma forma: necessidade de ajuda ou dependência, no mínimo, para uma das atividades diárias investigadas¹⁰⁴.

O **Teste do Desenho do Relógio (TDR)** validado para a cultura brasileira em 2008⁹³ mostra-se competente para rastreio cognitivo, sendo seu uso recomendado para avaliação clínica¹⁰⁵. Ele permite avaliar as habilidades visioespaciais, habilidades construtivas e funções executivas, sendo aplicado por meio do desenvolvimento de três tarefas empíricas: conseguir desenhar; planejar a circunferência, os números e a posição correta e determinar a hora solicitada (**Anexo F**).

Contudo, na falta de um modelo único padronizado de administração e correção, o TDR é amplamente aceito como um instrumento de rastreio cognitivo. Na presente investigação, optou-se pela proposta de Shulman et al.¹⁰⁶ de produção de um relógio, que será avaliada a partir da qualidade do relógio produzido pelo participante e será pontuada com escore variando de zero a cinco pontos, cujo ponto de corte é três quanto à qualidade geral do relógio, a saber: cinco pontos para a confecção de um relógio perfeito; quatro pontos mediante pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; três pontos quando a distribuição visioespacial for correta, mas houver marcação de hora errada; dois pontos quando houver evidências de desorganização visioespacial moderada com marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso; um ponto quando o desenho tiver algo que lembre um relógio, mas sua estrutura apresente desorganização visioespacial grave e zero quando houver inabilidade absoluta de representar o relógio. Por ser um instrumento mais abrangente e que utiliza tarefas que envolvem desenho, indicação e leitura das horas, o TDR pode ser útil na identificação precoce de suspeição de demência também em indivíduos pouco escolarizados¹⁰⁶.

O **teste de fluência verbal (FV)** possui ampla aplicação por ser rápido e de fácil execução. Sua praticidade e aplicabilidade estão conciliadas com pontuação de fácil interpretação, permitindo inferir sobre a categoria semântica e fonêmica¹⁰⁷ (**Anexo G**). Ele é capaz de mensurar declínio cognitivo mesmo em fases iniciais da síndrome demencial e avalia os seguintes domínios: memória operacional, linguagem, capacidade de organização e sequenciamento^{94,108,109}.

Esse teste foi traduzido e validado para o português em 2004¹⁰⁷. Para operacionalização, requer que o participante mencione o maior número de palavras (dentro de cada categoria exigida: animais, frutas ou palavras com a letra M) num intervalo de tempo de 1 minuto. Na presente investigação, optou-se pelo uso da categoria de animais⁹⁴. A pontuação é correspondente ao número de respostas diversificadas, excluindo-se as palavras repetidas e analisadas proporcionalmente ao nível de escolaridade. Assim o ponto de corte utilizado é inferior a nove

animais para indivíduos com até oito anos incompletos de estudo e superior a 13 para indivíduos com oito ou mais anos de estudo¹⁰⁹.

A Escala de **Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15)** foi adaptada para a realidade do Brasil em 2005⁹⁵, sendo indicada para rastreio de doença, sendo compatível seu uso na prática clínica, por conciliar menor tempo na aplicação com capacidade preditiva auxiliar no diagnóstico de episódio depressivo (**Anexo H**). Em sua estrutura, possui 15 perguntas objetivas, cuja pontuação final varia de zero a 15 pontos. A interpretação dela prevê que pessoas idosas com pontuação maior que cinco pontos sejam consideradas com indicativo de depressão. Na presente investigação, como a escala MEEM não contempla o quesito humor, essa escala foi escolhida por complementar essa informação, que é interveniente na avaliação da cognição. Essa escala se encontra validada para a realidade brasileira⁹⁵ e é recomendada pelo Ministério da Saúde para ser utilizada como parâmetro de rastreio da depressão¹⁰¹.

Questionário de Pfeffer para Atividades Funcionais aplicado aos acompanhantes (QPAF)⁹⁶, validado no Brasil em 2014¹¹⁰, permite avaliar a autonomia funcional, utilizando 11 perguntas que versam sobre as atividades da vida quotidiana (**Anexo I**). Ele pode ser respondido pelo próprio idoso, ou por acompanhante/familiar. O objetivo de se usar o QPAF foi verificar se a deficiência cognitiva encontrada acompanhava-se de limitações da capacidade funcional e se o escore obtido no Katz, no presente estudo, respondido pelo próprio idoso, era corroborado pela QPAF respondido pelo acompanhante/familiar. Por isso a QPAF não foi aplicado à pessoa idosa, sendo seu escore máximo de 33 pontos, e a interpretação prevê ponto de corte de seis ou mais retratando maior dependência ^{96,111}.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir, estão apresentados a caracterização e o perfil dos participantes; a vulnerabilidade para engajamento nas atividades de vida diárias e atividades sociais; a capacidade cognitiva e as implicações dos resultados para o cuidado de enfermagem à luz da Teoria de Betty Neuman. A triangulação desses dados subsidiou a elaboração de um diagnóstico situacional e uma reflexão sobre as necessidades humanas dos participantes e a possibilidade de engajamento da enfermagem no contexto do cuidado de pessoas idosas com declínio e/ou vulnerabilidade cognitiva.

6.1 CARACTERIZAÇÃO E PERFIL DOS PARTICIPANTES

Participaram 171 pessoas com idade ≥ 65 anos, cuja caracterização sociodemográfica foi aferida a partir do gênero, da idade, da autodeclaração de cor de pele, do estado civil, escolaridade em anos, do número de filhos, da prática religiosa e da ocupação, conforme consta da **Tabela 1**.

Tabela 1 - Caracterização dos 171 participantes segundo gênero, idade, cor da pele, estado civil, anos de escolaridade, número de filhos, ocupação e crenças ou práticas religiosas.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín-máx)
Gênero			Idade (anos)			
Feminino	112	65,5	65 I---70	35	20,5	
Masculino	59	34,5	70 I---75	44	25,7	
Total	171	100	75 I---80	35	20,5	$76,00 \pm 7,532$
			80 I---85	30	17,5	(65-99)
			85 I---90	18	10,5	
Cor de pele			≥ 90	9	5,3	
Branca	116	67,8	Total	171	100	
Preta	33	19,3				
Parda	20	11,7	Escolaridade (anos)			
Amarela	2	1,2	0	22	12,9	
Total	171	100	11----5 anos	111	64,9	$4,00 \pm 4,242$
			5I----8 anos	13	7,6	(0-23)
Estado Civil			≥ 17	4	2,3	
Casados	94	55,0	Total	171	100	
Viúvos	55	32,2				
Separados	11	6,4				
Solteiros	9	5,3				
União estável	2	1,2	Número de Filhos			
Total	171	100	0	14	8,2	
Possui filhos			1 I----3 filhos	85	49,7	$3,00 \pm 2,528$
Sim	157	91,8	3 I---6 filhos	53	31,0	(0-12)
Não	14	8,2	6 I--- 9 filhos	13	7,6	
Total	171	100	≥ 9	6	3,5	
			Total	171	100	

Continua

Continuação

Ocupação (*)	n	%	Crenças e/ou práticas religiosas	n	%
Aposentado sem ocupação	102	59,6	Católicos	131	76,6
Aposentado com ocupação	44	25,7	Evangélicos ou Protestantes	32	18,7
Não aposentado sem ocupação	16	9,4	Agnósticos	4	2,3
Não aposentado com ocupação	9	5,3	Espíritas	3	1,8
Total	171	100	Ateu	1	0,6
			Total	171	100

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Nota das autoras: (*) Ocupações a que os participantes se vinculam: trabalho no próprio lar ou de terceiros, ações educativas, junto ao núcleo familiar, artesanais, serviços de construção e transporte.

A seguir, constam as informações sobre o perfil da rede de apoio dos participantes quanto a: com quem mora, número de pessoas que moram juntas, alteração no núcleo familiar nos últimos cinco anos, motivo dessa alteração, autoavaliação da participação familiar, filhos moram próximo, pessoas significantes e frequência com que as vê (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Caracterização dos 171 participantes segundo o perfil da rede de apoio quanto a: com quem mora, número de pessoas que moram juntas, alteração no núcleo familiar nos últimos cinco anos, motivo dessa alteração, autoavaliação da participação familiar, filhos moram próximo, pessoas significantes e frequência com que as vê.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	\bar{x} ±Dp (mín-máx)
Mora sozinho						
Não	154	90,1	0	10	5,8	
Sim	17	9,9	1	17	9,9	
Total	171	100	2 I---4	132	77,3	2,00±1,377
			4 I---6	10	5,8	(0-10)
Com quem mora(*)						
Companheiro(a)	96	56,1	≥8 I---	1	0,6	
Filho(a)s	80	46,8	Total	171	100	
Neto(a)s	32	18,7				
Irmão(ã)s	10	5,6	Autoavaliação da participação familiar			
Sobrinho(a)s	1	0,6	Boa	97	56,6	
Pais	1	0,6	Excelente	55	32,2	
Cuidador	1	0,6	Razoável	12	7,0	
			Ausente	4	2,3	
Alteração Núcleo familiar (↓5 anos)						
Sim	64	37,4	Insuficiente	3	1,9	
Não	107	62,6	Total	171	100	
Total	171	100	Pessoa(s) significativa(s)(*)			
Motivo da alteração no núcleo familiar (↓5 anos):(*)						
Morte	33	80,7	Filho(a)s	111	64,9	
Mudança de endereço	23	13,5	Companheiro(a)	68	39,8	
Saúde	3	1,8	Neto(a)s	22	12,9	
Limitação de estilo vida	3	1,9	Irmão(ã)s, cunhado(a)s	15	8,8	
Motivo de dependência	1	0,6	Amigo(a)s	1	0,6	
Nascimento de neto(a)s	1	0,6	Pai e/ou mãe	1	0,6	
			Não tem	1	0,6	
			Tio(a)s	1	0,6	
			Eu	1	0,6	
			Deus	1	0,6	
			Sobrinho	1	0,6	

Continua

Continuação

Filhos moram próximo(*)	N	%	Frequencia com que vê a pessoa significativa(*)	N	%
Na mesma casa	54	31,6	Diariamente	73	44,4
Na mesma cidade	53	31,0	Mensalmente	6	3,5
Anexo	40	23,4	Semanalmente	5	2,9
No mesmo bairro	40	23,4	Semestralmente	2	1,2
Outra cidade	32	18,7			
Na mesma rua	28	16,4			
Não têm filhos	14	8,2			

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Nota das autoras: (*) Houve a possibilidade de cada participante mencionar mais de uma opção para o autorrelato sobre: filhos que moram próximo, com quem moram, quem são as pessoas mais significativas e com que frequência as vê.

A seguir, constam as informações sobre o estilo de vida e hábitos dos participantes segundo atividade social, tabagismo e perfil da residência dos participantes quanto ao tipo de residência, acesso e revestimento no assoalho (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Caracterização dos 171 participantes segundo estilo de vida e hábitos de atividade social, tabagismo e perfil da residência dos participantes.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%
Inserção em Atividade Social					
Sim	94	55	Tipo de residência		
Não	77	45	Casa Térrea	115	67,3
Total	171	100	Casa Duplex	44	25,7
			Apartamento	12	7,0
			Total	171	100
Tabagismo Passivo					
Não	143	83,6	Acesso da residência		
Sim	28	16,4	Ao nível do solo	102	59,6
Total	171	100	Acesso com escada	65	38,0
			Acesso com rampa	4	2,4
			Total	171	100
Bebida Alcoólica					
Não	150	87,7	Revestimento Assoalho		
Sim	21	12,3	Cerâmica, taco, azulejo ou similar	152	88,9
Total	171	100	Chão de cimento	17	9,9
			Chão Batido	2	1,2
			Total	171	100
Tabagismo					
Não	149	87,1			
Sim	22	12,9			
Total	171	100			
Ex-Tabagismo					
Não	147	86,0			
Sim	24	14,0			
Total	171	100			

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Entre os 171 participantes integraram a abordagem processual 49, cuja caracterização sociodemográfica consta na **Tabela 4**.

Tabela 4 - Caracterização dos 49 participantes da abordagem processual segundo gênero, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, número de filhos, ocupação.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín- máx)
Gênero			Idade (anos)			
Feminino	35	71,4	65 I---70	9	18,4	
Masculino	14	28,6	70 I---80	25	51,0	76,50
Total	49	100	80 I---90	11	22,4	$\pm 58,057$
			≥ 90	4	8,2	(65-99)
Cor de pele			Total	49	100	
Branca	37	75,5				
Preta	5	10,2	Escolaridade (anos)			
Parda	6	12,2	0I---10 anos			
Outra	1	2	10I---21 anos	9	18,4	
Total	49	100	Total	49	100	
Estado Civil			Possui filhos			
Casados	25	51,0	Sim	44	89,8	
Viúvos	16	32,6	Não	5	10,2	
Separados	4	8,2	Total	49	100	
Solteiros	2	4,1				
União estável	2	4,1	Número de Filhos			
Total	49	100	0	5	10,2	$Md 3,00 \pm$
			1 I----3 filhos	14	28,7	2,624
			3 I---6 filhos	19	38,8	(0-12)
			6 I---9 filhos	8	16,3	
			≥ 9	3	6	
			Total	49	100	
Ocupação	N	%				
Aposentado sem ocupação	31	63,3				
Aposentado com ocupação	12	24,3				
Não aposentado com ocupação	3	6,2				
Não aposentado sem ocupação	3	6,2				
Total	49	100				

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Ao analisar a caracterização dos 171 participantes (**Tabela 1**), foi possível identificar que houve predomínio de participantes mulheres (65,5%), representando mais do dobro quando comparadas aos homens. A justificativa elaborada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que busca minimizar essa diferença, utilizando-se para isso de uma abordagem discriminatória, deve-se à redução no número de homens idosos no processo do envelhecimento humano decorrente do adiamento da procura aos serviços de saúde ou absenteísmo dos mesmos nesses serviços. Eles, muitas vezes, não se imaginam doentes; por orgulho, dizem-se saudáveis, o que explica o comportamento de não procurarem os serviços de saúde para prevenção e/ou tratamento em tempo hábil para impactar positivamente sua sobrevida. Outro fator que justifica o quantitativo menor de homens quando comparado ao de mulheres no topo da pirâmide etária deve-se ao maior índice de mortalidade dos mesmos no período compreendido entre a juventude e a vida adulta (20 a 39 anos) atribuído a causas externas, a

exemplo de violência e acidentes^{112,113}.

A análise sobre o predomínio de participantes segundo os quinquênios dos 65 aos 70 anos e entre os 70 e 75 anos foi corroborada pelas projeções do IBGE a respeito da expectativa de vida da população brasileira para o ano de 2018, que foi de 76,25 anos para ambos os gêneros e segundo cada um deles: 79,80 anos para mulheres e 72,74 anos para os homens¹¹⁴. A cor da pele predominante foi branca (67,8%), fato justificado pela colonização por alemães no século XIX no cenário da presente investigação¹¹⁵.

O perfil de menos de cinco anos de escolaridade (64,9%) entre os participantes retrata um grupo de pessoas que se dedicou à sobrevivência após ter imigrado para o Brasil na década de 20. Os membros da família foram inseridos em atividades laborais, assegurando ao grupo mão de obra e condições de sobrevivência no país que chegaram. Observou-se baixa baixa escolaridade à semelhança de outras investigações que abordaram a mesma faixa etária, menos de cinco anos de escolaridade variou de 44,53% a 76%^{116,117}. A baixa escolaridade é um fator de risco para o declínio cognitivo e está relacionada ao aumento da probabilidade em 3,83 vezes de desenvolver distúrbio cognitivo¹¹⁸.

Com relação à ocupação, 59,8% dos entrevistados se declararam aposentados sem ocupação, taxa semelhante às encontradas em outros estudos com idosos adstritos a unidades de atenção primária à saúde^{119,120}.

Em relação ao núcleo familiar, a maioria das pessoas idosas relatam estado civil casadas, com perfil de três a cinco filhos (55%) e que residem com companheiro (56,1%). Destaca-se que os filhos (64,9) foram considerados pelos entrevistados as pessoas mais importantes, com quem estabeleciam contato na modalidade presencial diariamente (44,4%). Resultado semelhante foi encontrado na literatura, com predomínio de pessoas casadas, com filhos e é destacada a importância deles na vida do idoso^{117,121}.

Dos 171 participantes, 56,6% consideraram a participação familiar como boa e 37,4% tiveram alguma alteração no núcleo familiar nos últimos cinco anos, o motivo prevalente dessa alteração foi o falecimento de algum membro (80,7%). Em um estudo transversal, a avaliação familiar foi considerada como boa por 47% dos participantes¹²². A rede familiar constitui fonte fundamental de apoio informal das pessoas idosas e estas podem contar com o apoio dessa rede nos cuidados, bem como para escutá-las, conversar, aconselhar, informar e solucionar situações de impasse¹²³.

O traço de religiosidade foi marcante entre os participantes, tendo sido a religião prevalente a católica (76,9%). A religião proporciona conforto e amparo diante de situações relacionadas com a aproximação da finitude, e, na presença dela, a pessoa idosa se sente ativa e participante na comunidade. Assim, a religião/religiosidade é um recurso importante para o cuidado integral à

pessoa idosa^{125,126}. Cabe destacar que 55% das pessoas idosas que integraram a presente investigação relataram estar inseridas em atividades sociais.

Dos 171 idosos avaliados, 12,9% deles são tabagistas, 14% são ex-tabagistas e 16,4% são tabagistas passivos. A prevalência de tabagismo no presente estudo foi maior que a identificada em outro cenário da mesma cidade (9%)¹²⁷ e também em relação aos dados descritos na literatura nacional¹²⁸. O tabagismo esteve presente em 7,7% dos idosos entrevistados em um estudo¹²⁹, prevalência de tabagismo entre idosos inferior à da realidade americana (27,4%)¹³⁰. A piora do estado de saúde e da qualidade de vida em associação ao uso do tabaco está relacionada ao fator de risco para a mortalidade prematura e as incapacidades por doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer, entre outras¹³¹.

As informações contidas no diário de campo justificaram o aumento no tempo gasto para a conclusão do processo de coleta de dados, uma vez que, além de realizá-la, observar as características do cenário e do núcleo familiar em que a pessoa idosa estava inserida requeria mais tempo para proceder à escuta das demandas daqueles que estavam sendo entrevistados. Nessas ocasiões, houve a oportunidade para que os participantes expressassem os conteúdos e assuntos de seu interesse e/ou para que eles falassem sobre as situações/circunstâncias que os preocupavam, ocupavam seus pensamentos ou os afigiam no cotidiano.

A oportunidade de observar o interior das residências possibilitou identificar que, entre elas, havia o predomínio de construções térreas (72,1%), localizadas ao nível do solo (56,3%), com presença de móveis nos cômodos. Os revestimentos dos pisos eram de cerâmica (96,2%), dispunham de água encanada e luz elétrica.

A maioria das residências eram simples e com rigor nas condições higiênicas do ambiente e dos moradores, mas também foram identificadas residências com precariedade de higiene ambiental, presença de sujidades, vetores e excesso de objetos (entulhos) nos arredores da casa. O ambiente apresentava odores de urina e/ou fezes, dando indícios de que algum membro da família apresentava incontinências urinária e/ou fecal.

Foi identificada a presença de animais coabitando em pequenas residências e compartilhando o ambiente doméstico. Nos registros de diário de campo, foi possível resgatar informações sobre a presença de animais acessando os espaços destinados à alimentação e ao sono. A quantidade deles variou de um a dez, quando presentes e dependiam do perfil da residência e da afinidade dos moradores com animais de estimação. Alguns deles ficavam restritos à área externa ao ambiente domiciliar na ocasião em que as visitas domiciliares ocorreram.

A variação do horário em que as visitas foram realizadas permitiu constatar, nos diversos momentos, a preparação de alimentos para café da manhã, almoço, lanche da tarde ou jantar, o

que foi percebido devido a odores, ruídos ou relatos que justificaram pequenas interrupções para permitir o ajustamento da entrevista ao cotidiano do contexto familiar.

Foi possível acessar o perfil de rede de apoio dos participantes com a identificação da convivência intergeracional de que desfrutavam, a (in)capacidade da pessoa idosa de se inserir nas atividades de vida e a (in)disponibilidade para ter um familiar, acompanhante ou cuidador por perto e comparar a presença de tal infraestrutura com o nível de restrição/dependência.

O contato pessoal e ambiental, além de favorecer o estabelecimento de vínculos, possibilitou contextualizar alguns conteúdos gravados e compreender que os termos evocados estavam vinculados ao contexto sociocultural econômico visitado. Tal fato permitiu a triangulação de fontes de informações e favoreceu a interpretação dos resultados obtidos.

6.2 VULNERABILIDADE PARA ENGAJAMENTO NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS E ATIVIDADES SOCIAIS

Para abordar a vulnerabilidade dos 171 participantes ao processo de envelhecimento, foram trianguladas informações advindas de: conteúdos evocados a partir do termo indutor “não ser capaz de se cuidar”; “não conseguir tomar conta da sua vida sem ajuda” e “não conseguir conviver sem ajuda” (abordagem estrutural); conteúdos discursivos das entrevistas individuais em profundidade (abordagem processual), ambos alicerçados na TRS, na caracterização dos participantes (segundo doença autorreferida, uso de medicamento regular, finalidade da medicação regular, uso de medicamento ocasional e finalidade da medicação ocasional, queda, internação, estilo de vida e hábitos de atividade social, prática de atividade física, tipo de atividade física realizada, IMC, tabagismo, mensuração da panturrilha, tempo de marcha) e Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20)¹⁸; avaliação das Atividades Básicas de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias utilizando as escalas de Katz⁹² e Lawton³⁴; aplicação do questionário de Pfeffer (QPAF) com os acompanhantes¹³² e o Teste GDS-15⁴⁹ para captar a avaliação do humor.

A seguir, constam as informações sobre o perfil de saúde-doença dos participantes segundo doença autorreferida, uso e finalidade do uso de medicamento regular e ocasional, ocorrência de queda e internação hospitalar nos últimos seis meses (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Caracterização dos 171 participantes segundo doença autorreferida, uso de medicamento regular, finalidade da medicação regular, uso e finalidade da medicação ocasional, queda e internação.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm Dp$ (mín-máx)
Doença autorreferida			Quantitativo Doenças Autorreferidas			
Sim	143	83,6	Nenhuma doença	28	16,4	
Não	28	16,4	1I---3	79	46,2	$2,00 \pm 1,385$
Total	171	100	3I---5	54	31,6	(0-5)
			5	10	5,8	
Usa remédio regular			Total	171	100	
Sim	129	75,4				
Não	42	24,6	Quantitativo de Remédios Regulares			
Total	171	100	Nenhum Remédio	42	24,6	
			1I---3	99	57,8	
Usa remédio ocasional			3I---5	20	11,7	$2,00 \pm 1,499$
Sim	120	70,2	5	9	5,3	(0-6)
Não	51	29,8	6	1	0,6	
Total	171	100	Total	171	100	
Internações (últimos 6 meses)						
0	158	92,4	Queda (últimos 6 meses)			
1I---3	12	7,0	0	139	81,3	$0,00 \pm 0,782$
3I---5	1	0,6	2	32	18,7	(0-2)
Total	171	100	Total	171	100	
Tipo de Doença autorreferida (*)			Categoría farmacológica do remédio em uso			
	N	%		regular(*)		ocasional(*)
Hipertensão	122	71,3	Vasodilatador	74	43,3	1 0,6
Dislipidemia	46	26,9	Diurético	62	36,3	- -
Artrose	44	25,7	Cardiotônico	45	26,3	1 0,6
Diabetes Mellitus	42	24,6	Estatinas	23	13,5	- -
Artrite	19	11,1	Hipoglicemiente Oral	23	13,5	- -
Osteoporose	17	9,9	Anticoagulante	20	11,7	- -
Doença Tireoide	8	4,7	Anti-inflamatório	15	8,8	17 9,9
Câncer	8	4,7	Hormônios (**)	14	8,2	- -
Doenças Cardíacas	7	4,1	Vitaminas	14	8,2	- -
Próstata	7	4,1	Insulina	13	7,6	- -
Labirintite	6	3,5	Protetor gástrico	13	7,6	2 1,2
Depressão/ Ansiedade	5	2,9	Sedativo, similar	12	7,0	- -
AVE	4	2,3	Repositor de Ca	11	6,4	1 0,6
Gota	3	1,8	Analgésico	9	5,3	111 64,9
Gastroduodenal	2	1,2	Antidepressivo	9	5,3	3 1,8
Epilepsia	2	1,2	Homeopático	9	5,3	1 0,6
Infecciosas	2	1,2	Colírio	4	2,3	- -
Oftalmológicas	2	1,2	Repositor de KNa	4	2,3	- -
Avitaminoses	2	1,2	Anticonvulsivante	3	1,8	- -
Asma/ Bronquite	1	2,3	Antiemético	2	1,2	- -
Renais	1	0,6	Florais	2	1,2	1 0,6
Hematológicas	1	0,6	Uricosúrico	2	1,2	- -
Alérgicas	1	0,6	Antiparkisoniano	1	0,6	- -
			Broncodilatador	1	0,6	- -
			Quimioterapia e/ou radioterapia	1	0,6	- -

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Nota das autoras: (*) Houve a possibilidade de cada participante mencionar mais de uma opção para o autorrelato de doenças em curso, fato que justifica a diversidade de doenças/remédios em uso e seu quantitativo. (**)Hormônios tireoidiano, estradiol, progesterona ou similares.

A seguir, na **Tabela 6** constam estilo de vida, prática de atividade física, tipo de atividade física realizada, IMC, alteração do peso no último ano, mensuração da panturrilha e tempo de

marcha.

Tabela 6 - Caracterização dos 171 participantes segundo estilo de vida e hábitos de atividade social, prática de atividade física, tipo de atividade física realizada, IMC, mensuração da panturrilha e tempo de marcha.

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín-máx)
Atividade física realizada(*)						
Não praticam atividade física	124	72,5	Prática de Atividade Física (mín.)	124	72,5	
Caminhada	32	18,7	11---30	3	1,8	
Ginástica/ musculação	7	4,1	30I---60	4	2,3	
Pilates/Fisioterapia	6	3,5	60I---120	3	1,8	
Natação / hidroginástica	4	2,3	120I---180	22	12,8	0,00
Atividade física em casa	3	1,7	180I---240	3	1,8	$\pm 90,384$
Dança	2	1,2	240I---360	11	6,4	(0-630)
Yoga	1	0,6	360I---630	1	0,6	
Bicicleta	1	0,6	Total	171	100	
Corrida	1	0,6				
Futebol	1	0,6				
Alteração de Peso (último ano)						
Estável	99	57,9	16I---22	22	12,9	26,00
Perdeu	41	24,0	22 I---27	63	36,8	$\pm 34,889$
Ganhou	31	18,1	$\geq 27\text{I}$ -----	60	35,1	(16-49)
Total	171	100	Não aferido	26	15,2	
Mensuração da Panturrilha (cm)						
14I---21			14I---21	3	1,8	$\bar{x} 34,00$
21I---25			21I---25	-	-	$\pm 4,735$
25I---31			25I---31	33	19,3	(14-50)
31I---35			31I---35	73	42,7	
35I---41			35I---41	56	32,7	
41I---45			41I---45	4	2,3	
45I---51			45I---51	2	1,2	
Total			Total	171	100	
Tempo de marcha (segundos/4m)						
1I---5			1I---5	92	53,8	5,00
5I---10			5I---10	68	39,7	$\pm 3,223$
10I---15			10I---15	7	4,1	(2-25)
15I---20			15I---20	3	1,8	
20I---26			20I---26	1	0,6	
Total			Total	171	100	

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Em relação ao estado de saúde/doença das pessoas idosas entrevistadas, 83,6% mencionaram apresentar alguma doença, sendo que 46,2% delas apresentam de uma a duas doenças. Destaca-se que a presença de duas ou mais comorbidades é condição relevante para a ocorrência da síndrome geriátrica e pode elevar o risco de desfechos negativos na saúde¹³³. A hipertensão (71,3%) foi a doença mais autorreferida, seguida de dislipidemia (26,9%). Doenças osteoarticulares-artrose (25,7%), principalmente na realidade internacional, e diabetes mellitus (24,6%) se mostram na realidade nacional como terceira causa citada, o que corrobora dados do presente estudo¹³⁴⁻¹³⁶.

Com relação ao uso de medicações regulares, 75,4% dos participantes fazem uso deles, 57,9% relatam uso de um a dois remédios regulares, sendo que, entre eles, os mais citados foram os vasodilatadores (43,9%). No quesito remédio de uso ocasional, o mais mencionado por 70,2% dos participantes foi o analgésico (64,9%). Em um estudo publicado em 2019, referente ao uso de analgésicos nos anos de 2006 a 2010, estes aparecem como o medicamento ocasional mais utilizado pelos idosos brasileiros¹³⁷. No que tange à polifarmácia, uso contínuo de pelo menos cinco medicamentos distintos¹³⁸, entre as pessoas idosas na presente investigação, ela ocorreu em 5,1% dos casos, com prevalência menor do que as encontradas na literatura^{138,139}.

Os dados do presente estudo apontam uma ocorrência em média de dois episódios de queda nos últimos seis meses (18,7%), inferior à encontrada na literatura^{140,141}. Em um estudo realizado no Estado de Minas Gerais, foi identificado que 59,3% das pessoas idosas sofreram queda no último ano, sendo que, destas, 64,1% tiveram mais de um episódio¹⁴². Na mesma cidade da presente investigação, um estudo transversal com 420 idosos demonstrou que a prevalência de quedas entre os idosos foi de 32,1% (IC95% 27,7; 36,9)¹⁴³.

Em relação à internação hospitalar, foi possível observar que 7,6% dos idosos necessitaram de internação nos últimos 12 meses, índice que corrobora resultados de outro estudo brasileiro¹⁴⁴. Dados referentes a um cenário no sul do país demonstram que, no período de 2008 a 2015, 41% do total de internações eram de idosos¹⁴⁵. Um estudo longitudinal retrospectivo irlandês que utilizou 44 fontes distintas de registros clínicos e envolveu aproximadamente 38 mil pacientes com idade ≥ 65 anos identificou que a admissão hospitalar foi motivada por prescrições inapropriadas realizadas na atenção básica de saúde¹⁴⁶.

Entre os participantes do presente estudo, 71,3% não possuem adesão a nenhuma prática que envolva atividade física e, quanto aos 28,7% que praticavam atividade física, o tempo de execução variava de 30-630 min por semana, sendo a caminhada a atividade física de maior adesão entre os participantes (18,7%).

Existem evidências de que a intensidade e a variação de atividades físicas realizadas semanalmente estão associadas ao processamento e à velocidade da memória, bem como à flexibilidade e à função cognitiva mental de pessoas idosas, e que a realização de 30 minutos ou mais de atividade física é capaz de gerar impacto positivo na cognição^{147,148}.

Em um estudo que tinha como objetivo avaliar fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família, 23,9% das pessoas idosas praticavam atividade física, dados semelhantes aos encontrados na presente investigação¹⁴⁹.

Estudos nacionais e internacionais apontam mudanças consideráveis na conduta de pessoas idosas que praticam exercício físico, posto que a atividade física tende a contribuir para

a diminuição dos sintomas de depressão e déficit cognitivo, assim como de outras doenças senis. Além disso, traz benefícios capazes de contribuir para a socialização, uma vez que as atividades em grupo, ao promoverem o contato com outras pessoas, colaboram para a reintegração desses indivíduos, fato que pode ser considerado irrelevante para grupos de pessoas mais jovens^{14,150,151}.

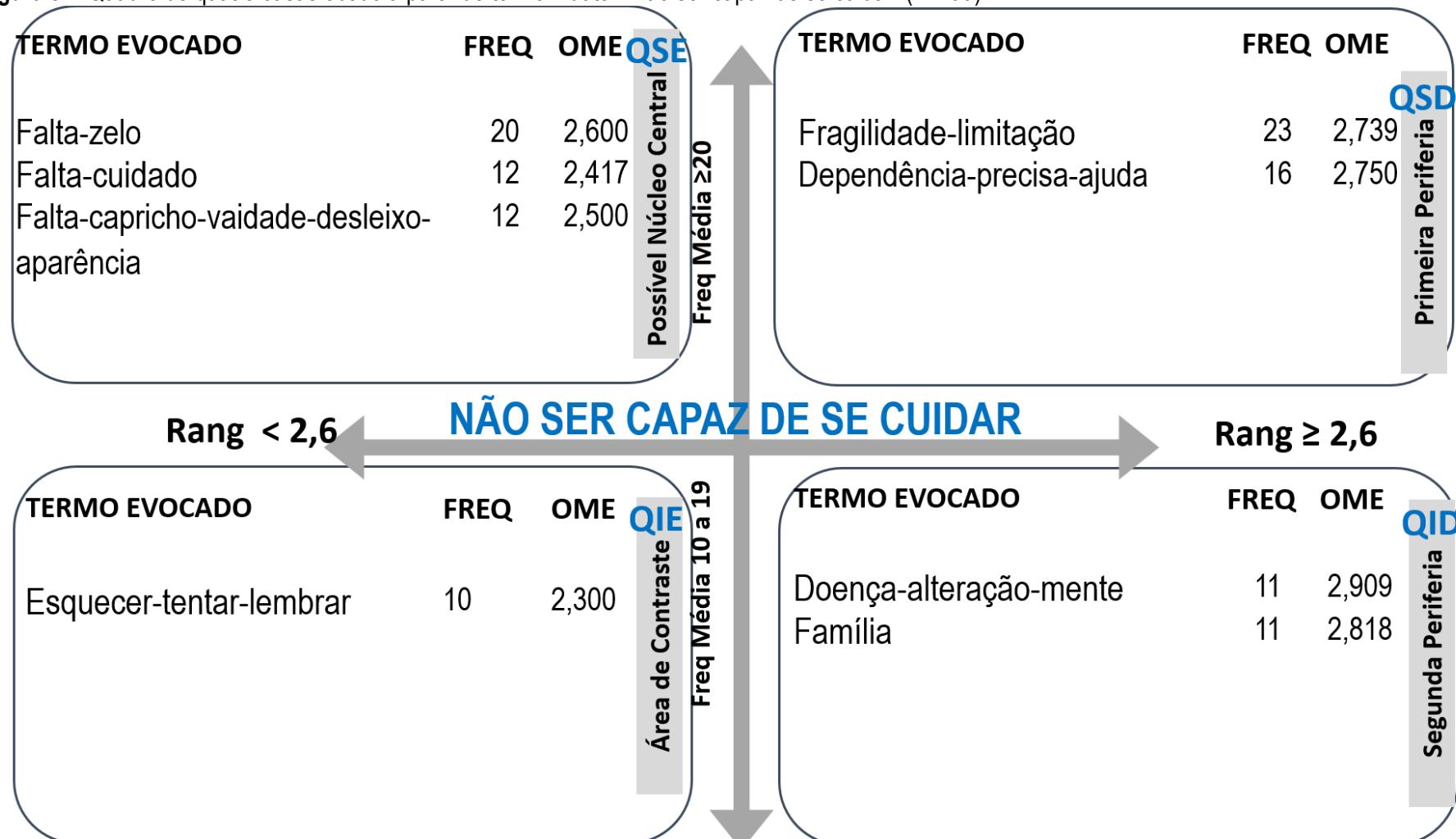
A avaliação do estado nutricional a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) utilizando parâmetros semelhantes adaptados para pessoas idosas¹⁵² possibilitou identificar eutrofia entre 36,8% dos participantes, compreendida entre 22kg/m² e 27kg/m². Em uma coorte, verificou-se que o estado nutricional normal foi mais prevalente em idosos sem demência (58,4%), quando comparados com os com demência (18,2% a 33,3%)¹⁵³.

A velocidade da marcha entre os idosos foi >5s/4m (53,85%) e a mensuração da panturrilha, entre 31 a 34cm (42,7%). Não foi identificado similaridade de parâmetro para a avaliação da velocidade da marcha, havendo divergência da distância (2 a 5 metros) e do tempo (3-7 segundos)^{154,155}, sendo adotados na presente investigação parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde¹⁸.

Cabe mencionar que a velocidade de marcha é considerada ferramenta isolada para avaliar fragilidade na prática clínica, pois apresenta alto poder preditivo de maneira isolada ou em combinação com outros itens, além de ser um teste rápido e de baixo custo¹⁵⁴.

No intuito de captar a percepção do grupo investigado sobre a capacidade para se cuidar, buscaram-se, a partir de uma abordagem qualitativa, conteúdos que pudessem favorecer a compreensão do fenômeno da autonomia na perspectiva dos participantes. A seguir, consta na **Figura 9** o quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não ser capaz de se cuidar” realizado com cem participantes.

Figura 9 - Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não ser capaz de se cuidar” (n=100).



Fonte: Elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do Programa EVOCA 2000.

No QSE, área que pode retratar o possível núcleo central, há cognemas que foram evocados a partir da expressão indutora “não ser capaz de cuidar” que, ao serem analisados à luz das dimensões representacionais, foram ancorados na aparência e objetivados por “falta de zelo” ($n=20$, OME= 2,60), “falta-cuidado” ($n=12$, OME= 2,417), “falta-capricho-vaidade-capricho-vaidade-desleixo-aparencia” ($n=12$, OME= 2,50). Houve também entre os cognemas a apreciação da dimensão valorativa implícita na aparência.

A incapacidade para se cuidar foi representada pelos participantes por meio da aparência e atribuída a falta de zelo, cuidado, capricho e vaidade ou por desleixo, retratando o desengajamento para manter-se socialmente apresentável, tendo como referência a forma como se apresenta.

Na área de contraste, QIE, o cognema evocado permitiu sua agregação a duas ações comportamentais que expressam atos antagônicos, porém complementares, de “esquecer-tentar-lembra”, cujas posições dicotômicas fazem menção ao funcionamento mental e retratam a autopercepção da limitação e a tentativa para resgatar o acesso às informações ou aos conteúdos não disponíveis no momento. O fato de esses conteúdos estarem alocados na área de contraste permite inferir tratar-se do posicionamento de um subgrupo de participantes quando apresentam declínio cognitivo a ponto de se tornarem incapazes de manter-se com uma aparência apresentável socialmente em decorrência de “não serem capazes de se cuidar”.

Ao analisar comparativamente os conteúdos do QSE com o QIE, é possível identificar que, no primeiro quadrante, é explicitado o fenômeno da falha no zelo, no cuidado, no capricho, na vaidade em decorrência do desleixo, o que impacta negativamente a aparência. Ao passo que, no QIE, está expresso o mecanismo de acesso ao conteúdo mental ou sua tentativa, o que é analisado na perspectiva da dimensão representacional retrata posições valorativas e comportamentais respectivamente.

A expressão retratada pelos cognemas “dependência-precisa-ajuda” e “fragilidade-limitação, enquanto objetos representacionais, foi alocada na primeira periferia (QSD). Os participantes reconhecem o surgimento da dependência e da necessidade de acessar ajuda e conectar esse conteúdo com a rede de apoio disponível e desejável, sendo uma forma utilizada por eles para nomear a vulnerabilidade a que estão expostos em virtude do processo de envelhecimento.

A expressão “doença-alteração-mente” evocada foi alocada na segunda periferia (QID) e remete às alterações fisiológicas capazes de explicar o surgimento da vulnerabilidade, e o cognema “família” constitui a rede de apoio acessada quando se pensa em alguém a quem recorrer em caso de necessidade. Tal informação é corroborada pela menção da pessoa mais

significativa, conforme consta na **tabela 1** e corroborada com o conteúdo evocado que se encontra no QSD. Tal fato permite perceber que, embora a limitação física, entre os participantes ainda curse de forma lenta, mas progressiva, traz para eles a percepção de “fragilidade-limitação” que pode surgir em decorrência de “doença-alteração-mente” a ponto de reconhecerem que necessitam de ajuda (“precisa-ajuda”) e que iniciam uma fase de “dependência”, remetendo à necessidade de acessar a “família” como rede de apoio.

Cabe mencionar que, no cenário da investigação, o perfil de moradia foi explicado com os registros de diário de campo em que os participantes relataram serem originários de uma colônia alemã, que, na década de 20, chegou à cidade para a construção da rede ferroviária a convite de Mariano Procópio, um amigo do regente do Brasil. Esse grupo de imigrantes foi morar na parte alta da cidade, cenário da atual investigação. Eles se reuniram em agregados familiares, fato que permanece até a atualidade e justifica a proximidade de membros da família em espaços físicos²⁸. Isso pode explicar a menção à família enquanto rede de apoio lembrada/acessada.

Os conteúdos que emergiram na abordagem estrutural da TRS, ao serem aproximados daqueles advindos da abordagem processual, foram corroborados conforme fragmentos de falas extraídos dos discursos dos participantes:

Uma mulher ativa que gostava de passear muito, [...] Perdeu completamente, né? Chega lá é igual um bicho. Eles trancam ela de cadeado, porque senão ela foge, né? Eu acho triste! 65212 É muito bom relembrar as coisas e das pessoas. [...] Acho que não é normal porque é chato ir perdendo a memória aos poucos. 65035

Ela era uma pessoa muito ativa. Ela trabalhava, ia muito pra igreja. Vendia Avon e fazia um monte de coisa, sabe? Agora não faz mais. 65092

Falavam que a pessoa era caduca. Hoje não fala isso mais. Hoje é mal de Alzheimer. 65068

Quando analisado do ponto de vista do aparelho psíquico, o fenômeno do esquecimento remete à perda da identidade e da consciência com comprometimento do ego, o que pode gerar a possibilidade de desengajamento social e isolamento pessoal¹⁵⁶.

O fato de a capacidade cognitiva se manifestar de forma distinta entre pessoas de mesmo gênero ou cultura e de o processo de envelhecimento ser considerado fator interveniente sobre as mesmas, a ponto de impactar a manutenção da rotina das atividades de vida diárias e da (in)dependência de cada participante, motivou a mensuração do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20)¹⁸, a avaliação das Atividades Básicas de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias, utilizando as escalas de Katz⁹² e Lawton³⁴, aplicação do questionário de Pfeffer (QPAF) com os acompanhantes¹³² e do Teste GDS-15⁴⁹ para captar a avaliação do humor.

A Tabela 7 demonstra os escores atribuídos a cada questão do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20) dos 171 participantes.

Tabela 7 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20) dos 171 participantes.

Domínio: IDADE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE					
Variáveis (perguntas)	Classificação	escore	N	%	
Qual a sua idade?	60 a 74 anos 75 a 84 anos 85 anos ou mais	0 1 3	79 65 27	46,2 38,0 15,8	
	Total	171	100		
Comparando com outras pessoas da sua idade, diria que a saúde do(a) Sr(a) é?	Excelente, muito boa ou boa Regular ou ruim	0 1	134 37	78,4 21,6	
	Total	171	100		
Domínio: AVD INSTRUMENTAL					
Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de fazer compras?	Não Sim	0 4	120 51	70,2 29,8	
	Total	171	100		
Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?	Não Sim	0 4	132 39	77,2 22,8	
	Total	171	100		
Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louças, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	Não Sim	0 4	145 26	84,8 15,2	
	Total	171	100		
Domínio: AVD BÁSICA					
Por causa da saúde ou condição física, o(a) Sr(a) deixou de tomar banho sozinho(a)?	Não Sim	0 6	157 14	91,6 8,2	
	Total	171	100		
Domínio: COGNIÇÃO					
Alguém ou algum familiar falou que o(a) Sr(a) está ficando esquecido(a)?	Classificação Não Sim	escore 0 1	N 95 76	% 55,6 44,4	
	Total	171	100		
Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	Não Sim	0 1	132 39	77,2 22,8	
	Total	171	100		
Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	Não Sim	0 2	148 23	86,5 13,5	
	Total	171	100		
Domínio: HUMOR					
No último mês, o(a) Sr(a) ficou desanimado(a), triste ou com desesperança?	Não Sim	0 2	99 72	57,9 42,1	
	Total	171	100		
No último mês, o(a) Sr(a) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	Não Sim	0 2	132 39	77,2 22,8	
	Total	171	100		
Domínio: MOBILIDADE					
O(a) Sr(a) é incapaz de elevar os braços acima do nível dos ombros?	Não Sim	0 1	114 27	84,2 15,8	
	Total	171	100		
O(a) Sr(a) é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	Não Sim	0 1	150 21	87,7 12,3	
	Total	1171	100		
Tem alguma das três condições abaixo? a) Perda de peso não Intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6kg nos últimos 6 meses ou 3kg no último mês? b) IMC menor que 22kg/m ² ? c) Circunferência da panturrilha < 31 cm? d) Tempo de caminhada, 4m >5seg?	Não Sim	0 2	67 104	39,2 60,8	

Continua

			continuação	
		Total	171	100
A dificuldade para caminhar é capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	Não	0	117	68,4
	Sim	2	54	31,6
	Total	171	100	
O(a) Sr(a) teve duas ou mais quedas no último ano?	Não	0	139	81,3
	Sim	2	32	18,7
	Total	171	100	
O(a) Sr(a) perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	Não	0	111	64,9
	Sim	2	60	35,1
	Total	171	100	
Domínio: COMUNICAÇÃO				
O(a) Sr(a) tem problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (OBS: é permitido o uso de óculos ou lente)	Não	0	102	59,6
	Sim	2	69	40,4
	Total	171	100	
O(a) Sr(a) tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (OBS: é permitido o uso de aparelhos de audição)	Não	0	144	84,2
	Sim	2	27	15,2
	Total	171	100	
Domínio: COMORBIDADES MÚLTIPLAS				
Tem alguma das três condições abaixo? a) Cinco ou mais doenças crônicas? b) Uso Regular de cinco ou mais medicamentos regulares? c) Internação recente, nos últimos 6 meses?	Não	0	123	71,9
	Sim	4	48	28,1
	Total	171	100	

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

No **quadro 1**, consta a síntese dos resultados obtidos pelos participantes quanto à vulnerabilidade clínico-funcional que apresentam segundo o diagnóstico de triagem e as recomendações terapêuticas preconizadas.

Quadro 1 - Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20) segundo categorias e recomendações terapêuticas (n=171).

Escore	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín-máx)	Diagnóstico de triagem	Recomendação terapêutica ¹⁸
0I---7	25	14,6		Baixa vulnerabilidade clínico-funcional	Não necessita de avaliação e acompanhamento especializados
7I---15	63	36,8		Risco aumentado de vulnerabilidade	Necessita avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas
15I---	83	48,5		Alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada	Exige avaliação ampliada por equipe especializada em cuidado geriátrico, gerontológico e com suporte psicossocial
Total	171	100			

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Utilizando o IVCF-20, foi possível identificar que 85,3% dos participantes apresentam vulnerabilidade, corroborando dados da literatura¹⁵⁷, isso porque 48,5% deles tinham alto risco de vulnerabilidade ou fragilidade já instalada e 36,8% apresentavam risco aumentado para vulnerabilidade, apesar de a autopercepção sobre seu estado de saúde ter sido positiva para 78,4% deles. Tal fato permite afirmar que houve uma falsa autopercepção de não vulnerabilidade clínico-funcional, o que equivale a dizer que há uma divergência entre a autopercepção de saúde embora existam indicadores de fragilidade aferidos (IVCF-20). Nesses casos, a identificação de

vulnerabilidade média a alta não é percebida como sendo decorrente do surgimento de limitações peculiares ao processo de envelhecimento, ainda que já se mostrem presentes pelas aferições da variáveis apresentadas no IVCF-20. Isso remete ao fato de os participantes não identificarem em si limitações quando se comparam aos contemporâneos ou quando buscam atendimento na rede de saúde¹⁵⁸. Aspectos socioeconômicos, demográficos e diferenças da classificação funcional são fatores intervenientes sobre a autoavaliação do estado de saúde, descritos na literatura¹⁵⁹ e que justificam os resultados obtidos na presente investigação.

O fato de 48,5% dos participantes se enquadrarem na classificação de alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada remete à necessidade de se realizar uma avaliação ampliada, envolvendo uma equipe especializada em cuidado geriátrico, gerontológico e psicossocial. Para os 36,8% classificados como de risco aumentado para vulnerabilidade, também é recomendado realizar avaliação ampla, para a identificação e o tratamento apropriado das condições crônicas e, para os 14,7% categorizados como de baixa vulnerabilidade, há indicação de que a avaliação e o acompanhamento especializado sejam realizados na unidade de atendimento primário, embora, no contexto da RAS, a articulação entre os níveis de cuidado seja fundamental para assegurar a continuidade do cuidado e o êxito dos resultados.

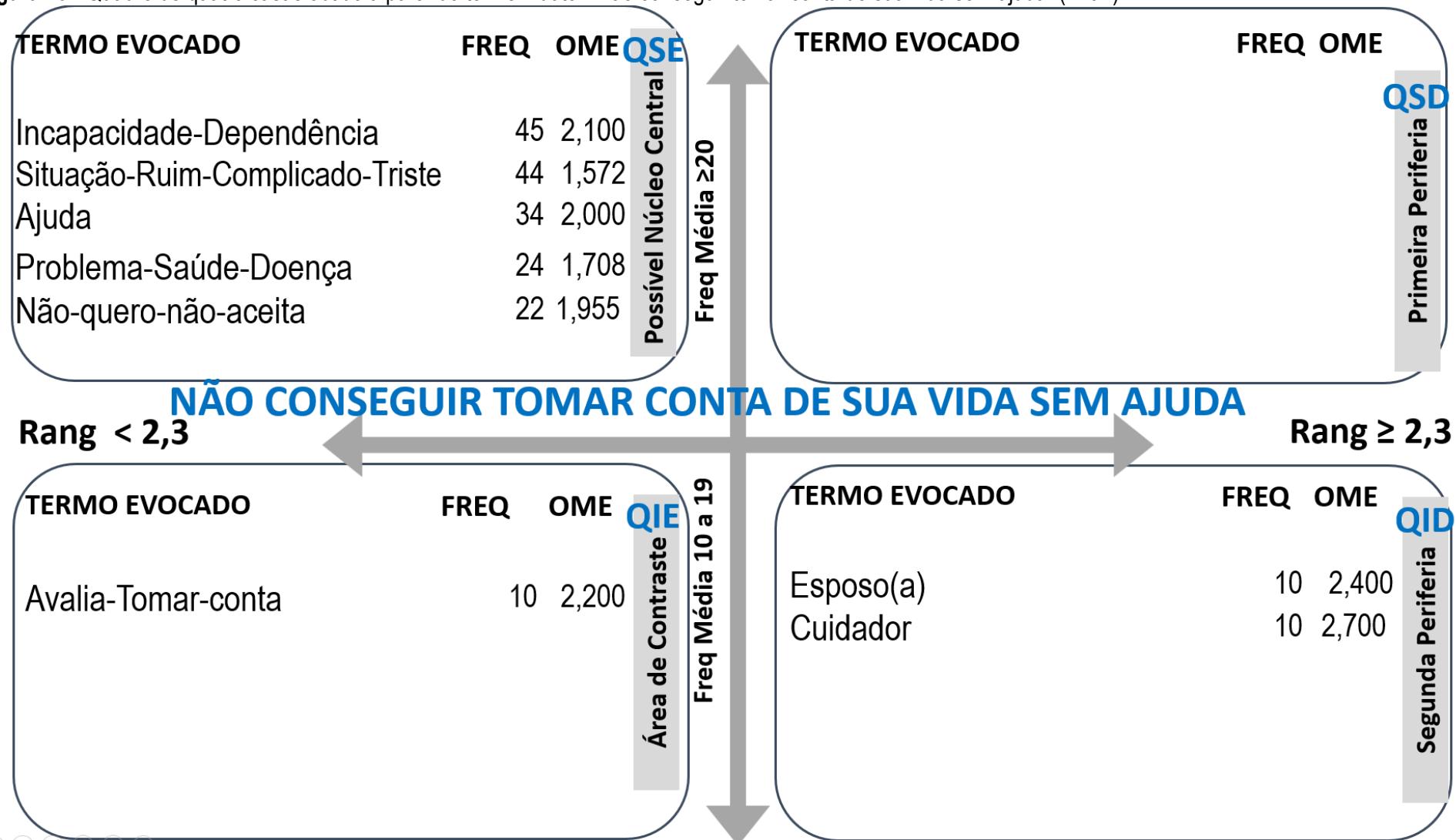
A variável contida no IVCF mais expressiva que impactou a população investigada foi o relato da percepção dos familiares sobre episódios de esquecimento (44,4%); presença de desânimo, tristeza e desesperança- domínio do humor (42,1%) e alteração na visão a ponto de interferir nas atividades cotidianas (40,4%).

Dados semelhantes foram documentados em outras investigações, a saber: 1) Associação entre a percepção de familiares/cuidadores sobre a perda de memória e a vulnerabilidade que é considerada um possível preditor do declínio cognitivo, relacionada ao aumento da vulnerabilidade do idoso, identificada na prática clínica segundo autorrelatos dos idosos e/ou de seus familiares quando apontam perda na qualidade e na acurácia de sua memória³⁶; 2) Associação entre humor e aumento do declínio cognitivo, justificada pela presença de quadros depressivos entre pessoas idosas, que podem ser atribuídos às interações medicamentosas e confundidos com sintomas de senilidade, decorrentes de comprometimento na rede de apoio social ou gerados por solidão e desengajamento social^{49,160} e 3) Associação entre visão e aumento do declínio cognitivo decorrente da degeneração ocular peculiar ao processo de envelhecimento que impacta negativamente a autonomia do idoso para execução de tarefas cotidianas, intensificando o risco para quedas e isolamento social e comprometendo sua saúde física e mental^{160,161}.

A busca pela percepção dos participantes sobre o surgimento de limitações e a incapacidade para gerenciamento da própria vida sem ajuda se fundamentou nas abordagens

estrutural e processual da TRS para a compreensão desse fenômeno. Assim sendo, na **Figura 10**, consta o quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conseguir tomar conta da sua vida sem ajuda” referido por 97 participantes.

Figura 10 - Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda” (n=97).



Fonte: Elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do Programa EVOC 2000.

No QSE, área que pode retratar o possível núcleo central, foram alocados cinco cognemas que emergiram diante da expressão indutora “não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda” e que, ao serem analisados à luz das dimensões representacionais, permitiram objetivar a representação social pela “incapacidade-dependência” (n=45, OME= 2,1) e pela existência de “problema-saúde-doença” (n=24, OME= 1,708), ou seja, situações que retratam o impacto do declínio cognitivo nas atividades da vida diárias e apontam a causa de tal fato. A expressão contendo os cognemas “situação-ruim-complicada-triste” retratou a dimensão valorativa (n=44, OME= 1,572), o que pode explicar o surgimento dos cognemas “não-quero-não-aceita” (n=22, OME= 1,955). Essa expressão retrata o uso de mecanismo de defesa do tipo negação e, ao ser analisada à luz da estratégia de enfrentamento, justifica a necessidade de se ter uma sistema de apoio, fato corroborado pelo cognema “ajuda” (n=34, OME= 2,0).

Na área de contraste, QIE, a expressão de cognemas “avaliar-tomar-conta” demonstra a necessidade de acessar a rede de apoio, o que retrata que ela foi ancorada na primordialidade de manter a pessoa idosa sob avaliação e cuidado. No que tange a essa rede de apoio social para viabilização desse cuidado, ele foi mencionado na segunda periferia (QID) e expresso pela evocação dos cognemas “esposo” e “cuidador”.

Os conteúdos representacionais obtidos pela abordagem estrutural da TRS, ao serem aproximados daqueles advindos da abordagem processual, foram corroborados conforme fragmentos de falas extraídos do discurso dos participantes:

Não tinha nada no coração. Gostava de ir na missa, aí parou de querer ir na igreja. Adorava novela e parou de ver televisão. Já não ia mais na casa das amigas. 65091
Ela já tem quase dez anos com a doença (depressão), já não come e nem toma banho sozinha. Tudo é a gente. 65092
Meu marido é terrível pra esquecer. 65211

Os fragmentos de discurso anteriormente mencionados remetem ao desengajamento para as atividades sociais que pode estar vinculado a presença de doença e a constatação de tal fato no convívio com o companheiro¹⁶².

Ao analisar os conteúdos evocados à luz do aparelho psíquico e da imagem mitológica de Narciso, é possível identificar que os conteúdos representacionais retratam a autoimagem do idoso ao se ver no espelho do processo de envelhecimento humano. Isso faz com que se sinta incapaz e dependente, reconheça essa situação como ruim, triste, complicada e presente como resposta humana o conflito expresso pela inaceitação da situação que antevê/vê e a necessidade de acessar ajuda, manter-se sobre vigilância para se sentir seguro ou para prover a segurança do outro, pedindo auxílio, para isso, ao companheiro(a) - esposo(a) ou a um cuidador. Tal fato foi corroborado com a condição conjugal dos participantes, uma vez que 56,2% deles possuem um(a)

companheiro(a); moram com ele(a) (56,1%) e com o número de pessoas que compartilham a moradia $\bar{X}2,00 \pm DP 1,377$ (0-10).

No intuito de avaliar o grau de engajamento dos participantes para as Atividades Básicas de Vida Diárias (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AlVDs), buscou-se conhecer como os participantes se comportam frente a tais variáveis.

Na **Tabela 8**, constam os parâmetros na avaliação das AVDs segundo a Escala de Katz ao ser aplicada aos 171 participantes.

Tabela 8 - Escala de Katz. (n= 171). Juiz de Fora (MG).

Variáveis	Classificação	Pontuação	N	%
			Avaliação das atividades da vida diárias (AVDs)	
Como toma banho?	Chuveiro em pé	158	92,4	
	Chuveiro e sentada	12	7,0	
	Chuveirinho da ducha higiênica	1	0,6	
	Total	171	100	
Condição para tomar banho	Independente	1	162	94,7
	Precisa de Ajuda	2	6	3,5
	Dependente	3	3	1,8
	Total	171	100	
Condição para vestir-se	Independente	1	164	95,9
	Precisa de Ajuda	2	5	2,9
	Dependente	3	2	1,2
	Total	171	100	
Condição para ir ao banheiro	Independente	1	164	95,9
	Precisa de Ajuda	2	5	2,9
	Dependente	3	2	1,2
	Total	171	100	
Condição para mudar de posição ou transferência	Independente	1	162	94,7
	Precisa de Ajuda	2	9	5,3
	Dependente	3	-	-
	Total	171	100	
Condição para continência	Independente	1	157	91,8
	Precisa de Ajuda	2	8	4,7
	Dependente	3	6	3,5
	Total	171	100	
Condição para alimentação	Independente	1	153	89,5
	Precisa de Ajuda	2	14	8,2
	Dependente	3	4	2,3
	Total	171	100	

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Na **Tabela 9**, constam os parâmetros na avaliação das AlVDs segundo a Escala de Lawton aplicada aos 171 participantes.

Tabela 9 - Escore da Escala de Lawton atribuído aos participantes. (n= 171).

Variáveis	Classificação	Atividades instrumentais da vida diárias - (AIVDs)		
		Pontuação	N	%
Condição para usar telefone	Independente	1	153	89,5
	Precisa de Ajuda	2	14	8,2
	Dependente	3	4	2,3
	Total	171	171	100
Condição para Deslocamento/Transferência fora de casa	Independente	1	116	67,8
	Precisa de Ajuda	2	42	24,6
	Dependente	3	13	7,6
	Total	171	171	100
Condição para compras	Independente	1	106	62,0
	Precisa de Ajuda	2	42	24,5
	Dependente	3	23	13,5
	Total	171	171	100
Condição para preparar comida	Independente	1	138	80,7
	Precisa de Ajuda	2	16	9,4
	Dependente	3	17	9,9
	Total	171	171	100
Condição para realizar atividades do lar (trabalho de casa)	Independente	1	131	76,6
	Precisa de Ajuda	2	29	17,0
	Dependente	3	11	6,4
	Total	171	171	100
Condição para se medicar	Independente	1	147	86,0
	Precisa de Ajuda	2	13	7,6
	Dependente	3	11	6,4
	Total	171	171	100
Condição para gerenciamento do dinheiro	Independente	1	128	74,9
	Precisa de Ajuda	2	30	17,5
	Dependente	3	13	7,6
	Total	171	171	100

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

A análise do cotidiano dos participantes na perspectiva de sua inserção nas AVDs/AIVDs possibilitou sintetizar os resultados segundo o nível de dependência aferido (**Quadro 2**).

Quadro 2 - Escala de Katz e Escala de Lawton (n= 171) segundo interpretação.

Escores	N	%	Interpretação ¹⁰⁴
Independência total AVD/AIVD	95	55,6	Incapacidade funcional em nenhuma AVD/AIVD
Precisa de ajuda ou dependente numa AVD/AIVD	19	11,1	Incapacidade funcional em uma AVD/AIVD
Precisa de ajuda ou dependente duas a quatro AVDs/AIVDs	39	22,8	Incapacidade funcional entre duas e quatro AVDs/AIVDs
Precisa de ajuda ou dependente em cinco ou mais AVDs/AIVDs	18	10,5	Incapacidade funcional em cinco ou mais AVDs/AIVDs
Total	171	100	

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

A aplicação das escalas de Katz e Lawton permitiu identificar que 44,4% dos participantes apresentam incapacidade funcional para as atividades básicas e atividades instrumentais, ou seja, eles necessitam de alguma ajuda em seu cotidiano e/ou apresentam alguma dependência, de pelo menos uma das atividades diárias investigadas.

A atividade de vida diária que compõe a avaliação do Katz e Lawton que apresentou maior impacto nos escores de avaliação dos participantes foi a necessidade de ajuda ou dependência para realizar compras (76%), seguida do deslocamento/transferência fora de casa (32,2%). Esse resultado retrata a necessidade de um suporte social disponível quando se deseja manter o engajamento do participante nessas atividades e, na sua ausência deste, há tendência de a pessoa idosa se manter restrita ao ambiente domiciliar. A tomada de decisão sobre o que comprar pode ser mantida quando a pessoa idosa delega a outra o que deseja adquirir, porém pode comprometer a autonomia, porque gera desmotivação e desengajamento para a realização de papéis sociais, autocuidado e envelhecimento ativo¹⁶³.

Em um estudo epidemiológico em que foram avaliadas 361 pessoas idosas em relação às Atividades de Vida Diárias, observou-se que 63,2% delas foram categorizadas como dependentes¹⁶⁴. Outros estudos nacionais e internacionais indicam que a demência está associada à dependência em todos os tipos de AVDs, uma vez que os pacientes com demência apresentavam maior comprometimento em AVDs básicas e instrumentais, aferidas pelo índice Katz e Lawton^{165,166}.

A fim de evitar viés na avaliação da capacidade funcional e da dependência em pessoas com potencialidade para declínio cognitivo, utilizando exclusivamente as escalas de Katz e Lawton, optou-se pelo uso do questionário QPAF para captar a impressão dos acompanhantes dos idosos, como forma de triangular as percepções dos idosos com as de seus acompanhantes (**Tabela 10**). Dos 171 participantes, 117 estavam com acompanhantes no momento da pesquisa.

Tabela 10 - Questionário de Pfeffer (QPAF) com acompanhantes (n=171).

Pergunta	Variável	Pontuação	N	%
(PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	59	34,5
	Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	28	16,3
	Necessita de ajuda	2	23	13,5
	Não é capaz	3	7	4,1
	NR(*)	54	31,6	
	Total	171	100	
(PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo, de comida e roupa)?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	52	30,4
	Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	28	16,4
	Necessita de ajuda	2	27	15,8
	Não é capaz	3	10	5,8
	NR(*)	54	31,6	
	Total	171	100	
(PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	64	37,4
	Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	28	16,4
	Necessita de ajuda	2	17	68,4
	Não é capaz	3	8	4,7

Continua

continuação			
(PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim, é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	60	35,1
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	32	18,7
Necessita de ajuda	2	14	8,2
Não é capaz	3	11	6,4
(PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	77	45,0
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	25	14,6
Necessita de ajuda	2	8	4,7
Não é capaz	3	7	4,1
(PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	77	45,0
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	25	14,6
Necessita de ajuda	2	8	4,7
Não é capaz	3	7	4,1
(PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	79	46,2
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	27	15,8
Necessita de ajuda	2	4	2,3
Não é capaz	3	7	4,1
(PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	85	49,7
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade	1	26	15,2
agora	2	13	7,6
Necessita de ajuda	3	10	5,8
Não é capaz	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	72	42,1
Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade	1	30	17,5
agora	2	10	5,8
Necessita de ajuda	3	5	2,9
Não é capaz	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	85	49,7
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	23	13,5
Necessita de ajuda	2	6	3,5
Não é capaz	3	3	1,8
(PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100
Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0	97	56,7
Com alguma dificuldade, mas nunca fez e teria dificuldade agora	1	8	4,7
Necessita de ajuda	2	7	4,1
Não é capaz	3	5	2,9
(PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?	NR(*)	54	31,6
	Total	171	100

Notas das autoras: (*) NR= não responderam, pois estavam sem acompanhante no momento da coleta.

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

No processo de tratamento dos dados foi possível sintetizar a interpretação dos resultados do Questionário de Pfeffer (QPAF) aplicado a acompanhantes de 171 participantes (**Quadro 3**).

Quadro 3 - Interpretação do Questionário de Pfeffer (QPAF) com acompanhantes (n=171).

Escores	N	%	Md ±DP (mín-máx)	Interpretação ¹¹¹
0	38	22,2	Md 3,00 ±,8,235 (0-33)	Sugestivo de independência
1I---3	16	9,4		
3I---6	13	7,5		Sugestivo de maior dependência
6I---12	23	13,5		
12I---24	22	12,9		
24I---34	5	2,9		
NR(*)	54	31,6		
Total	171	100		

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

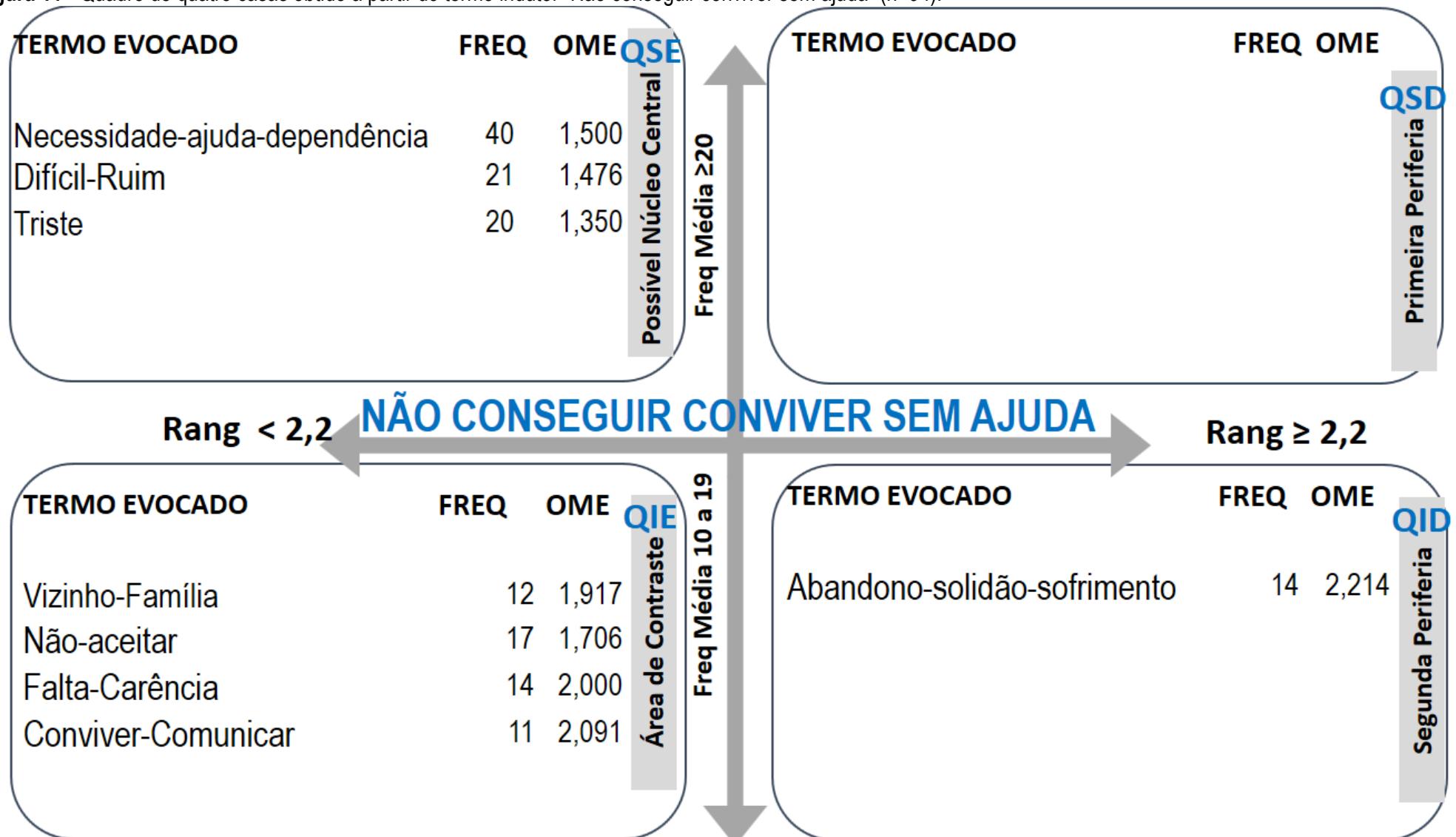
Dos 171 participantes da presente investigação, 117 estavam com acompanhantes que se propuseram a responder ao QPAF. Segundo a visão/avaliação dos acompanhantes, 29,3% das pessoas idosas são sugestivas de maior dependência na realização de atividades.

Em um estudo de caso controle com 191 pessoas idosas institucionalizadas e em ambiente domiciliar, 75,9% das institucionalizadas se mostraram dependentes para, no mínimo, uma atividade básica de vida diária e 9,7% dos idosos dos domicílios também estavam nessa condição¹⁶⁷.

A autopercepção sobre a necessidade de acessar uma rede de apoio constitui em variável de interesse para a compreensão do fenômeno do declínio funcional e pode impactar o surgimento de quadros de depressão em decorrência da não aceitação da modificação na autonomia. Por isso se buscou, a partir de uma abordagem ampla e utilizando a proposta de Abric, uma aproximação para compreender como os participantes percebem tal situação.

Na **Figura 11**, consta o quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conviver sem ajuda” referido por 94 participantes.

Figura 11 - Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “Não conseguir conviver sem ajuda” (n=94).



Fonte: Elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do Programa EVOCA 2000.

No QSE, área que pode retratar o possível núcleo central, constam os cognemas que foram evocados a partir da expressão indutora “não conseguir conviver sem ajuda”, a saber: cognemas “difícil-ruim-triste” (n=41, OME= 1,413), que remetem à dimensão valorativa e foram os mais prontamente mencionados e com maior frequência, seguidos dos cognemas “necessidade-ajuda-dependencia” (n=40, OME= 1,500) que se associam à objetivação da necessidade de alguém para manter-se vivo.

O declínio funcional peculiar ao processo de envelhecimento humano, ao cursar com manifestações que permitem a identificação da síndrome geriátrica¹¹, foi consensualizado entre os participantes como algo difícil de ser enfrentado, a ponto de gerar uma percepção de estar diante de algo ruim e triste. Isso pode justificar sentimentos de tristeza e sensação de impotência diante da vida.

Os cognemas “necessidade-ajuda-dependência” surgem nesse contexto como uma constatação inevitável da incapacidade funcional que se manifesta com a dependência do outro para aquilo que se lhe apresenta como algo para o qual o idoso se reconhece incapacitado para lidar sozinho e justifica a necessidade de ajuda¹¹.

Na área de contraste, QIE, os cognemas “vizinhos-família” se referem às pessoas que compõem a rede de apoio e auxiliam nas demandas decorrentes das incapacidades, embora esse fato possa ser interpretado à luz do cognema “não-aceitação”. Isso equivale a dizer que o posicionamento de um subgrupo entre os participantes que evocaram o uso de mecanismo de defesa do tipo negação justifica o comportamento de afastamento/isolamento e retração quando os idosos enfrentam limitações e passam por isso a evidenciar dependências em situações do cotidiano. Tais fatos foram observados a partir da leitura da vida de terceiros, mas não são autoperceptíveis e nem mesmo desejáveis.

A expressão de cognemas “conviver-comunicar” remete ao processo comunicacional presente na síndrome geriátrica¹¹ e pode ser verbalizada ou estar implícita na linguagem não verbal ou extraverbal. De qualquer forma, as manifestações de alteração no engajamento social podem constituir evidências que retratam as necessidades de investigação a respeito da(s) possível(is) causa(s). Tais necessidades podem ser evidenciadas pelas demandas de cuidado mencionadas pelas próprias pessoas idosas ou ser deduzidas da observação de familiares, cuidadores ou acompanhantes, exigidos para as pessoas que apresentam algum nível de dependência.

A singularidade como cada pessoa vivencia, percebe, interpreta ou lida com o processo de envelhecimento humano é influenciada por sua personalidade. Há pessoas que se utilizam da negação, outras se mostram imprudentes e outras fazem embotamento emocional ou somatizam

situações. São estratégias de enfrentamento utilizadas que, nas ocasiões em que há uma aproximação empática e terapêutica, podem passar despercebidas ou suas manifestações iniciais serem interpretadas como adoecimento orgânico¹⁶⁸. Tal fato foi corroborado pelos cognemas “não-aceitar” e “falta-carência”.

Os cognemas “falta-carência” podem se constituir em uma expressão de empobrecimento social e financeiro. No primeiro caso, podem se referir à manifestação ou causa de retraimento no cotidiano, sendo percebidos pela alteração dos costumes familiares, pessoais, sociais e emocionais e, no segundo caso, podem retratar a vivência pontual ou recorrente de dificuldades financeiras ou a sensação de impotência frente às limitações econômicas de que se veem alvos. A expressão “abandono-solidão-sofrimento, alocada na segunda periferia (QID), retrata o sentimento de vazio em “não conseguir conviver sem ajuda” e, quando analisada em concomitância com a expressão “falta-carência”, permite reafirmar as duas concepções anteriormente mencionadas. Assim a expressão “Não conseguir conviver sem ajuda” foi objetivada através da necessidade de ajuda e nos vínculos de dependência e ancorada na experiência negativa que remete à sua aceitação.

Os conteúdos representacionais obtidos pela abordagem estrutural da TRS, ao serem aproximados daqueles advindos da abordagem processual, foram corroborados conforme fragmentos de falas extraídos do discurso dos participantes:

Acho que deve ser muito triste a pessoa querer lembrar as coisas e não conseguir, acho que é viver em tristeza. 65170.

Temos um vizinho que esquece muito das coisas e um dia ele foi parar lá no alto do morro e não sabia pra onde ir; onde era a casa dele. É muito ruim, né? Como é que vai fazer? Se não são os vizinhos conhecer ele; já era, né? 65804.

A pessoa não se integra na sociedade. Ela começa a conversar e daqui a pouco esqueceu tudo e volta novamente. Parece que as pessoas que estão no entorno dela ficam incomodadas. 65152.

O fato de não conseguir conviver sem ajuda para o grupo socialmente contextualizado remete à concepção compartilhada de inadequação e incapacidade da pessoa para responder por si e à necessidade de que haja uma terceira pessoa capaz de lhe garantir a segurança. Essa vivência gera no contexto social um incômodo e uma sensação de tristeza, que pode ser amenizada quando há colaboração de vizinhos para a garantia da segurança daqueles que sofrem de esquecimento a ponto de precisarem de ajuda contínua.

Nesse contexto, a tristeza pode ser confundida com alteração do humor e, para investigar tal ocorrência, fez-se necessária a utilização da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15), conforme os resultados demonstrados na **Tabela 11**.

Tabela 11 - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) - (n=171).

Critério de avaliação	Pontuação	N	%
Está satisfeito com a vida?	0 1	8 163	4,7 95,3
	Total	171	100
Interrompeu muitas de suas atividades?	0 1	79 92	46,2 53,8
	Total	171	100
Acha sua vida vazia?	0 1	129 42	75,4 24,6
	Total	171	100
Aborrece-se com frequência?	0 1	105 66	61,4 38,6
	Total	171	100
Sente-se de bem com a vida a maior parte do tempo?	0 1	57 114	33,3 66,7
	Total	171	100
Teme que algo ruim lhe aconteça?	0 1	108 63	63,2 36,8
	Total	171	100
Sente-se alegre a maior parte do tempo?	0 1	47 124	27,5 72,5
	Total	171	100
Sente-se desamparado com frequência?	0 1	116 55	67,8 32,2
	Total	171	100
Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0 1	90 81	52,6 47,4
	Total	171	100
Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	0 1	125 46	73,1 26,9
	Total	171	100
Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	0 1	33 138	19,3 80,7
	Total	171	100
Sente-se inútil?	0 1	154 17	90,1 9,9
	Total	171	100
Sente-se cheio(a) de energia?	0 1	74 97	43,3 56,7
	Total	171	100
Sente-se esperançoso(a)?	0 1	122 49	71,3 28,7
	Total	171	100
Acha que os outros têm mais sorte que você?	0 1	123 48	71,3 28,7
	Total	171	100

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

O Quadro 4 demonstra a interpretação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) aplicada aos 171 participantes.

Quadro 4 - Interpretação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15) - (n=171).

Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín-máx)	Interpretação ⁴⁹
1I---3	7	4,1	7,00 ± 2,574 (2-15)	Sem indicativo de depressão
3I---6	22	12,9		
6I---8	76	44,4		
8I--11	50	29,2		Com indicativo de depressão
≥11	16	9,4		
Total	171	100		

Fonte: Elaborada pelas autoras.(Jun/2019)

Tabela 12 apresenta os resultados da análise bivariada entre a Escala de Depressão Abreviada e as variáveis intervenientes, referentes aos 171 participantes

Tabela 12 - Análise bivariada entre a Escala de Depressão abreviada e as variáveis intervenientes (n= 171).

Variável	Escala de Depressão abreviada				OR	p-valor	
	Com indicativo de depressão		Sem indicativo de depressão				
	N	%	N	%			
Gênero	Feminino	8	8,5	86	91,5	0,697	0,526
	Masculino	6	11,8	45	88,2		
Idade	<75 anos	2	3,7	52	96,3	0,253	0,082*
	≥75 anos	12	13,2	79	86,8		
Anos de estudo	<4 anos	6	10,2	53	89,8	0,759	0,862
	≥4 anos	8	9,3	78	90,7		
Filhos	Sem filhos	2	18,2	9	81,8	2,259	0,319
	Com filhos	12	9,0	122	91		
Alt. Núcleo familiar	Sem alteração	1	2,1	47	97,9	0,137	0,030*
	Com Alteração	13	13,4	84	86,6		
Estado Conjugual	Sem companheiro	9	14,1	55	85,9	2,487	0,110
	Com companheiro	5	6,2	76	93,8		
Ativ. Social	Sim	8	10,8	66	89,2	1,313	0,631
	Não	6	8,5	65	91,5		
Prática Ativ. Física	Sim	10	8,4	109	91,6	0,504	0,275
	Não	4	15,4	22	84,6		
Tabagismo	Sim	1	5	19	95	0,453	0,393*
	Não	13	10,4	112	89,6		
Autoavaliação da Saúde	Excelente, muito boa, boa	10	8,8	103	91,2	0,679	0,537*
	Regular ou ruim	4	12,5	28	87,5		
Percepção esquecimento pela família	Não	6	9,1	60	90,6	0,887	0,833
	Sim	8	10,1	71	89,9		

Continua

continuação

Autopercepção de piora do esquecimento últimos 6 meses						
Não	0	-	2	100		
Sim	12	10,9	98	89,1	-	-
Doenças						
Até 02 doenças	9	9,4	87	90,6		
Mais de 03 doenças	5	10,2	44	89,8	0,910	0,873
Uso de Rémedios						
Até 02 remédios	8	8,8	83	91,2		
Mais de 03 remédios	6	11,1	48	88,9	0,771	0,647
Vulnerabilidade IVCF-20						
Sem vulnerabilidade	1	6,3	15	93,8		
Com Vulnerabilidade	13	10,1	116	89,9	0,594	0,525
AVD/AIVD						
Independente	7	9,3	68	90,7		
Precisa de ajuda/dependente	7	10	63	90	0,926	0,892
QPAF com acompanhantes						
Independente	70	94,6	4	5,4		
Maior dependência	41	82	9	18	3,841	0,027*

Fonte: Elaborada pelas autoras Jun/2019.

Notas das autoras: (*): valor do teste Exato de Fisher para $\alpha=0,05$, quando $N < 5$.

Neste estudo, a prevalência de indicativo de depressão em pessoas idosas, conforme GDS-15, foi de 83%. Em um estudo transversal que objetivou analisar a prevalência de sintomas de depressão em pessoas idosas adstritas em uma unidade básica de saúde apontou prevalência de indicativo de depressão através da GDS-15 de 18,1%, índice aproximadamente cinco vezes menor que o encontrado na presente investigação. Essa diferença pode ser justificada em estudos nacionais e internacionais realizados com a população idosa, que mostram que a prevalência de depressão varia de 5% e 80%, de acordo com o instrumento utilizado e o local em que a população está inserida¹⁶⁹⁻¹⁷¹.

Na análise bivariada entre a GDS-15 e as variáveis intervenientes, houve associação entre o indicativo de depressão e a alteração no núcleo familiar nos últimos cinco anos ($p= 0,030$ e $OR= 0,131$) e o QPAF com acompanhantes ($p= 0,027$ e $OR= 3,841$). O alto índice indicativo de depressão na amostra em estudos pode ser multifatorial, englobando aspectos inerentes ao próprio envelhecimento humano, muitas vezes caracterizado por mudanças comportamentais, sentimento de inutilidade, dependências e sofrimento emocional. É válido salientar que a depressão no idoso frequentemente surge em um contexto de perda da qualidade de vida, associada ao isolamento social e ao surgimento de doenças clínicas graves. Isso se dá devido à falta de preparação para a velhice e perdas de papéis sociais, muito enfatizados com a aposentadoria, que deveria ser o momento de desfrutar dos resultados do trabalho de uma vida inteira, mas que, na maioria dos casos, ocorre o afastamento do trabalho, que leva a dependência, induzindo ansiedade, frustração e baixa autoestima⁴³.

Para exemplificar os conteúdos e cognemas emergentes na abordagem processual, constam a seguir no **quadro 5** fragmentos de discursos dos 49 participantes que fazem referência a depressão.

Quadro 5 - Fragmentos de discurso dos 49 participantes exemplificando a depressão.

*	Fontes	*	Fragments de discursos exemplificativos
Comportamental e Attitudinal	31	54	<i>Ela é assim, parece que tem uma coisa que maltrata ela. Aí fica enjoada e brava, entendeu? Ela quer falar que está certa e os outros estão errados. Então é uma coisa muito triste. 65039</i>
Cognitiva e Informativa	48	100	<i>A pessoa deprimida chora com facilidade, se sente magoada por qualquer coisa. 65096</i>
Valorativa	15	23	<i>Uma pessoa deprimida é a coisa pior que pode existir, né? 65039. Se a pessoa é deprimida, deve ser por algum problema. Começa a ficar deprimida sem perceber, bate uma tristeza, e, quando vê, já está deprimido e nem sabe o motivo. 65522. Ah! Meu Deus, deprimido tem demais, nem me fale! É o que mais tem nesse mundo. Quando você olha só a pessoa, naquele impacto, você já vê a feição triste. Já não é mais uma pessoa alegre. Você de olhar a pessoa vai sentir um pouco triste, né? 65096.</i>
Objetival	12	21	<i>Deprimida é ansiedade demais, nervosismo, nada dá certo! Eu estou com esse problema com meu irmão. 65157. A gente fica triste e pensa muito nos filhos em como eles estão. Se a gente está assim, imagina eles com tantos problemas, né? Novo tem problema, a gente já passou essa fase e o que viver agora é lucro. 65082</i>

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

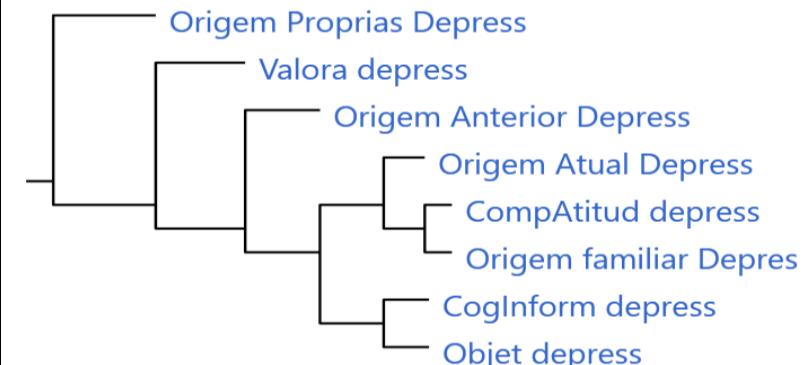
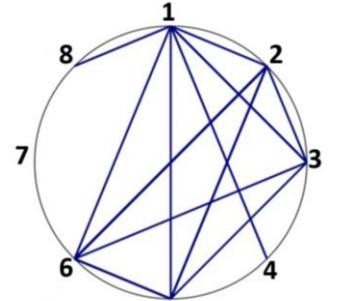
Os familiares (mãe e pai) foram os mais citados no que tange a depressão e os locais que as pessoas conhecidas gostavam de ir ou atividades que gostavam de fazer e, em decorrência da depressão, deixaram de fazê-lo. Um exemplo foi o hábito de ver televisão, ir à igreja e sair.

Passei por esse quadro com minha mãe, quando meu pai morreu. Ela foi ficando deprimida. Não tinha nada no coração. Gostava de ir na missa aí parou de querer ir na igreja. Adorava novela e parou de ver televisão. Já não ia mais na casa das amigas. Foi se fechando dentro de uma concha. Aí, depois ela só falava as coisas básicas: quero ir no banheiro. Estou com fome. Isso foi um quadro depressivo, né? 65091.

Para compreender qual a origem das representações dos participantes a respeito da depressão, seja em sua fase inicial, acessada por meio de indicativos que favoreçam sua identificação, seja manifestação em curso, buscou-se em seus discursos fragmentos de texto que pudessem exemplificar o que retratam e por meio de quem eles têm acesso a tais informações . Isso possibilitou a composição de uma abordagem que retrata a concepção do grupo socialmente contextualizado que foi investigado.

No **quadro 6**, constam exemplos, fragmentos de discursos dos 49 participantes apresentados segundo a origem de tais conteúdos e o momento em que eles foram acessados (eventos recentes ou reminiscências) e dendograma/gráfico de círculo dos conteúdos que emergiram sobre a depressão.

Quadro 6 - Fragmentos de discursos exemplificando a origem dos conteúdos representacionais dos participantes para depressão.

	Fonte	*	Fragmentos de discursos exemplificativos			Dendograma e Gráfico de Círculo
			DEPRESSÃO			
Pessoais ou próprias	49	78	<i>Eu já tive até depressão, mas agora to até bom. 65054 Deprimida sou eu. 65096 Ah eu sou deprimida, eu sou emocional, muita dor na barriga, minha pressão sobe, tem que tomar remédio de pressão e tem hora que a pressão ta baixa. [...] Eu acho que uma pessoa triste ne, aborrecida [...] Às vezes a gente quer ficar calada tem algum probleminha assim. 65506</i>			Nós em cluster por similaridade de palavra 
Familiares	49	50	<i>Eu passei por esse quadro com minha mãe, quando meu pai morreu. Ela foi ficando assim deprimida. 65091</i>			
Situações atuais	49	63	<i>Deprimida é ansiedade demais e nervosismo. Nada dá certo! Eu tô com esse problema com meu irmão. 65157 Minha sobrinha tá deprimida... é uma parenta minha que está doente (câncer). 65024</i>			
Situações anteriores	28	39	<i>Ela era uma pessoa muito ativa, trabalhava, ia muito pra igreja. Vendia Avon e fazia um monte de coisa, sabe? Agora não faz mais. 65092 Teve uma colega minha, ela teve depressão, ficou muito tempo afastada. Eu acho que a pessoa fica meio calado né, não que conversar. 65068</i>			 LEGENDAS SOBRE COMPONENTE DA DEPRESSÃO 1: Dimensão cognitiva e informativa 2: Dimensão atitudinal e comportamental 3: Dimensão objetival 4: Origem de experiências anteriores 5: Origem de experiências atuais 6: Origem familiar 7: Origem próprias 8: Dimensão valorativa

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

A partir dos conteúdos identificados, foi possível elaborar uma categoria para retratar como a depressão é percebida, acessada e representada pelos participantes. Ela se intitula: “Depressão: alteração no engajamento social e no humor des(coberto) na percepção de terceiros”

Ah! Quando a gente não quer muita conversa, né? Não está entusiasmado, nota aquela tristeza na pessoa. Às vezes, está com algum tipo de problema de família e não pode falar, isso vai deprimindo. [...] As coisas da vida põe a pessoa deprimida, às vezes não passeia, é só reclamação, ainda mais quem tem muito filho, casa, já tem família. **65055**

Ah, é muito triste, tristeza no olhar, no modo de agir, desanimo. Eu acho que depressão é isso. **65170**

Ah! A pessoa fica muito fechada, né? Gosta mais de ficar sozinha, às vezes acontece isso mesmo. **65035**

Ah! Eu acho assim a pessoa calada, não quer conversa, talvez fique só sentado ou na cama e não se distrai com nada. **65064**

Eu acho que até a gente é deprimido. É uma pessoa que parece meio triste, meio chateado com a vida, não sabe o quê quer na vida, assim que eu imagino. **65067**

É depressão, tem hora que lidar com pessoa com depressão é complicado. Às vezes, você pensa que tá fazendo o bem com a pessoa e, quando vê, digo assim a pessoa te larga às coisas. **65101**

Na literatura, a associação de sintomas depressivos em idosos com declínio cognitivo e demência já foi relatada, porém foi realizada a diferenciação entre apatia, queixas subjetivas de memória e sintomas depressivos. Dessa forma, um estudo com idosos de idade entre 70 e 78 anos, integrantes da comunidade na Prevenção da Demência pelo estudo *Intensive Vascular Care*, concluiu que ambos os sintomas de apatia (RR por sintoma 1,23, IC 95% 1,08–1,40; $p = 0,002$) e depressão (RR 1,11; IC95% 1,04–1,19; $p= 0,002$) foram associados a um risco aumentado de demência. Contudo, após análise, os achados sugerem que os sintomas de apatia e depressão estão mais relacionados ao desenvolvimento de demência a um curto espaço de tempo (<4 anos) do que em longo prazo. Sendo assim, indicam que a apatia e os sintomas depressivos são marcadores precoces para o desenvolvimento de demência e não necessariamente um fator de risco¹⁷².

Outro estudo iniciado nos anos de 1992 e 1993 acompanhou 2.450 até os anos de 1999-2000, com o objetivo de identificar a contribuição da depressão para o desenvolvimento de doença cardiovascular subclínica (DCV) e demência. Ao final do estudo, identificou-se que os sintomas depressivos tardios foram responsáveis por 64,5% da associação total entre DCV subclínica e demência. Com esses achados, seria possível a realização da detecção precoce dos sintomas depressivos, para que assim haja um tratamento e consequentemente a prevenção do início de DCV e demência¹⁷³.

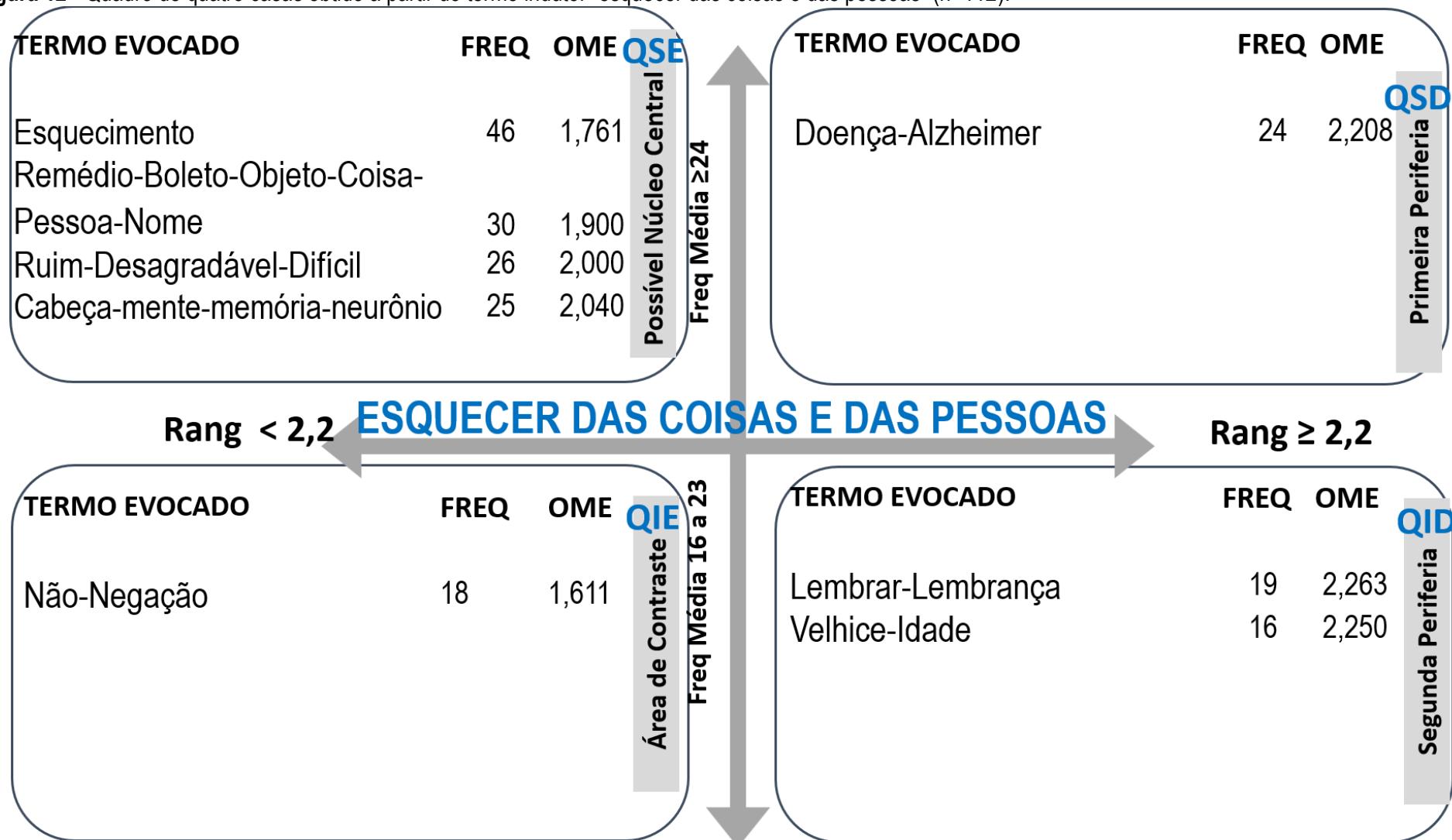
*A tia do meu marido ela tá com 80 e agora tá esquecendo tudo [...] Acho que ela fica deprimida por esse fator (esquecimento). Ela ficou sem estímulo e as pessoas, às vezes, não conseguem entender a outra. Não tem o entendimento como eles (idosos) ficam frágeis. **65162***
*A gente passa a ter vergonha, porque esquece. **65090***
*Acho que deve ser muito triste a pessoa querer lembrar as coisas e não conseguir, acho que é viver em tristeza. **65170***

6.3 (IN)CAPACIDADE COGNITIVA

Para abordar a (in)capacidade cognitiva dos 171 participantes, foram trianguladas as informações advindas de: conteúdos evocados a partir do termo indutor “esquecer das coisas e das pessoas” (abordagem estrutural); conteúdos discursivos advindos de entrevistas individuais em profundidade (abordagem processual), ambos alicerçados na TRS e na avaliação do comprometimento cognitivo aferidos a partir do Teste do Minimental, do Relógio e da Fluência verbal.

A busca da compreensão da (in)capacidade cognitiva concebida como a condição para armazenar informações, registrar conteúdos, reconhecer fatos e eventos e ter a habilidade para evocar, ou seja, rememorar fatos, objetos, acontecimentos ou circunstâncias permitiu verificar como os participantes retratam o fato de “esquecer das coisas e das pessoas”. Tal conteúdo consta do quadro de quatro casas desencadeado a partir do termo indutor “esquecer das coisas e das pessoas” (**Figura 12**).

Figura 12 - Quadro de quatro casas obtido a partir do termo indutor “esquecer das coisas e das pessoas” (n=112).



Fonte: Elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do Programa EVOCA 2000.

No QSE, área que pode retratar o possível núcleo central, foram alocados quatro grupos de cognemas que, ao serem analisados à luz das dimensões representacionais, permitiram identificar que a alteração da memória foi objetivada por meio dos cognemas “esquecimento” ($n=46$ e OME= 1,7); “remédio-boleto-objeto-coisa-pessoa-nome” ($n=30$ e OME= 1,9) e “cabeça-mente-memória-neurônio”. Cabe mencionar que esses cognemas foram os mais prontamente mencionados e em maior frequência respectivamente. A dimensão valorativa a respeito da alteração da memória foi interpretada como algo “ruim-desagradável-difícil”. Isso equivale a dizer que o esquecimento das pessoas e das coisas foi objetivado no esquecimento e ancorado nas ABVDs durante o contato com objetos do cotidiano e das AIVDs a exemplo do pagamento de contas, do gerenciamento de uso de medicamento e das AAVDs que ocorrem na relação social. A objetivação do esquecimento também foi feita por meio dos cognemas “cabeça-mente-memória-neurônios”, ou seja, alicerçada em conteúdos explicativos de natureza fisiológica.

Na área de contraste, QIE, os cognemas “não-negação” retratam o posicionamento de um subgrupo entre os participantes que evocaram o uso de mecanismo de defesa do tipo negação para retratar o que representa o processo de esquecimento de situações do cotidiano e das pessoas inseridas no convívio social, mais ou menos próximas.

Ao analisar comparativamente os conteúdos do QSE com o QIE, é possível identificar que, no possível núcleo central, estão alocadas expressões sobre os objetos/pessoas/circunstâncias que são alvo do fenômeno da falha da memória - o que se esquece e a localização atribuída ao esquecimento - e, na área de contraste, está o cognema que negação do evento do esquecimento. Essa última concepção remete à intenção do afastamento do evento do esquecimento por se tratar de algo indesejável, fato corroborado pela expressão valorativa “ruim-desagradável-difícil”.

O Alzheimer, enquanto objeto representacional, foi a forma utilizada pelos participantes para nomearem o processo de esquecimento alocado na primeira periferia (QSD), tratando-se de um conteúdo reificado e a “velhice-idade” e “lembrar-lembranças” foram cognemas mencionados na segunda periferia (QID), os quais são atribuídos ao processo do envelhecimento e à possível perda da identidade e da própria história.

Os conteúdos representacionais obtidos pela abordagem estrutural da TRS, ao serem aproximados daqueles advindos da abordagem processual, foram corroborados conforme fragmentos de falas extraídas do discurso dos participantes:

Você quer lembrar o nome de uma pessoa foge na memória. 65055.

Se a gente esquecer o que a gente faz é muito ruim. 65063.

Nossa é uma coisa muito triste! [...] Deus me livre! Não quero nem pensar, tenho pavor deu pensar que um dia irei esquecer ou ter mal de Alzheimer. Peço muito a Deus pra não acontecer isso. Eu acho muito triste! 65212.

Mas é da idade! A gente vai ficando de idade e ruim da cabeça. 65069.

Nos fragmentos de discursos anteriormente mencionados, está explicitado o desagrado causado por alteração da memória pelos participantes, expresso por expressões “ruim”, “triste”, “Deus me livre”, “não quero não pensar”, “tenho pavor”. Quando analisados na perspectiva da possibilidade ou de um fato em curso, causam descontentamento a ponto de motivar um pedido a Deus para o livramento de tal situação, embora reconheçam que o esquecimento é peculiar ao processo de envelhecimento e tido como decorrente de ficar “ruim da cabeça”¹⁷⁴.

Para exemplificar os conteúdos e cognemas emergentes na abordagem processual, constam, a seguir, no **quadro 7**, fragmentos de discursos dos 49 participantes sobre o esquecimento.

Quadro 7 - Fragmentos de discurso dos 49 participantes exemplificando o esquecimento.

*	Fontes	*	Fragments de discursos exemplificativos
Comportamental e Attitudinal	49	74	<p><i>Ele fala que quer embora pra casa dele e ele está dentro da casa dele. 65014</i> <i>Esqueço a bengala e eu não posso andar sem ela [...] estou lá na cozinha e cadê a bengala? 65054.</i> <i>Eu esqueço muito! Eu tomo muito remédio [...] gostava muito de cantar e interessante que as músicas não esqueço. 65090.</i> <i>Alguma coisa eu esqueço. Teve um ano que esqueci de pagar o IPTU [...] também já tenho 75 anos. 65205.</i> <i>Eu estou notando que meu cérebro tá cansado. 65176.</i> <i>Eu sou esquecido das coisas atuais, das coisas antigas não. Eu lembro coisa quando eu tinha 10 anos. 65048.</i> <i>Raramente acontece (esquecimento). Eu faço muito trabalho manual. Desenvolvo a mente, faço crochê e bordo e tudo contado [...] 65047.</i> <i>Muito difícil, graças a Deus, não sou perturbado doido. 655167.</i> <i>[...] Guardo as coisas e depois não sei onde que está. 65042.</i> <i>Tem que haver um tratamento! Não pode fica fora de si. 65063</i></p>
Cognitiva e Informativa	48	100	<p><i>[...] A pessoa que está muito preocupada, pode esquecer com mais facilidade. 65036.</i> <i>Observando meu pai falar essas coisas (xingando e sem censura) foi aí que constataram mal de Alzheimer. Aí eu percebi os sintomas que começa a falar coisas e você fica assim: Será que é essa pessoa mesmo? Ele era tão conservador. [...] já uma amiga que tem mal de Alzheimer, ela fala assim coisa do passado que parece que ela tá vivendo agora. 65096.</i></p>
Valorativa	21	30	<p><i>Até que minha cabeça é boa, Graças a Deus! 65019.</i> <i>Também minha idade é muita, fiz 75 anos [...] acho que isso (esquecimento) é muito triste, né? 65039.</i> <i>Esquecer a gente vai ficando velho vai esquecendo mesmo, fazer o que, né? Faz parte da vida. Infelizmente vai esquecendo. 65819</i></p>
Objetival	25	40	<p><i>Sempre esqueci nome das pessoas. 65089.</i> <i>Não esqueço por enquanto, graças a Deus. Deus não deixa eu esquecer não! [...] Deus me livre. [...]. 65049.</i> <i>Ela (a filha de 30 anos), se ela for fazer uma comprinha de 3 objetos ali no mercadinho, tem que escrever se não ela esquece. 65054.</i> <i>Minha cunhada, é até engraçado, às vezes, a pessoa já morreu aí ela fala: oh, gente! Cadê o fulano? 65176.</i> <i>Falei com a minha netinha que eu acho que estou começando com mal de Alzheimer. Aí ela falou: Oh vó! Você vai esquecer meu nome? Eu falei: uéh minha filha meu pai esqueceu o nome de todo mundo. 65096.</i> <i>Já cheguei a pegar é liquidificador e colocar na geladeira. 65819.</i> <i>Eu acho que conforme a idade é quase que natural esquecer alguma coisa. [...] Normal esquecer, jovem esquece, né? 65033</i></p>

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo

Para compreender qual a origem das representações dos participantes, buscaram-se em seus discursos fragmentos de texto que pudessem exemplificar o que ou quem mencionam como sendo os desencadeadores de lembranças ou que lhes favorece o acesso a conteúdos simbólicos sobre esquecimento e depressão do grupo socialmente que integram.

No **quadro 8**, constam exemplos de tais fragmentos e a classificação se tais eventos são acessados atualmente ou a partir de reminiscências.

Quadro 8 - Fragmentos de discursos exemplificando a origem dos conteúdos representacionais dos participantes para esquecimento.

	Fonte	*	Fragmentos de discursos exemplificativos		Dendograma e Gráfico de Círculo
			ESQUECIMENTO		
Pessoais ou próprias	49	78	<p><i>E isso é normal, pra mim [...] sempre esqueci nome 65089 [...] hoje mesmo eu falei assim: tenho que ir lá no centro e ela (esposa) falou assim: não você marcou não foi pra amanhã? Tô crente que hoje é quinta. 65036 Fiz 70, vou fazer 71, comigo ainda não aconteceu de esquecer não. 65162 Eu conheço essas pessoas, mas não consigo lembrar o nome, o local assim que a gente viu a pessoa. 65091 Esqueço nome dos meus meninos [...]. Eu troco constantemente. 65211 Ah! eu esqueço muito. 65502 Eu sou esquecida, eu esqueço o que vou fazer em casa. 65111 Tem dia que eu esqueço alguma coisa. De fazer um angu, ou um arroz, só isso. 655161 Por exemplo: a lâmpada acessa. Entrei no banheiro quando vejo esqueço de apagar. 65101</i></p>	<p>Nós em cluster por similaridade de palavra</p> <pre> graph LR Root --- N1[ConhColeg MEMO] Root --- N2[Valora Memo] Root --- N3[Vizin MEMO] N1 --- N4[Atuais MEMO] N2 --- N5[CompAtitud Memo] N3 --- N6[Própria MEMO] N4 --- N7[ANteriores MEMO] N5 --- N8[Carac Esque MEMO] N6 --- N9[Cogninform Memo] N7 --- N10[Fami MEMO] N8 --- N11[Objet Memo] </pre> <p>LEGENDA CONIÇÃO E ESQUECIMENTO</p> <p>1: Relatos de fatos Anteriores 2: Relatos de fatos Atuais 3: Características do esquecimento 4: Dimensão cognitiva e informativa 5: Dimensão atitudinal e comportamental 6: Origem vizinhos 7: Origem familiares 8: Dimensão Objetival 9: Origem própria 10: Origem valorativa 11: Origem colegas e conhecidos</p>	
Familiares	49	50	<p><i>Uma cunhada diz que esquece. De vez em quando ela fica meia esquecida. 65069 Tem minha irmã, de vez em quando ela fala que esquece, das datas, das coisas assim. 65157 A minha sogra e meu sogro estão com Alzheimer. 65152 A tia do meu marido ela tá com 80 e ela é jovem, dinâmica, pinta e tal. Ela estava na rua X e não sabia onde estava [...] ela não sabia voltar pra casa. Foi um lapso de memória. [...] Ela falou que agora tá esquecendo tudo mesmo. Ela fala uma coisa com você agora e já tá esquecendo. 65162 Tenho até uma irmã que tá com Alzheimer. Ela fica aqui comigo, mais ai nós viajamos e deixei ela com o filho. 65092 Minha irmã mais velha não sabia onde tava [...] Ficou andando até a memoria dela voltar. Quando viu a catedral ela lembrou onde que ela estava. 65096 A minha esposa esquece bastante, bastante coisa. 65048 Conheço família, vizinho (com esquecimento). [...] Eu tenho uma tia que tá muito esquecida, mas ela tá igual eu assim. 65064 Minha irmã, ela esquece até panela no fogo. 65111 Meu marido esquece um pouquinho. Hoje ele foi consultar (dia 14) e não consultou porque estava marcado para o dia 13. Agora só mês que vem. 65167 Essa aqui (aponta a irmã) eu falei que ela que tem que guardar o dia da consulta. Já to cansada de lembra-la que é dia 17. 65506 Minha mãe que esquecia muito. 65034</i></p>		
Situações atuais	49	63	<p><i>Eu pego a chave entro com ela põe ela no lugar e na hora tenho que procurar [...] tenho que procurar até achar. A bolsa de dinheiro eu ponho na cômoda que anda trancada por causa dos meus documentos. [...] Sou viúva, então eu tenho que cuidar de tudo. Sou o esteio da casa. Se eu perder essa chave eu não consigo abrir a gaveta e tirar meus documentos. Então eu fico tomando conta dessa chave a vida inteira [...] Aí penso assim: e já vem aquela luz que me alumia pra me levar aonde que ela tá (chave). 65039 [...] às vezes tô na cozinha e venho buscar alguma coisa aqui no quarto e, de repente, dá aquele branco. Eu volto no mesmo lugar eu lembro. 65024 Eu esqueço onde coloquei as coisas, começo a arrumar pra sair e esqueço onde coloquei o celular, a carteira e assim por diante. [...] tem dado pra ir levando e acaba achando onde está. 65088 Esqueço o endereço do raio x. 65096</i></p>		
Situações anteriores	28	39	<p><i>Ele começou com esquecimento. 65014 Ela esquecia tudo até a bolsa de dinheiro. Ela punha dentro da geladeira depois ficava procurando, acusando as pessoas. 65039 Ate uns 10, 8 anos atrás isso (esquecimento) não acontecia comigo. 65504 Antigamente [...] a gente ia visitar amigos da minha mãe e do meu pai e [...] falava que a pessoa estava caduca. Hoje não fala isso mais. Hoje é mal de Alzheimer. 65068</i></p>		

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11. * Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

A partir dos conteúdos identificados, foi possível elaborar uma categoria para retratar a percepção dos 49 participantes a respeito do processo de esquecimento que foi intitulada “Esquecimento: marcador do declínio cognitivo des(coberto) no cotidiano”.

Foi possível exemplificar os conteúdos emergentes nessa categoria com os fragmentos de discursos dos participantes conforme consta a seguir:

Às vezes, a gente tá fazendo um serviço de casa, vai num cômodo, aí chega lá e não tá lembrando o que ia fazer, aí volta pra recordar [...]. Isso acontece comigo. Eu saio da cozinha e penso no que eu vou pegar na geladeira. Aí chego lá e pego, mas se eu for sem pensar eu chego lá e não sei o que tinha que pegar. Isso sempre acontece comigo. [...] 65069

Se eu leio uma coisa quando num o livro, quando chega no final do livro eu já não sei o que eu li. Não sei por que isso acontece comigo [...]. 65212

Pra mim ir na rua eu anoto o que eu quero porque se não realmente alguma coisa fica pra trás. 65092

Ah! Eu esqueço muito! Às vezes, eu ponho uma coisa num lugar e de repente eu viro assim pro outro lado e já não sei mais porque deixei aquilo ali. 65502

Às vezes a gente encontra com uma pessoa é apresentado e tudo depois encontra com aquela pessoa de novo e não lembra. Fica meio sem graça né? Ou, às vezes, você lembra da pessoa, mas não lembra o nome, nem de onde conhece. Então a gente fica um pouco um constrangido. 65091

Um estudo de revisão sistemática da literatura foi realizado com a utilização dos seguintes bancos de dados: PubMed, PsycInfo, Cochrane e ScienceDirect, a fim de investigar a ligação entre os problemas afetivos e o declínio cognitivo. Um total de 34 estudos preencheu os critérios de elegibilidade. Realizaram uma metanálise multinível que revelou a depressão como um preditor binário (OR 1,36, IC 95% 1,05-1,76, $p = 0,02$) ou contínuo ($B = -0,008$, IC 95% -0,015 a -0,002, $p = 0,012$; OR 0,992, IC 95% 0,985–0,998) e foi significativamente associado ao declínio cognitivo. Como resultados, concluíram que a função cognitiva deve ser avaliada de perto nos indivíduos com problemas afetivos, pois esses têm mais chance no desenvolvimento de uma perda cognitiva³⁵.

Até pouco tempo eu estava bem de memória, depois que eu perdi meu filho estou meio ruim sabe? 65069.

Eu esqueço muito! Tomo muito remédio. [...] Eu tenho depressão, sou viúvo, perdi minha esposa. [...] eu sinto muita saudade dela. 65090

Fato é que o declínio cognitivo tornou-se uma preocupação crescente para a população devido a suas implicações na diminuição da qualidade de vida, principalmente no que tange à independência, cuja perda é tão temida pelos idosos. Vale ressaltar que o envelhecimento cognitivo normal nada mais é que mudanças no funcionamento do cérebro e não resulta necessariamente na demência, todavia esses declínios na cognição podem afetar as habilidades funcionais e a independência³¹.

É importante frisar que comprometimento cognitivo leve (CCL) é um estado de transição entre o envelhecimento cognitivo normal e a demência leve. Muitas linhas de pesquisa se

concentram na prevenção dessa transição, no entanto, após instaurado o processo de demência com dano cognitivo, torna-se inviável a reversão aos danos neurais. Portanto, tornam-se necessários estudos para identificação de pacientes com condições e fatores de risco para demência e assim o planejamento de tratamentos eficazes para retardar a progressão do CCL¹⁷⁵.

*Meu Deus! Já pensou se acontecer isso (esquecimento) a gente vai ficando mais velha, né.
65212 É bom a gente ser independente né? Eu gosto, o que eu posso fazer eu faço, se hoje eu não puder fazer deixa que amanhã eu faço ou outra hora. **65082** Deus me livre, não quero nem pensar, tenho pavor só de pensar que um dia esquecer, ter mal de Alzheimer. Eu peço muito a Deus pra não acontecer isso eu acho muito triste. **65212***

Um estudo revelou que os pacientes com demência podem repetir uma palavra, frase ou pergunta por várias vezes. E as possíveis razões para essa repetição são a ansiedade, perda da memória ou necessidade de se manter ocupado. Para minimizar isso, seria necessário o auxílio de técnicas para memória, como anotações; diminuir a ansiedade e manutenção do tempo como o desenvolvimento de tarefas simples e exercícios¹⁷⁶.

*Minha cunhada, às vezes a pessoa já morre, ai ela sempre pergunta: o gente cadê o fulano?
A filha dela fala: oh mãe fulano já morreu, entende. **65176***

É comum aos pacientes com demência o ato de perambular, que pode ser ocasionado devido a tédio, desconforto, hábito anterior e desorientação. Dessa forma, é preciso atenção sempre, mantendo-os distraídos com atividades e acompanhados quando ao ar livre e, se possível, eles devem portar um cartão ou pulseira de identificação, com telefones para contato¹⁷⁶.

Para a compreensão de como a perda de memória ocorre e/ou é percebida pelos 171 participantes e, considerando que ela pode ser aferida pelo estado mental, constam na **Tabela 13** os resultados do Teste do Mini Exame do Estado Mental realizado com 171 participantes.

Tabela 13 - Teste do Mini Exame do Estado Mental (n= 171).

Questões propostas	Opções de resposta	Pontuação	N	%
Dimensão: Orientação espacial				
		0	35	20,5
	Dia da semana	1	136	79,5
		Total	171	100
		0	50	29,2
	Dia do mês	1	121	70,7
		Total	171	100
Em que dia estamos?		0	13	7,6
	Mês	1	158	92,4
		Total	171	100
		0	30	17,5
	Ano	1	141	82,5
		Total	171	100

Continua

continuação

Questões propostas	Opções de resposta	Pontuação	N	%
		0	27	15,5
	Semestre	1	144	82,5
		Total	171	100
		0	4	2,3
	Local	1	167	97,7
		Total	171	100
		0	8	4,7
	Rua	1	163	95,3
		Total	171	100
		0	12	7,0
Onde estamos?	Bairro	1	159	93,0
		Total	171	100
		0	2	1,2
	Cidade	1	169	98,8
		Total	171	100
		0	10	5,8
	Estado	1	161	94,2
		Total	171	100
	Não houve nenhum acerto	0	2	1,2
Repita as palavras Caneca, tijolo, tapete	Mencionou 1 palavra correta	1	1	0,6
	Mencionou 2 palavras corretas	2	16	9,4
	Mencionou 3 palavras corretas	3	152	88,8
		Total	171	100
O(a) Sr(a) faz contas? Se sim: Se de 100 fossem tirados 7, quanto restaria? E se tirarmos mais 7? Se não: Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	Não houve nenhum acerto 93 O 86 D 79 N 72 U 65 M	0 1 2 3 4 5	56 2 17 15 29 52	32,7 1,2 9,9 8,8 17,0 30,4
		Total	171	100
Dimensão: Memorização				
Questões propostas	Opções de resposta	Pontuação	N	%
Repita as palavras ditas anteriormente: Caneca, tijolo, tapete	Não houve nenhum acerto Mencionou 1 palavra correta Mencionou 2 palavras corretas Mencionou 3 palavras corretas	0 1 2 3	11 25 47 88	6,4 14,6 27,5 51,5
		Total	171	100
Mostrar à pessoa um Relógio e uma Caneta e perguntar o que é (nomeá-lo)	Não houve nenhum acerto Mencionou 1 palavra correta Mencionou 2 palavras corretas	0 1 2	- 3 168	- 1,8 98,2
		Total	171	100
Repetir a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÄ.	Não executou a ordem Executou a ordem	0 1	13 158	7,6 92,4
		Total	171	100
Solicite que o entrevistado siga a orientação: 1) Pegar o papel com mão direita; 2) Dobre-o ao meio; 3) Coloque-o no chão.	Não executou a ordem Acertou 1 comando Acertou 2 comandos Acertou 3 comandos	0 1 2 3	2 9 50 110	1,2 5,3 29,2 64,3
		Total	171	100

Continua

Questões propostas		Opções de resposta	Pontuação	N	%	continuação
Peça ao entrevistado que leia a ordem e a execute: “FECHE OS OLHOS”		Não executou a ordem Executou a ordem	0 1	50 121	29,2 70,8	
			Total	171	100	
Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.		Não executou a ordem Acertou 1 comando	0 1	112 59	65,5 34,5	
			Total	171	100	
Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.		Não executou a ordem Executou a ordem	0 1	73 98	42,7 57,3	
			Total	171	100	

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019)

Ao analisar os resultados do teste do Mini Exame do Estado Mental, segundo o grau de escolaridade, foi possível fazer uma síntese dos mesmos conforme consta no **quadro 9**.

Quadro 9 - Interpretação do Teste do Mini Exame do Estado Mental (n= 171).

Mini Exame do Estado Mental Idosos com menos de 4 anos de escolaridade				Interpretação ⁹¹	Mini Mental Idosos com 4 anos ou mais de escolaridade				Interpretação ⁹¹
Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín- máx)		Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín- máx)	
0	-	-		23,00 $\pm 4,902$ (8-30)	0	-	-	26,00 $\pm 4,994$ (9-30)	Comprometimento cognitivo
1I---6	-	-			1I---6	-	-		
6I---12	3	1,8			6I---12	2	1,2		
12I---18	7	4,1			12I---18	4	2,3		
18I---25	46	26,9		Condição de normalidade	18I---25	24	14,0	Condição de normalidade	
25I---30	36	21,1			25I---30	37	21,6		
30	5	2,9			30	9	5,3		
Total	95	56,7			Total	76	44,4		

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Na avaliação da capacidade cognitiva dos participantes, usando ao teste do Minimental, foi necessário escalar os resultados em dois grupos, devido à influência do nível de escolaridade necessário à interpretação dos resultados^{91,98}. No primeiro grupo, estão as pessoas com menos de quatro anos de escolaridade, totalizando 95 pessoas, o que compreende a 5,9% (dez idosos) da amostra total das pessoas que apresentaram algum comprometimento cognitivo. No segundo grupo, estão alocados os participantes que apresentavam quatro ou mais anos de escolaridade, perfazendo 76 pessoas, das quais 17,5% (30 idosos) tinham comprometimento cognitivo. Tal fato equivale a dizer que, das 171 pessoas idosas avaliadas, 40 (23,4%) apresentam algum tipo de

comprometimento cognitivo, o que pode retratar déficit no campo da orientação espacial, memória imediata, cálculo, memorização e/ou linguagem. A prevalência de transtornos cognitivos deste estudo mensurada por meio do teste do minimental se aproxima de estudo semelhante, no qual 31,1% da amostra apresentou comprometimento cognitivo¹⁷⁷.

A análise bivariada entre o Teste do Mini Exame do Estado Mental realizado com 171 participantes consta da **Tabela 14** a seguir.

Tabela 14 - Análise bivariada entre o Teste do Mini Exame do Estado Mental e as variáveis intervenientes (n= 171).

	Variável	Minimental				OR	p-valor
		Comprometimento cognitivo		Condição de normalidade			
		N	%	N	%		
Gênero							
	Feminino	26	23,2	86	76,8	0,972	0,940
	Masculino	14	23,7	45	76,3		
Idade							
	<75 anos	11	15,3	61	84,7	0,435	0,033
	≥75 anos	29	29,3	70	70,7		
Anos de estudo							
	<4 anos	22	32,8	45	67,2	2,336	0,019
	≥4 anos	18	17,3	86	82,7		
Filhos							
	Sem filhos	3	21,4	11	78,6	0,885	1,000*
	Com filhos	37	23,6	120	76,4		
Alt. Núcleo familiar							
	Com alteração	16	23,9	51	76,1	0,869	0,904
	Sem Alteração	24	23,1	80	76,9		
Estado Conjugal							
	Com companheiro	23	30,7	52	69,3	2,05	0,047
	Sem companheiro	17	17,7	79	82,3		
Ativ. Social							
	Sim	16	17	78	83,0	1,33	0,030
	Não	24	31,2	53	68,8		
Prática Ativ. Física							
	Sim	33	24,3	103	75,7	0,851	0,914
	Não	7	23,3	23	76,7		
Tabagismo							
	Sim	7	31,8	15	68,2	0,147	0,317
	Não	33	22,1	116	77,9		
Autoavaliação da Saúde							
	Excelente, muito boa, boa	31	23,1	103	76,9	0,936	0,880
	Regular ou ruim	9	24,3	28	75,7		
Percepção esquecimento pela família							
	Não	16	17	79	83	0,444	0,071
	Sim	24	31,6	52	68,4		
Piora esquecimento últimos 6 meses							
	Não	24	18,5	106	81,5	1,329	0,010
	Sim	16	41	23	59		
Doenças							
	Até 02 doenças	22	20,6	85	79,4	0,663	0,278
	Mais de 03 doenças	16	28,1	41	71,9		
Uso de Remédios							
	Até 02 remédios	25	22,9	84	77,1	0,999	0,998
	Mais de 03 remédios	14	23	47	77		

Continua

Continuação

Variável	Minimental				OR	<i>p</i> -valor
	Comprometimento cognitivo		Comprometimento cognitivo			
	N	N	N	N		
Vulnerabilidade IVCF-20						
Sem vulnerabilidade	2	8	23	92	0,247	0,036*
Com Vulnerabilidade	38	26	108	74		
AVD/AIVD						
Independente	19	20	76	80	0,655	0,241
Precisa de ajuda/dependente	21	27,6	55	72,4		
QPAF com acompanhantes						
Independente	5	6,8	69	93,2	0,078	0,000*
Maior dependência	24	48	26	52		
GDS-15						
Sem indicativo de depressão	36	23,2	119	76,8	0,908	1,000*
Com indicativo de depressão	4	25	12	75		

Fonte: Elaborado pelas autoras (Jun/2019).

Notas das autoras: (*) valor do teste Exato de Fisher para $\alpha=0,05$, quando $N < 5$.

A análise bivariada entre o exame do Minimental e as variáveis intervenientes é importante para traçar os fatores de risco, bem como apontar os grupos mais acometidos cognitivamente. Algumas pesquisas mostram correlações com fatores individuais e declínio cognitivo e relatam que o declínio cognitivo é predominante nas mulheres¹⁷⁸⁻¹⁸⁰, fato que, na presente investigação, não houve correlação.

O fator idade cultuado como precursor do declínio cognitivo¹⁸¹ apresentou correlação com o declínio cognitivo na presente investigação ($p=0,033$ e OR= 0,435) quando a idade for inferior a 75 anos¹⁸². O quesito anos de escolaridade ($p=0,019$ e OR= 2,336) revelou que analfabetos ou com escolaridade de até quatro anos apresentam índice superior de declínio cognitivo quando comparados a indivíduos com escolaridade igual ou superior a quatro anos, o que reforça a importância do exercício cerebral¹⁸³ e a necessidade de o teste, quando aplicado à realidade brasileira, ter o escore diferenciado conforme a escolaridade dos participantes^{91,98}.

A situação conjugal ($p=0,047$ e OR= 2,05) mostrou-se interessante devido ao fato de que idosos sem companheiros tiveram um nível de perda cognitiva superior aos que eram casados (30,7% para 17,7% respectivamente), corroborando com estudos que demonstram que a falta de um companheiro faz com que o idoso evolua para a instalação de um quadro patológico, desencadeando secundariamente o declínio cognitivo^{180,184}. Fato também percebido nas fases processual e estrutural da TRS, da presente investigação, em que o companheiro é mencionado como fonte de apoio e aconchego.

Com relação à atividade física ($p=0,03$ e OR= 1,33), pesquisas recentes mostram que há uma causalidade entre desempenho físico e cognitivo, já que o declínio físico pode predizer um futuro déficit cognitivo e vice-versa¹⁵¹. O mecanismo ativado durante as repetições de vários

exercícios físicos envolve a combinação de funções cognitivas (atenção, planejamento, memória e percepção) e motoras, sendo assim, subsídio para avaliação da capacidade cognitiva¹⁵⁴. Tanto o treino de resistência quanto o aeróbio podem promover a neuroplasticidade cerebral em idosos e melhorar o desempenho da função cognitiva¹⁸⁵.

Os resultados obtidos através da percepção subjetiva do esquecimento (pelos participantes) e a relação com o declínio cognitivo no teste do mini mental ($p=0,010$ e OR= 1,329) demonstram ser estatisticamente significativa a correlação. Achados na literatura sugerem que queixas de falta de memória são preditoras da incidência de doença de Alzheimer em idosos nos quais o declínio cognitivo não é ainda aparente. Além disso, esses autores sugerem que pessoas idosas podem estar conscientes acerca do declínio das funções cognitivas quando testes mentais são, ainda, incapazes de detectar um declínio em direção ao funcionamento pré-mórbido¹⁸³.

Um resultado similar foi obtido em um estudo, a partir de uma amostra de 73 idosos¹⁸⁶. Os autores utilizaram medidas para diversos testes neuropsicológicos em diferentes domínios cognitivos. Os resultados demonstraram correlações significativas entre a percepção subjetiva e a performance da memória em idosos. As conclusões desse estudo indicam que as queixas subjetivas podem ser indicadores da performance cognitiva, pelo menos em idosos com um nível leve de comprometimento cognitivo¹⁸⁶.

No presente estudo também se pode verificar que uma pior capacidade cognitiva pode estar associada ao aumento da vulnerabilidade ($p=0,036$ e OR= 0,247), fato corroborado em outro estudo semelhante¹⁸⁷. Diante destes resultados, entende-se que os profissionais de saúde, em especial os da equipe de enfermagem, devem propor intervenções que visem à autonomia e à independência da pessoa idosa, promovendo o desenvolvimento de suas aptidões de forma independente, possibilitando um envelhecimento ativo, em que o idoso possa ele próprio cuidar de si.

Não houve associação significante, no presente estudo com os dados das Escalas de Katz e Lawton com o declínio cognitivo através do mini mental, porém a associação se fez significante a partir do cruzamento do QPAF (com acompanhantes) e condições cognitivas (minimental). Dados semelhantes são encontrados na literatura¹⁸⁸, que demonstra que a fragilidade/dependência e déficit cognitivo estão diretamente relacionados, pois idosos com déficit cognitivo apresentam maior perda de força e massa muscular, fadiga, alteração de marcha e composição corporal que levam à situação de fragilidade. Além disso, o declínio do estado cognitivo associado com a síndrome da fragilidade aumenta o risco de mortalidade no idoso.

A **Tabela 15** apresenta os resultados obtidos na aplicação do Teste do Rélogio realizado com 171 participantes que permitiu aferir a função executiva.

Tabela 15 -Teste do Relógio (n= 171).

Categorias	n	%
0-Não conseguir desenhar o relógio com os ponteiros (inabilidade absoluta para representar o relógio)	24	14,0
1-Quando o desenho tem algo a ver com um relógio, mas com desorganização visoespacial grave	11	6,4
2- Desorganização visoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão, esquerda/direita, números faltando/ repetindo, sem ponteiro, com ponteiro em excesso.	31	18,2
3-Distribuição visoespacial correta, com marcação de hora errada	24	14,0
4- Pequenos erros espaciais com dígito e hora certa	63	36,8
5- Quando se é desenhado um relógio perfeito	18	10,5
Total	171	100

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Os escores obtidos pelos 171 participantes no Teste do Rélogio permitiram a realização de uma síntese de sua interpretação conforme consta no **Quadro 10**.

Quadro 10 - Teste do Relógio (n= 171) segundo a interpretação.

Categorias	N	%	Escore classificado		Interpretação ¹⁰⁶
			N	%	
0-Não conseguir desenhar o relógio com os ponteiros (inabilidade absoluta para representar o relógio)	24	14,0	66	38,6	Funções executivas com declínio
1-Quando o desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visoespacial grave	11	6,4			
2- Desorganização visoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão, esquerda/direita, números faltando/ repetindo, sem ponteiro, com ponteiro em excesso.	31	18,2			
3-Distribuição visoespacial correta, com marcação de hora errada	24	14,0	105	61,4	Funções executivas sem alteração
4- Pequenos erros espaciais com dígito e hora certa	63	36,8			
5- Quando se é desenhado um relógio perfeito	18	10,5			
Total	171	100			

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Ao se analisar o teste do relógio realizado com 171 participantes, que permitiu aferir a função executiva na perspectiva de variável de desfecho, foi possível elaborar uma análise bivariada entre ele e variáveis intervenientes **Tabela 16**.

Tabela 16 - Associação entre o Teste do Relógio (desfecho) e variáveis intervenientes (n= 171).

Variável	Teste do Relógio					
	Funções executivas com declínio		Funções executivas sem declínio		OR	p-valor
	N	%	N	%		
Gênero						
Feminino	41	36,6	71	63,4	0,785	0,462
Masculino	25	42,4	34	67,6		
Idade						
<75 anos	18	25	54	75	0,243	0,002
≥75 anos	48	48,5	51	51,5		
Anos de estudo						
<4 anos	32	47,8	35	52,2	0,354	0,048
≥4 anos	34	32,7	70	67,3		
Filhos						
Sem filhos	5	35,7	9	64,3	0,874	0,817
Com filhos	61	38,9	96	61,1		
Alt. Núcleo familiar						
Sem alteração	23	42,6	31	57,4	1,122	0,737
Com Alteração	39	39,8	59	60,2		
Estado Conjugal						
Com companheiro	28	40,6	41	59,4	0,984	0,962
Sem companheiro	34	41	49	59		
Ativ. Social						
Sim	29	31,9	62	68,1	0,490	0,036
Não	35	47,9	38	52,1		
Prática Ativ. Física						
Sim	55	45,1	67	54,9	2,697	0,030
Não	7	23,3	23	76,7		
Tabagismo						
Sim	11	55	9	45	1,941	0,165
Não	51	38,6	81	61,4		
Autoavaliação da Saúde						
Excelente, muito boa, boa	50	37,3	84	62,7	0,781	0,512
Regular ou ruim	16	43,2	21	56,8		
Percepção esquecimento pela família						
Não	25	34,2	52	65,8	0,5917	0,261
Sim	39	42,9	48	57,1		
Piora esquecimento últimos 6 meses						
Não	14	37,8	23	62,2	0,584	0,509
Sim	50	40	75	60		
Doenças						
Até 02 doenças	41	38,3	66	61,7	0,918	0,799
Mais de 03 doenças	23	40,4	34	59,6		
Uso de Remédios						
Até 02 remédios	41	39,8	62	60,2	1,092	0,790
Mais de 03 remédios	23	37,7	38	62,3		
Vulnerabilidade IVCF-20						
Sem vulnerabilidade	2	8,7	21	91,3	0,121	0,001*
Com Vulnerabilidade	62	44	79	56		
AVD/AIVD						
Independente	28	30,4	64	69,6	0,437	0,011
Precisa de ajuda/dependente	36	50	36	50		
QPAF com acompanhantes						
Independente	14	18,9	60	81,1	0,082	0,000
Maior dependência	37	74	13	26		

Continua

Variável	N	%	N	%	OR	p-valor	continuação
GDS-15							
Sem indicativo de depressão	59	38,1	96	61,9	0,790	0,656	
Com indicativo de depressão	7	43,8	9	56,3			

Notas das autoras: (*): valor do teste Exato de Fisher para $\alpha=0,05$, quando $N < 5$.

Na realização do Teste do Relógio, 38,6% da amostra apresentou declínio nas funções executivas. Como ele não avalia um domínio único, não se consegue predizer qual o domínio cognitivo mais afetado conforme a interpretação de Shulman¹⁰⁶, que varia de 0 a 5 (melhor), considerando apenas os valores 4 e 5 como normais. Além disso, apesar de os estudos de validação terem demonstrado que é um teste eficaz para pessoas com baixa escolaridade, incluindo analfabetos, ressalta-se que os anos de estudo podem fazer diferença em relação ao desempenho dos idosos¹⁸⁹, como presenciado no presente estudo através da associação com os anos de estudos e declínio nas funções cognitivas pelo TR ($p=0,048$ e OR= 0,354).

Um estudo que avaliou 293 idosos com idade ≥ 65 anos, com 72% desses idosos tendo menos de quatro anos de estudo, aponta que o teste do desenho do relógio é um teste que é fortemente influenciado por fatores educacionais, embora a literatura internacional e nacional demonstrem que é confiável e pode ser utilizado para rastrear casos de perdas cognitivas^{190,191}. Ressalta-se, ainda, que os idosos analfabetos podem ser identificados com sucesso para casos de perdas cognitivas usando instrumentos de rastreio bem conhecidos, especialmente em protocolos combinados¹⁹².

Quando considera a variável idade, a prevalência da diminuição nas funções executivas foram mais elevadas nos idosos acima de 75 anos. Corroborando estudos nacionais e internacionais que evidenciaram que, com o aumento da idade, há diminuição das funções corticais^{193,194}.

A atividade física neste estudo apresentou-se como fator protetor para melhor desempenho no TR ($p=0,30$ – OR= 0,490), assim como a atividade social ($p=0,3$ e OR= 0,490). Em um estudo, voluntários melhoraram suas pontuações no TR na reavaliação após três meses de exercícios aquáticos¹⁹⁵. Isso confirma que a prática de exercício físico em longo prazo realiza modificações na estrutura cerebral e cognitiva, sendo associada a aumento dos níveis dos fatores neurotróficos derivados do cérebro¹⁹⁶. Além das modificações na estrutura cerebral, a atividade física permite a socialização com outras pessoas, favorecendo estruturas responsáveis pela comunicação e afeto⁴⁴.

A respeito da associação do comprometimento cognitivo avaliado no TR com a vulnerabilidade e as dependências para AVD, foi possível identificar que ambos se mostram

estatisticamente relevantes com caráter negativo sobre o comprometimento cognitivo (IVCF-20: $p=0,001$ e OR= 0,121; QPAF: $p=0,000$ e OR= 0,082). Isso equivale a dizer que o aumento da fragilidade e dependência apresenta-se como preditor para deterioração cognitiva¹⁵⁷.

No que tange à memória, as funções executivas e a fluência para se comunicar entre os 171 participantes, constam no **Quadro 11** o desempenho e a interpretação dos resultados obtidos pelos participantes, segundo o nível de escolaridade para o Teste de Fluência Verbal.

Quadro 11 - Interpretação do teste de Fluência Verbal (n=171).

FV- Animais Participantes com até 8 anos de estudo					FV- Animais Participantes com 8 ou mais anos de estudo				
Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín- máx)	Interpretação ¹⁰⁹	Variáveis	N	%	$\bar{x} \pm DP$ (mín- máx)	Interpretação ¹⁰⁹
0	1	0,6	10,00 $\pm 4,590$ (0-25)	Funções executivas e de memória com declínio	0	-	-	14,00 $\pm 5,164$ (4-28)	Funções executivas e de memória com declínio
1I---5	15	8,8			1I---5	1	0,6		
5I---9	39	22,8			5I---9	7	4,1		
9I---15	56	32,7			9I---13	15	8,8		
15I---20	23	13,5			13I---20	9	5,3		
20I---25	2	1,2		Funções executivas e de memória sem alteração	20I---25	2	1,2		Funções executivas e de memória sem alteração
≥ 25	1	0,6			≥ 25	1	0,6		
Total	137	80,1			Total	34	20,5		

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

Visando identificar quais as associações que existem entre a FV e as variáveis intervenientes dos 171 participantes, buscou-se na **Tabela 17** apresentar os resultados da análise bivariada entre estas variáveis.

Tabela 17 - Análise bivariada entre o Teste da Fluência Verbal e as variáveis intervenientes - (n= 171).

Variável	Teste da Fluência Verbal						
	Funções executivas com declínio		Funções executivas sem declínio		OR	<i>p</i> -valor	
	N	%	N	%			
Gênero							
Idade	Feminino	31	33	63	67	1,042	0,453
	Masculino	20	39,2	31	60,8		
Anos de estudo	<75 anos	12	22,2	42	77,8	0,381	0,012
	≥ 75 anos	39	42,9	52	57,1		
Anos de estudo	<4 anos	26	44,1	33	55,9	1,922	0,063
	≥ 4 anos	25	29,1	61	70,9		
Anos de estudo	<8 anos	55	40,1	82	59,9	21,46	0,000*
	≥ 8 anos	1	3	32	97		

Continua

Variável	continuação					
	N	%	N	%	OR	p-valor
Filhos						
Sem filhos	5	38,5	8	61,5		
Com filhos	51	32,5	106	67,5	1,299	0,659
Alt. Núcleo familiar						
Sem alteração	20	41,7	28	58,3		
Com Alteração	31	32	66	68	1,520	0,249
Estado Conjugal						
Com companheiro	28	43,8	36	56,3		
Sem companheiro	23	28,4	58	71,6	1,961	0,055
Ativ. Social						
Sim	30	32,3	63	67,7		
Não	26	33,8	51	66,2	0,934	0,835
Prática Ativ. Física						
Sim	43	36,1	76	63,9		
Não	8	30,8	18	62,2	1,273	0,604
Tabagismo						
Sim	10	50	10	50		
Não	41	32,8	84	67,2	2,048	0,135
Autoavaliação da Saúde						
Excelente, muito boa, boa	40	35,4	73	64,6		
Regular ou ruim	11	34,4	21	77,7	1,046	0,915
Percepção esquecimento pela família						
Não	24	30,4	55	69,9		
Sim	27	40,9	39	59,1	0,630	0,186
Piora esquecimento últimos 6 meses						
Não	15	45,5	18	54,5		
Sim	36	32,7	74	67,3	1,713	0,234
Doenças						
Até 02 doenças	33	34,4	63	65,6		
Mais de 03 doenças	18	36,7	31	63,3	0,902	0,778
Uso de Remédios						
Até 02 remédios	35	38,5	56	61,5		
Mais de 03 remédios	16	29,6	38	70,4	1,484	0,282
Vulnerabilidade IVCF-20						
Sem vulnerabilidade	2	12,5	14	87,5		
Com Vulnerabilidade	49	38	80	62	0,233	0,044*
AVD/AIVD						
Independente	24	32	51	68		
Precisa de ajuda/dependente	27	38,6	43	61,4	0,749	0,408
QPAF com acompanhantes						
Independente	8	10,8	66	89,2		
Maior dependência	29	58	21	42	0,087	0,000
GDS-15						
Sem indicativo de depressão	50	32,5	104	154		
Com indicativo de depressão	6	37,5	10	16	0,801	0,684

Fonte: Elaborado pelas autoras (Jun/2019)

Notas das autoras: (*): valor do teste Exato de Fisher para $\alpha=0,05$, quando $N < 5$.

A análise do Teste de FV categorias "animais" foi dividida em dois subgrupos, conforme a escolaridade; 1) Participantess com até oito anos de estudo com prevalência de 32,2% de funções executivas e de memória com declínio, com variação de 0-25 animais evocados; 2) Participantess com mais de oito anos de estudo com prevalência de 13,57% de funções executivas e de memória com declínio, com variação de 4-28 animais evocados.

Os anos de escolaridade são intervenientes sobre incapacidades cognitivas devido ao fato de o analfabetismo ser um fator de risco para o declínio cognitivo e para o Alzheimer⁴³. Na análise bivariada, houve associação da FV com o nível de escolaridade acima de oito anos ($p=0,000$ e OR= 21,46), corroborando a presença de recomendações descritas na literatura¹⁰⁹ e seu fator preditor sobre o declínio cognitivo quando aplicado ao baixo nível de escolaridade¹⁸⁸.

O aumento da idade demonstrou associação com a FV, utilizando-se de nomes de animais, sendo observado que 22,2% das pessoas idosas com idade <75 anos apresentaram declínio cognitivo, enquanto 42,9% daquelas que tinham idade <75 anos apresentaram declínio cognitivo ($p=0,0$ e OR= 0,078). A elevação da idade é responsável pela associação entre o aumento da inflamação sistêmica em dois domínios cognitivos (velocidade de processamento e funções executivas), podendo ser considerado um mecanismo com potencial subjacente às deficiências cognitivas que ocorrem no processo do envelhecimento humano¹⁹⁷.

6.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA NA PERSPECTIVA DA (IN)CAPACIDADE COGNITIVA À LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMAN: CONVERGÊNCIA DOS RESULTADOS

A aproximação dos resultados obtidos a partir do método misto (abordagem qualitativa e quantitativa), quando analisados à luz de um referencial teórico, conceitual e filosófico (Teoria do Sistema de Neuman), permitiu identificar respostas humanas ao processo do envelhecimento e da (in)capacidade cognitiva.

Algumas das respostas humanas foram autopercebidas pelos participantes ou aferidas como capazes de impactar o estilo de vida, a rotina e a qualidade dos anos vividos. São os estressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais), ou seja, as condições capazes de desestabilizar o sistema energético da uma pessoa, na presente investigação, pessoas idosas, sendo por isso responsáveis ou impactantes sobre o declínio cognitivo.

Considerando o fato de que, para lidar de forma eficaz com os estressores, é necessário superar seu impacto ou aprender a conviver no cotidiano com eles, segundo a proposta de Neuman²², sua identificação pelo enfermeiro constitui estratégia para identificar quando a sua atuação é necessária.

Assim sendo, identificar quais as possíveis situações ou circunstâncias que podem gerar estressores capaz de atingir as linhas de defesa (flexível, normal ou de resistência) e determinar o alcance dos mesmos sobre essas linhas pode consistir em informação valiosa para subsidiar o

planejamento de intervenções terapêuticas que sejam capazes de restaurar a estabilidade do sistema energético.

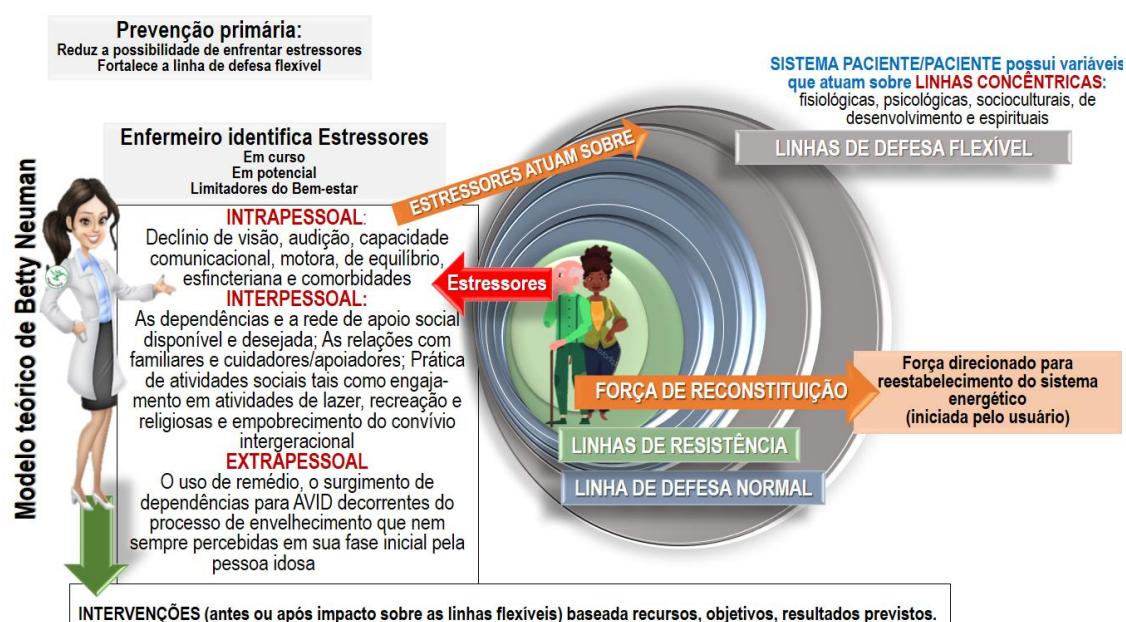
Foram estressores **intrapessoais**, identificados na presente investigação para a ocorrência do declínio cognitivo: diminuição da visão, audição, capacidade comunicacional, motora, de equilíbrio, esfíncteriana, depressão, incapacidades funcionais instaladas, inatividade física, iatrogenia, comorbidades e cronificação/agudização de doenças com surgimento de limitações, comprometendo a segurança e a sobrevivência.

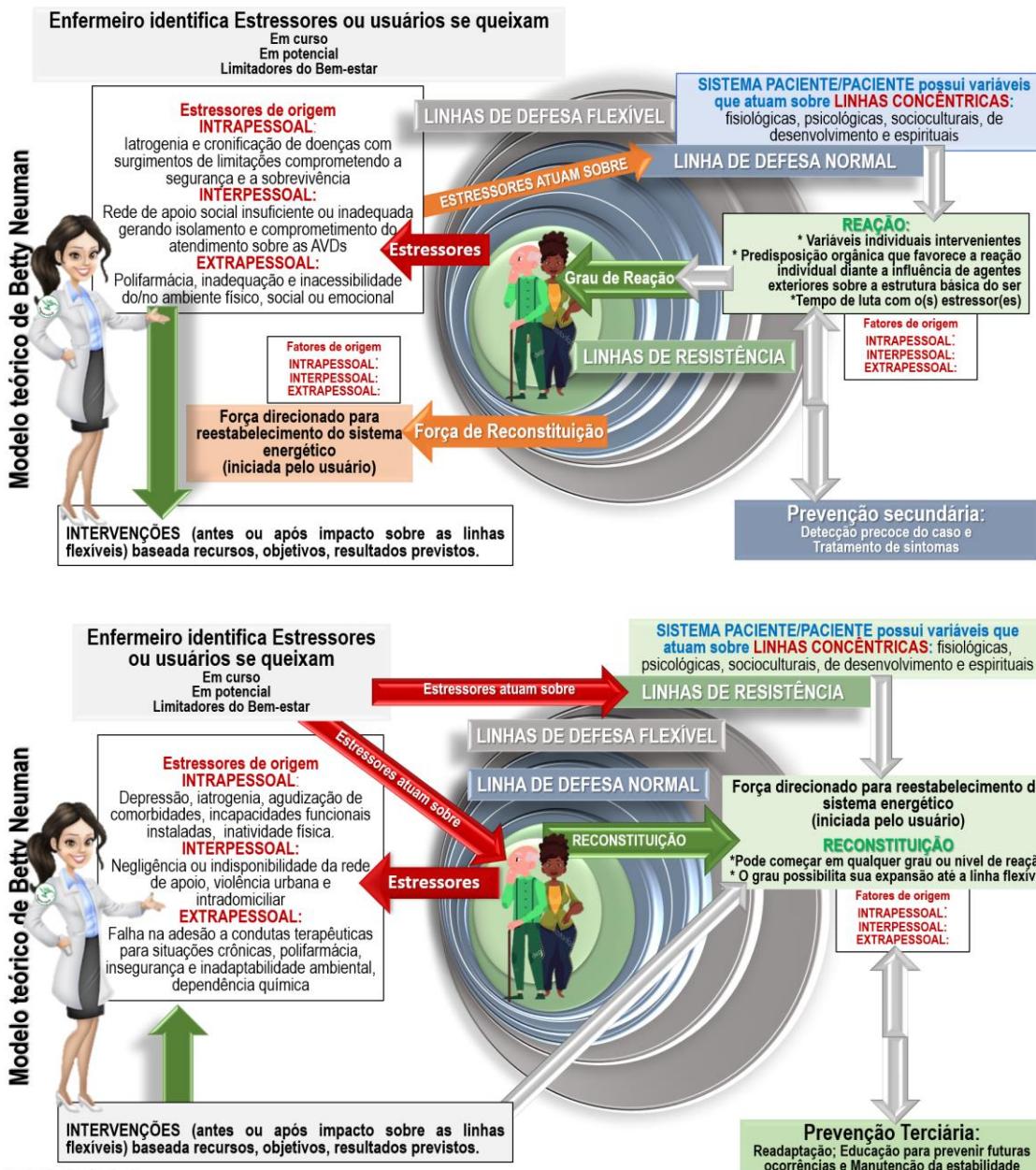
Entre os estressores **interpessoais**, foram identificados: as dependências e a rede de apoio social disponível e desejada; as relações com familiares e cuidadores/apoiadores; prática de atividades sociais, tais como engajamento em atividades de lazer, recreação e religiosas e empobrecimento do convívio intergeracional, violência urbana e intradomiciliar.

E, para exemplificar estressores de origem **extrapessoal**: o surgimento de dependências para AVID decorrentes do processo de envelhecimento que nem sempre são percebidas em sua fase inicial pela pessoa idosa, polifarmácia, inadequação e inacessibilidade do/no ambiente físico, social ou emocional e dependência química

Todas essas situações foram consideradas como condições capazes de afetar as linhas de defesa flexíveis, normais ou, por vezes, de resistência e se encontram esquematizadas na **Figura 13**.

Figura 13 - Esquema ilustrativo do mecanismo da prevenção primária, secundária e terciária sobre o sistema de energia, seus estressores e sua implicação para a atuação de enfermagem.





Fonte: As autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman²².

Do ponto de vista da análise da atuação do enfermeiro e sua equipe, essas situações constituem evidências de respostas humanas capazes de sinalizar espaços em que a atuação profissional do enfermeiro se faz necessária.

O fato de o declínio cognitivo, por vezes, ser interpretado pelas pessoas idosas como parte integrante dessa fase da vida, sendo capaz de gerar uma banalização do problema, motivar formas de enfrentamento que não impactam favoravelmente a qualidade sobre dos anos vividos. Por isso essa temática constitui um assunto que justifica uma releitura de sua existência na prática de enfermagem à luz de ações terapêuticas de caráter preventivo e de promoção da saúde que se mostram compatíveis que sua abordagem no nível de atenção primária à saúde, como, por

exemplo oficinas de memória, de leitura, e prática de atividades físicas regulares.

O fato de 22,8% dos participantes não autoperceberam a progressão de incapacidades cognitivas remete a necessidade dos profissionais de saúde incluírem em suas abordagens periódicas uma avaliação de triagem no intuito de captar tais modificações que possam ocorrer de forma precoce e instruírem familiares e cuidadores para relatarem tais evidências contribuindo para que o plano terapêutico de cuidado possa contemplar as modificações progressivas que ocorrem no processo do envelhecimento humano. No sentido de instrumentalizar a enfermagem com uma abordagem capaz de captar tais estressores e modificações no estado de saúde de pessoas idosas buscou-se estruturar impressos para subsidiar a realização da consulta de enfermagem.

Nesse sentido, apresenta-se a seguir um impresso destinado a subsidiar a realização da consulta de enfermagem na abordagem do nível de atenção primário com foco no atendimento de pessoas idosas com (in)capacidade cognitiva, utilizando-se para isso do referencial de Neuman. Esse instrumento foi elaborado na disciplina do Curso de Graduação em Enfermagem intitulada: “Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem”, e foi realizado com a participação das autoras, coordenando as atividades de elaboração de tais impressos. O instrumento destinado a coleta de dados e identificação de estressores consta na **figura 14**.

Figura 14 - Instrumento de coleta para abordagem de pessoas idosas com declínio cognitivo na Atenção Primária à Saúde segundo Neuman.

 UFJF- FACENF: Instrumento de coleta para abordagem de pessoas idosas com declínio cognitivo na Atenção Primária à Saúde segundo Neuman		Prontuário:
Nome:		
Data nascimento:	Anos de Estudo:	Gênero <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
ESTRESSORES INTRAPESSOAL	Peso atual:	Alterou peso no último ano: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qto:
	IMC:	Tempo de marcha (seg/4m):
	Doenças autorreferidas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual(is): <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DRC <input type="checkbox"/> Neoplasias <input type="checkbox"/> Hiper/Hipotireoidismo <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doença Autoimune <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Artrose/Artrite <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> câncer <input type="checkbox"/> Osteoporose
	Outras:	
	Remédios de uso regular:	
	Remédios de uso ocasional:	
	Dificuldade visual: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Uso óculos ou lentes: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual:	
	Dificuldade auditiva: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.	
	Piora do esquecimento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Esquece o quê?	
	Queixa familiar de esquecimento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.	
Teste do Mini Exame do Estado Mental. Escore: _____ /30. <input type="checkbox"/> Não alterado <input type="checkbox"/> Alterado.		
Escolaridade ≥ 4 anos <input type="checkbox"/> <25 Comprometimento Cognitivo <input type="checkbox"/> ≥25 Sem Comp. Cognitivo Escolaridade < 4 anos <input type="checkbox"/> <18 Comprometimento Cognitivo <input type="checkbox"/> ≥18 Sem Comp. Cognitivo		
Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 ESCORE: _____ /40		
<input type="checkbox"/> De 0 a 6: Baixa vulnerabilidade clínico-funcional- não necessita de avaliação e acompanhamento especializados;		
<input type="checkbox"/> De 7 a 14: Risco aumentado de vulnerabilidade- que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas;		
<input type="checkbox"/> ≥15: Alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada- avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico e gerontológico e com suporte psicosocial		
Teste de fluência Verbal. Escolaridade: < 8 anos _____ / <input type="checkbox"/> >8 evocações: declínio ≥ 8 anos _____ / <input type="checkbox"/> >13 evocações: declínio		
Teste do Relógio: Escore: _____ /5. <input type="checkbox"/> 0 a 2: com declínio		
PS	Escala de Depressão GDS-15: Escore: _____ /15. <input type="checkbox"/> >5 indicativo de depressão	
FS	Avaliação das atividades da vida diária (AVDs)- Escala Katz. Especificar dependência(s):	
	Avaliação das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)- Escala de Lawton Especificar dependência(s):	
	Parâmetro: <input type="checkbox"/> Independentes quando não relataram necessidade de ajuda para realizar nenhuma ABVD <input type="checkbox"/> Dependentes quando referiram necessidade de ajuda em pelo menos uma das ABVDs.	
	Questionário de Pfeffer (com acompanhantes): _____ /33 <input type="checkbox"/> >6: maior dependência ¹ . <input type="checkbox"/> Sem acompanhante	

	Prática de Atividade Física: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (tipo, frequência e duração semanal):
SC	<p>Estado civil: _____</p> <p>Possui filhos? <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim</p> <p>Qtos? _____</p> <p>Com quem mora? <input type="checkbox"/>Sozinho <input type="checkbox"/>Especificar com alguém: _____</p> <p>Com quantas pessoas compartilha domicílio? _____</p> <p>Alterou núcleo familiar nos últimos 5 anos: <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim. Qual motivo?: _____</p> <p>Pessoa(s) significativa(s): <input type="checkbox"/>filho(a) <input type="checkbox"/>pais <input type="checkbox"/>irmão(a) <input type="checkbox"/>outros especificar: _____</p> <p>Frequência com vê pessoa significativa: <input type="checkbox"/>Diariamente <input type="checkbox"/>Semanalmente <input type="checkbox"/>mensalmente <input type="checkbox"/>anualmente</p> <p>Autoavaliação da participação familiar: <input type="checkbox"/>Boa <input type="checkbox"/>Excelente <input type="checkbox"/>Razoável <input type="checkbox"/>Ausente <input type="checkbox"/>Insuficiente</p>
	<p>Possui inserção em atividade social: <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim. Especificar (tipo, frequência e duração semanal): _____</p> <p>Precisa de ajuda para se sentir melhor? <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim. Posso ajudá-lo com alguma informação? <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim</p> <p>Como posso ajudá-lo para ficar tranquilo? _____</p> <p>O que pensa sobre envelhecer? _____</p> <p>Aposentado: <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim. Tempo aposentado (anos): _____ Possui ocupação? <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim Qual? _____</p> <p>Renda pessoal disponível (em salários): _____</p>
ESP	Crença e prática religiosa (preferência, frequência, ritual, etc.): _____
FS	<p>Já realizou alguma cirurgia? <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim. Há quanto tempo? Qual?</p> <p>Usa alguma prótese/orteze? <input type="checkbox"/>Não <input type="checkbox"/>Sim. Qual?</p> <p>Uso equipamento assistivo? <input type="checkbox"/>Bengala <input type="checkbox"/>Andador <input type="checkbox"/>muleta <input type="checkbox"/>cadeira rodas <input type="checkbox"/>apoio de pessoa</p>
INFORMAÇÕES	<p>Gostaria de perguntar alguma coisa?</p> <p>Posso ajudá-lo com mais alguma informação ou orientação?</p> <p>Registros adicionais:</p> <p>_____</p>
	<p>Data: / / Assinatura e carimbo →</p>

Nota das autoras: Elaborado na disciplina “Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem (Jun/2019): FS: variáveis fisiológicas, PS: variáveis psicológicas; SC: variáveis socioculturais; DSV: variáveis desenvolvimentais; ESP: variáveis espirituais.

Elencaram-se os possíveis diagnósticos de enfermagem passíveis de ser identificados com maior frequência entre pessoas idosas quando se aplica o instrumento de coleta de dados mencionado anteriormente. Para enumerar tais diagnósticos, utilizou-se a taxonomia da Nanda¹⁶ (**Figura 15**). Foram identificados 18 situações passíveis de ser reconhecidas como diagnósticos de enfermagem.

Entre os estressores de origem intrapessoal, foram alocados os diagnósticos: Déficit do Autocuidado, Estilo de Vida Sedentário, Síndrome do Idoso Frágil, Memória Prejudicada, Mobilidade Física Prejudicada, Incontinência Urinária por Transbordamento, Risco de Constipação, Risco de Incontinência Urinaria de Urgência, Deambulação Prejudicada, Risco de Baixa Autoestima Crônica, Disposição para bem-estar espiritual melhorado. Já no estressor interpessoal; foram alocados os diagnósticos: Disposição para Enfrentamento Familiar Melhorado, Risco de Tensão do Papel de Cuidador, Risco de Solidão, Interação Social Prejudicada, Risco de sofrimento espiritual, enquanto no estressor extrapessoal foram alocados os diagnósticos: Distúrbio no Padrão de Sono, Controle Ineficaz da Saúde, Disposição para Controle da Saúde Melhorado e Risco de Sofrimento espiritual.

Figura 15 - Diagnósticos de enfermagem na abordagem da pessoa idosa com declínio cognitivo.

ANO:	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DA PESSOA IDOSA COM DECLÍNIO COGNITIVO		Prontuário
	Nome:	gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem Data Nasc:	
	Siglas: I = Diagnóstico iniciado; C = Diagnóstico em acompanhamento; T = Diagnóstico resolvido	Dia e mês→	
1	DÉFICIT DO AUTOCUIDADO P/ <input type="checkbox"/> banho <input type="checkbox"/> vestir-se <input type="checkbox"/> higiene íntima <input type="checkbox"/> Alimentação nível funcional RELACIONADO A: prejuízo: <input type="checkbox"/> neuromuscular <input type="checkbox"/> perceptivo <input type="checkbox"/> cognitivo <input type="checkbox"/> fraqueza <input type="checkbox"/> barreiras ambientais CARACTERIZADO POR incapacidade de: <input type="checkbox"/> lavar <input type="checkbox"/> secar corpo <input type="checkbox"/> vestir-se <input type="checkbox"/> fazer higiene íntima apropriada		
2	ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO RELACIONADO A <input type="checkbox"/> conhecimento insuficiente sobre os benefícios à saúde associados ao exercício físico <input type="checkbox"/> interesse insuficiente em atividades físicas <input type="checkbox"/> Motivação insuficiente para a atividade física <input type="checkbox"/> Recursos insuficientes para a atividade física <input type="checkbox"/> Treinamento insuficiente para fazer exercício físico CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Falta de condicionamento físico <input type="checkbox"/> Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo <input type="checkbox"/> Preferência por atividades com pouca atividade física		
3	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL <input type="checkbox"/> RISCO SÍNDROME DO IDOSO FRÁGIL ASSOCIADO A: <input type="checkbox"/> Alteração na função cognitiva <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Caminhada de 4 metros requer > 5 segundos <input type="checkbox"/> Déficit sensorial <input type="checkbox"/> Disfunção da regulação endócrina <input type="checkbox"/> Doença crônica <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> sarcopênica <input type="checkbox"/> Perda não intencional de > 4,5 kg em 1 ano <input type="checkbox"/> Perda não intencional 25% peso corporal/1 ano <input type="checkbox"/> Processo de coagulação alterado <input type="checkbox"/> Redução concentração sérica de 25-hidroxivitamina D <input type="checkbox"/> Resp inflamatória suprimida <input type="checkbox"/> Sarcopenia <input type="checkbox"/> Transt Psiquiátrico RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Fatores relacionados <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Apoio social insuficiente <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Equilíbrio prejudicado <input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentário <input type="checkbox"/> Exaustão <input type="checkbox"/> Força muscular diminuída <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo <input type="checkbox"/> Medo de quedas <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Redução da energia <input type="checkbox"/> Tristeza CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Apoio social <input type="checkbox"/> insuficiente Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Equilíbrio prejudicado <input type="checkbox"/> Estilo de vida sedentário <input type="checkbox"/> Exaustão Força muscular diminuída <input type="checkbox"/> Fraqueza muscular <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Média de ativ. física diária inferior à recomendada para idade e sexo <input type="checkbox"/> Medo de quedas <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Obesidade Redução da energia <input type="checkbox"/> Tristeza		
4	MEMÓRIA PREJUDICADA ASSOCIADO A <input type="checkbox"/> Alteração no volume de líquidos RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Desequilíbrio eletrolítico <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson <input type="checkbox"/> Hipoxia <input type="checkbox"/> Lesão encefálica <input type="checkbox"/> Prejuízo cognitivo leve <input type="checkbox"/> Prejuízo neurológico CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Capacidade preservada de realizar atividades da vida diária de forma independente <input type="checkbox"/> Esquecimento constante de efetuar uma ação em horário agendado <input type="checkbox"/> Esquecimento persistente <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de aprender novas habilidades <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de aprender novas informações <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de executar uma habilidade previamente aprendida <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de manter uma nova habilidade <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de recordar informações sobre fatos ou eventos <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de recordar nomes, palavras ou objetos familiares <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de recordar se uma ação foi efetuada <input type="checkbox"/> Incapacidade persistente de reter novas informações		
5	SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA ASSOCIADO A <input type="checkbox"/> Alienação <input type="checkbox"/> Dependência <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Dúvida em relação ao desempenho do papel <input type="checkbox"/> Frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores <input type="checkbox"/> Participação inadequada no cuidado <input type="checkbox"/> Sensação de controle insuficiente <input type="checkbox"/> Vergonha CARACTERIZADO POR Ambiente institucional disfuncional <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Apoio social insuficiente <input type="checkbox"/> Baixa autoestima <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente para controlar a situação <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Estigmatização <input type="checkbox"/> Estratégias de enfrentamento ineficazes <input type="checkbox"/> Interações interpessoais insuficientes <input type="checkbox"/> Marginalização social <input type="checkbox"/> Papel de cuidador		
6	MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA RELACIONADO A Ansiedade <input type="checkbox"/> Apoio ambiental insuficiente <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre o valor da atividade física <input type="checkbox"/> Controle muscular diminuído <input type="checkbox"/> Crenças culturais em relação às atividades aceitáveis <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desnutrição CARACTERIZADO POR Alteração na marcha <input type="checkbox"/> Desconforto <input type="checkbox"/> Dificuldade para virar-se <input type="checkbox"/> Dispneia ao esforço <input type="checkbox"/> Envolvimento em substituições do movimento <input type="checkbox"/> Instabilidade postural <input type="checkbox"/> Movimentos descoordenados <input type="checkbox"/> Movimentos espásticos <input type="checkbox"/> Movimentos lentos <input type="checkbox"/> Redução na amplitude de movimentos <input type="checkbox"/> Redução nas habilidades motoras finas <input type="checkbox"/> Redução nas habilidades motoras grossas <input type="checkbox"/> Tempo de resposta prolongado <input type="checkbox"/> Tremor induzido pelo movimento		
	Assinatura→		

Nota das Autoras: NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 Trad. Regina Machado Garcez Porto Alegre: Artmed:2018. Elaborado na disciplina "Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem (Jun/2019):

ANO: UFJF	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DA PESSOA IDOSA COM DECLÍNIO COGNITIVO		Prontuário
	Nome:	gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem Data Nasc:	
	Siglas: I = Diagnóstico iniciado; C = Diagnóstico em acompanhamento; T = Diagnóstico resolvido		
7	CONTROLE INEFICAZ DA SAÚDE RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Apoio social insuficiente <input type="checkbox"/> Barreira percebida <input type="checkbox"/> Benefício percebido <input type="checkbox"/> Conflito de decisão <input type="checkbox"/> Conflito familiar <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre o regime terapêutico <input type="checkbox"/> Demandas excessivas <input type="checkbox"/> Dificuldade de controlar um regime de tratamento complexo <input type="checkbox"/> Dificuldade de transitar por sistemas complexos de cuidados de saúde <input type="checkbox"/> Gravidade da condição percebida <input type="checkbox"/> Número inadequado de indícios de ação <input type="checkbox"/> Padrão familiar de cuidados de saúde <input type="checkbox"/> Sentimento de impotência <input type="checkbox"/> Suscetibilidade percebida CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Dificuldade com o regime prescrito <input type="checkbox"/> Escolhas na vida diária ineficazes para atingir as metas de saúde <input type="checkbox"/> Falha em agir para reduzir fatores de risco <input type="checkbox"/> Falha em incluir o regime de tratamento na vida diária		Dia e mês→
8	DISPOSIÇÃO PARA CONTROLE DA SAÚDE MELHORADO CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar a condição de vacinação/imunização <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar as escolhas da vida diária para alcançar metas <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar o controle de doenças <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar o controle de fatores de risco <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar o controle de regimes prescritos <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar o controle de sintomas		
9	INCONTINÊNCIA URINÁRIA POR TRANSBORDAMENTO RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Impactação fecal CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Distensão da bexiga <input type="checkbox"/> Elevado volume residual após micção <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Perda involuntária de pequenos volumes de urina		
10	RISCO PARA CONSTIPAÇÃO RELACIONADO A: <input type="checkbox"/> Abuso de laxantes <input type="checkbox"/> Alteração nos hábitos alimentares <input type="checkbox"/> Confusão <input type="checkbox"/> Costume de ignorar a urgência para defecar <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Fraqueza dos músculos abdominais <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares inadequados <input type="checkbox"/> Hábitos de evacuação irregulares <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene íntima inadequados <input type="checkbox"/> Higiene oral inadequada <input type="checkbox"/> Ingestão de fibras insuficiente <input type="checkbox"/> Ingestão de líquidos insuficiente <input type="checkbox"/> Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo <input type="checkbox"/> Motilidade gastrintestinal diminuída <input type="checkbox"/> Mudança ambiental recente <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Transtorno emocional		
11	RISCO DE INCONTINÊNCIA URINARIA DE URGÊNCIA RELACIONADO A: <input type="checkbox"/> Consumo de álcool <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene íntima ineficazes <input type="checkbox"/> Impactação fecal <input type="checkbox"/> Ingestão de cafeína <input type="checkbox"/> Relaxamento involuntário do esfincter		
12	DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Alteração no humor <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre estratégias de mobilidade <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Falta de condicionamento físico <input type="checkbox"/> Força muscular insuficiente <input type="checkbox"/> Medo de quedas <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Resistência diminuída CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de andar em acente <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de andar em declive <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de andar uma distância necessária <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio) <input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada de subir escadas		
13	DISTÚRbio NO PADRÃO DE SONO RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Interrupção causada pelo parceiro de sono <input type="checkbox"/> Padrão de sono não restaurador <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Despertar não intencional <input type="checkbox"/> Dificuldade no desempenho das funções diárias <input type="checkbox"/> Dificuldade para iniciar o sono <input type="checkbox"/> Dificuldade para manter o sono <input type="checkbox"/> Insatisfação com o sono <input type="checkbox"/> Não se sentir descansado		
	Assinatura→		

Nota das Autoras: NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 Trad. Regina Machado Garcez Porto Alegre: Artmed:2018. Elaborado na disciplina "Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem (Jun/2019):

 ANO: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DA PESSOA IDOSA COM DECLÍNIO COGNITIVO		Prontuário
Nome: _____ gênero: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem Data Nasc: _____ Siglas: I = Diagnóstico iniciado; C = Diagnóstico em acompanhamento; T = Diagnóstico resolvido Dia e mês→ _____		
14	RISCO DE BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA RELACIONADO A: <input type="checkbox"/> Afeto recebido inadequado <input type="checkbox"/> Enfrentamento ineficaz da perda <input type="checkbox"/> Incongruência cultural <input type="checkbox"/> Incongruência espiritual <input type="checkbox"/> Participação inadequada em grupos <input type="checkbox"/> Pertencimento inadequado <input type="checkbox"/> Recebe aprovação insuficiente dos outros <input type="checkbox"/> Respeito inadequado dos outros	
15	RISCO DE TENSÃO DO PAPEL DE CUIDADOR RELACIONADO A: No receptor de cuidados <input type="checkbox"/> Abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Alta recebida com necessidades importantes <input type="checkbox"/> Aumento da necessidade de cuidados <input type="checkbox"/> Comportamento problemático <input type="checkbox"/> Condição de saúde instável <input type="checkbox"/> Dependência <input type="checkbox"/> Imprevisibilidade do curso da doença; No cuidador <input type="checkbox"/> Abuso de substâncias <input type="checkbox"/> Autoexpectativas não realistas <input type="checkbox"/> Condições físicas <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre recursos da comunidade <input type="checkbox"/> Cuidador não desenvolvido o suficiente para esse papel <input type="checkbox"/> Energia insuficiente <input type="checkbox"/> Estratégias de enfrentamento ineficazes <input type="checkbox"/> Estressores <input type="checkbox"/> Incapacidade de preencher as expectativas de outros <input type="checkbox"/> Incapacidade de preencher as próprias expectativas <input type="checkbox"/> Inexperiência em executar cuidados <input type="checkbox"/> Isolamento <input type="checkbox"/> Privacidade insuficiente <input type="checkbox"/> Recreação insuficiente <input type="checkbox"/> Resiliência emocional insuficiente <input type="checkbox"/> Responsabilidades relacionadas ao papel que competem entre si; Relação cuidador-receptor de cuidados <input type="checkbox"/> Codependência <input type="checkbox"/> Expectativas não realistas do receptor de cuidados <input type="checkbox"/> Padrão de relacionamentos ineficazes <input type="checkbox"/> Presença de abuso <input type="checkbox"/> Relacionamento abusivo <input type="checkbox"/> Relacionamento violento; Atividades de cuidado <input type="checkbox"/> Ambiente físico inadequado para o oferecimento de cuidado <input type="checkbox"/> Assistência insuficiente <input type="checkbox"/> Atividades excessivas de cuidados <input type="checkbox"/> Complexidade das atividades de cuidado <input type="checkbox"/> Equipamentos insuficientes para oferecimento de cuidados <input type="checkbox"/> Imprevisibilidade da situação de cuidado <input type="checkbox"/> Insuficiência de descanso do cuidador <input type="checkbox"/> Mudança na natureza das atividades de cuidado <input type="checkbox"/> Necessidade de cuidados por longo prazo <input type="checkbox"/> Responsabilidades de cuidado 24 horas por dia <input type="checkbox"/> Tempo insuficiente; Processos familiares <input type="checkbox"/> Adaptação ineficaz da família <input type="checkbox"/> Isolamento da família <input type="checkbox"/> Padrão de disfunção familiar anterior à situação de prestação de cuidados <input type="checkbox"/> Padrão de disfunção familiar <input type="checkbox"/> Padrão de enfrentamento familiar ineficaz; Socioeconômicos <input type="checkbox"/> Alienação <input type="checkbox"/> Apoio social insuficiente <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso a apoio <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso à assistência <input type="checkbox"/> Dificuldade de acesso a recursos da comunidade <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Recursos comunitários insuficientes <input type="checkbox"/> Transporte insuficiente	
16	INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA RELACIONADO A <input type="checkbox"/> Barreira ambiental <input type="checkbox"/> Barreira de comunicação <input type="checkbox"/> Conhecimento insuficiente sobre como fortalecer a reciprocidade <input type="checkbox"/> Dissonância sociocultural <input type="checkbox"/> Distúrbio no autoconceito <input type="checkbox"/> Habilidades insuficientes para fortalecimento da reciprocidade <input type="checkbox"/> Mobilidade prejudicada <input type="checkbox"/> Processos de pensamento perturbados CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Desconforto em situações sociais <input type="checkbox"/> Família relata mudança na interação <input type="checkbox"/> Função social prejudicada <input type="checkbox"/> Insatisfação com envolvimento social <input type="checkbox"/> Intereração disfuncional com outras pessoas	
17	DISPOSIÇÃO PARA ENFRENTAMENTO FAMILIAR MELHORADO CARACTERIZADO POR <input type="checkbox"/> Consciência de possível mudança ambiental <input type="checkbox"/> Expressa desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias para controle do estresse <input type="checkbox"/> Expressa desejo de aumentar o controle de estressores <input type="checkbox"/> Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas à emoção <input type="checkbox"/> Expressa desejo de aumentar o uso de estratégias voltadas ao problema <input type="checkbox"/> Expressa desejo de aumentar o uso de recursos espirituais <input type="checkbox"/> Expressa desejo de melhorar o apoio social	
18	RISCO DE SOLIDÃO RELACIONADO A: <input type="checkbox"/> Isolamento físico <input type="checkbox"/> Isolamento social <input type="checkbox"/> Privação afetiva <input type="checkbox"/> Privação emocional	
	Assinatura→	

Nota das Autoras: NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 Trad. Regina Machado Garcez Porto Alegre: Artmed:2018. Elaborado na disciplina "Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem (Jun/2019).

	MÁSCARA PARA PREENCHIMENTO DA LISTA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM-							
	Nome: preencher os dados de identificação com registro cursivo ou com "x" (nome, gênero), prontuário. <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem.	Prontuário: Mês: _____ Ano: _____ Dias _____						
<p>Ao lado, o (a)Sr(a) deverá preencher o mês, ano e o dia correspondentes à data em que está avaliando o cliente. Há dez colunas a sua direita, sendo que cada uma delas corresponderá a um dia de avaliação. No verso da folha, ao final da lista de diagnósticos, haverá um espaço que possibilitará a assinatura e inclusão dos dados contidos no carimbo profissional de modo a permitir identificar o profissional responsável pelos registros realizados.</p> <p>A data de suas anotações deverá ser registrada em cada coluna (uma vez que cada coluna corresponderá a um dia de avaliação).</p> <p>As siglas a seguir deverão ser acrescentadas na coluna correspondente a cada diagnóstico e registrada no momento do preenchimento dos seus registros</p> <p>Siglas: I = Diagnóstico identificado; C = Diagnóstico em acompanhamento; T = Diagnóstico resolvido</p> <p>Caso um diagnóstico não seja indicado para o cliente que está avaliando, o(a) Sr.(a) deverá cancelar o espaço utilizando um traço. Isso possibilitará identificar que não indica o diagnóstico correspondente para o cliente e que está cancelando o espaço correspondente ao seu registro para o item avaliado</p>								
<p>Esta lista não inviabiliza acréscimos que poderão ser realizados nos espaços em branco ao final da lista escrita.</p> <p>Na lista, os Diagnósticos de Enfermagem são apresentados com seu respectivos itens, sendo eles: título, fator relacionado e característica definidora. As expressões “fator relacionado” e “características definidoras” foram marcadas em negrito para contribuir na fácil visualização dos respectivos componentes dos diagnósticos. Foi adicionado após cada título de diagnóstico as respectivas páginas dos diagnósticos do livro taxonomia NANDA (versão 2018-2020), referente à última atualização. Esta ação teve o objetivo de facilitar a consulta em caso de dúvidas ou ajuste.</p> <p>Na frente de cada FR e cada CD, há um quadrado que antecede o registrado de alguns itens. Para selecionar aquele que melhor retrata a situação do cliente que o Sr.(a) está avaliando é necessário acrescentar um “X” dentro do quadrado.</p> <p>Caso um ou mais FR ou CD tenham se modificado com o decorrer da assistência de enfermagem prestada o (a) Sr.(a) deverá circular o quadrado correspondente e acrescentar a data para declarar que aquele item foi suspenso.</p>								
<p>Há alguns espaços a serem preenchidos nos diagnósticos 1. Estes espaços destinam-se ao preenchimento do nível funcional</p> <p>Como preencher o NÍVEL FUNCIONAL? O nível funcional deverá ser preenchido usando os números de 0 a 4 (para retratar o nível funcional da pessoa internada), a saber:</p> <table border="1"> <tr> <td>0= completamente independente</td> <td>2= requer ajuda de outra pessoa para auxílio ou artefato</td> </tr> <tr> <td>1= requer uso de equipamento ou artefato</td> <td>3= requer ajuda de outra pessoa e equipamento ou artefato</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4= dependente, não participa da atividade</td> </tr> </table>			0= completamente independente	2= requer ajuda de outra pessoa para auxílio ou artefato	1= requer uso de equipamento ou artefato	3= requer ajuda de outra pessoa e equipamento ou artefato		4= dependente, não participa da atividade
0= completamente independente	2= requer ajuda de outra pessoa para auxílio ou artefato							
1= requer uso de equipamento ou artefato	3= requer ajuda de outra pessoa e equipamento ou artefato							
	4= dependente, não participa da atividade							
1	Déficit do autocuidado para banho nível funcional _____ relacionado a <input type="checkbox"/> fraqueza <input type="checkbox"/> prejuízo neuromuscular <input type="checkbox"/> prejuízo perceptivo caracterizado por <input type="checkbox"/> incapacidade de lavar <input type="checkbox"/> secar o corpo.							

Nota das Autoras: NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2018-2020 Trad. Regina Machado Garcez Porto Alegre: Artmed:2018. . Elaborado na disciplina “Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem (Jun/2019).

Considerando que todo diagnóstico de enfermagem requer intervenções terapêuticas e avaliação dos resultados de enfermagem, buscou-se apresentar a ligação entre os Diagnósticos de enfermagem mencionados com as intervenções capazes de retratar abordagens terapêuticas e resultados de enfermagem, tendo em vista a necessidade de aferir o quanto tais intervenções alcançaram os objetivos pretendidos. Para isso, foram utilizadas as taxonomias da *Nursing Intervention Classification -NIC* e *Nursing Outcome Classification - NOC*¹⁹⁸ conforme consta na **Figura 16.**

Figura 16 - Diagnósticos de enfermagem, NIC e NOC na abordagem da pessoa idosa com declínio cognitivo.

	NANDA I (título)	NIC	NOC
INTRAPESSOAL	Déficit do Autocuidado	Assistência no autocuidado: Atividades Essenciais da Vida Diária	Autocuidado: Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária
	Estilo de Vida Sedentário	Assistência na Automodificação	Comportamento de Promoção da Saúde
	Síndrome do Idoso Frágil	Controle da Demência, Assistência no Autocuidado, Apoio Emocional, Controle da Demência, Cuidados Cardíacos, Prevenção Contra Quedas	Cognição, Movimento Coordenado, Nível de Demência
	Memória Prejudicada	Controle da Demência, Estimulação Cognitiva, Monitoração Neurológica, Apoio Emocional	Orientação Cognitiva, Estado Neurológico
	Mobilidade Física Prejudicada	Assistência no Autocuidado, Assistência no autocuidado: Atividades Essenciais da Vida Diária, Promoção do Exercício	Mobilidade, marcha
	Incontinência Urinária por Transbordamento	Cuidados na incontinência urinária, controle da eliminação urinária	Continência urinária, eliminação urinária
	Risco de Constipação	Controle da nutrição, controle intestinal, controle de constipação/impactação, treinamento intestinal, aconselhamento nutricional, controle do prolapsos retal	Eliminação intestinal, comportamento de adesão: dieta saudável, função gastrointestinal, nível de demência
	Risco de Incontinência Urinaria de Urgência	Assistência no autocuidado: uso de vaso sanitário, monitoração hídrica, treinamento do hábito urinário, exercícios para musculatura pélvica, sondagem vesical	Continência urinária, autocuidado: higiene íntima
	Deambulação Prejudicada	Controle do ambiente: segurança, prevenção contra quedas, terapia com exercício: controle muscular, terapia com exercício: equilíbrio	Mobilidade, marcha, movimento coordenado, equilíbrio, nível de demência
	PS Risco de Baixa Autoestima Crônica	Controle do humor, fortalecimento da autoestima, terapia de grupo	Autoestima, autopercepção
SC			
DSV			
ESP	Disposição para bem-estar espiritual melhorado	Apoio espiritual, fortalecimento da autoestima, promoção de esperança	Bem-estar pessoal, enfrentamento, estado de saúde pessoal
INTERPESSOAL	FS		
	PS Disposição para Enfrentamento Familiar Melhorado	Apoio familiar, educação em saúde, melhora do enfrentamento, promoção da integridade familiar	Conhecimento: promoção da saúde, enfrentamento familiar, funcionamento familiar, resiliência
	PS Sentimento de Impotência	Apoio Emocional, Fortalecimento da Autoestima, Assistência no Autocuidado	Aceitação: Estado de Saúde, Autoestima, Participação nas Decisões Sobre Cuidados de Saúde
	PS Risco de Tensão do Papel de Cuidador	Apoio ao cuidador, melhora do enfrentamento, cuidados durante o repouso do cuidador	Resistencia no papel do cuidador, apoio da família durante tratamento, estressores do cuidador
	SC Risco de Solidão	Melhora do enfrentamento, apoio emocional, promoção do envolvimento familiar, promoção da esperança, melhora da autopercepção, fortalecimento da autoestima, melhora da socialização	Gravidade da solidão, controle de riscos, participação no lazer
	SC Interação Social Prejudicada	Controle da demência, melhora da autopercepção, melhora da socialização, modificação do comportamento: habilidades sociais	Envolvimento social, habilidades de interação social
	DSV		
ESP	Risco de sofrimento espiritual	Escuta ativa, melhora do enfrentamento, aconselhamento, apoio emocional	Aceitação, autoestima, autonomia pessoal, bem-estar pessoal, estado de conforto
EXTRAPESSOAL	FS Distúrbio no Padrão de Sono	Controle de medicamentos, controle do ambiente	Sono, estado de conforto: ambiente
	PS		
	SC Controle Ineficaz da Saúde	Aconselhamento, assistência no autocuidado, controle de medicamentos, ensino: indivíduo, ensino: processo da doença, escuta ativa,	Participação nas decisões sobre cuidados de saúde, conhecimento: controle da demência
	DSV Disposição Para Controle da Saúde Melhorado	Avaliação da saúde, educação em saúde, ensino: indivíduo, facilitação da aprendizagem, promoção do envolvimento familiar	Comportamento de promoção da saúde, conhecimento: processo da doença
	ESP Risco de sofrimento espiritual	Intermediação cultural, controle do ambiente: conforto, facilitação do crescimento espiritual, esclarecimento de valores	Adaptação psicossocial, envolvimento social, estado de conforto

Nota: Legenda FS: Fisiológico, PS: Psicológico, SC: Sociocultural; DVS: Desenvolvimental e ESP: Espiritual. . Elaborado na disciplina “Bases filosóficas, conceituais e teóricas para a Enfermagem (Jun/2019).

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a (in)capacidade cognitiva de 171 pessoas idosas abordadas no domicílio, foi possível caracterizá-las como: a maioria mulheres (65,5%), com mais de 75 anos (65-99 anos), 53,8%; pele branca (67,8%); com companheiro (56,2%), católicas (76,6%); com um a três filhos (49,7%) e baixa escolaridade, de um a quatro anos (64,9%). A ocorrência de doenças autorreferidas foi de 83,6%, entre as quais se destacam: hipertensão arterial (71,3%), dislipidemia (26,9%), artrose (25,7%), diabetes (24,6%), sendo o uso de remédio regular referido por 75,4% com uso de um a três remédios (57,9%). Apresentam inserção social (55%), sem internação prévia nos últimos seis meses (92,4%).

Fragmentos de discurso dos participantes obtidos na abordagem estrutural corroboraram que o fato de não ser capaz de cuidar foi objetivado pelas características da aparência expressas pela falta de zelo, cuidado, capricho-vaidade-desleixo. A aferição do IVCF-20 identificou que 85,3% apresentam vulnerabilidade aumentada e/ou alto ou fragilidade instalada.

Cabe mencionar que diante da autopercepção de 22,8% dos participantes para a progressão das incapacidades cognitivas foi possível aceitar a hipótese de nulidade de H2. Tal fato retrata uma vulnerabilidade dos participantes na medida em que eles não percebem o que lhes acontece no processo do envelhecimento humano.

A partir da abordagem processual a respeito de a pessoa idosa não conseguir tomar conta de sua vida sem ajuda, foi objetivada a incapacidade-dependência, problema-saúde-doença e valorada como sendo uma situação ruim-complicada-triste, que requer ajuda. Escala de Katz e Lawton evidenciou 44,4% de dependência em pelo uma atividade básica ou instrumental de vida. Questionário de Pfeffer com acompanhante retratou que 29,3% das pessoas idosas apresentam maior dependência.

A abordagem processual de como a pessoa idosa percebe o fato de ela não conseguir conviver sem ajuda, foi objetivada pela dependência e necessidade de ajuda, sendo valorada como difícil-ruim e triste. GDS-15, evidenciou prevalência de 83% de indicativo de depressão com correlação: alteração no núcleo familiar ($p= 0,030$) e Pfeffer com acompanhante ($p= 0,027$).

A representação social sobre a depressão a partir da abordagem estrutural da TRS foi objetivada pelo isolamento social, sendo construída socialmente com base em vivências e problemas pessoais, sociais ou familiares, uma vez que foi ancorada a partir de conteúdos do cotidiano.

Tais conteúdos sobre a depressão, na abordagem processual, possibilitaram configurar

uma categoria intitulada “a depressão enquanto alteração no engajamento social e no humor des(coberto) na percepção de terceiros”.

O esquecimento das pessoas e das coisas foi objetivado pela alteração na memória e ancorado nas incompletudes que se manifestam nas ABVDs quando os participantes têm contato com objetos presentes em seu cotidiano e nas situações e circunstâncias que permeiam as AIVDs a exemplo do pagamento de contas, do gerenciamento de uso de medicamento e das AAVDs que ocorrem na relação social. A análise da abordagem processual realizada para o esquecimento possibilitou identificar a categoria intitulada: “Esquecimento: marcador do declínio cognitivo des(coberto) no cotidiano”. A perda cognitiva é percebida como algo peculiar ao envelhecimento e vinculada à presença da depressão. Esta foi entendida como desconfortável e motivadora do uso de mecanismo de defesa (negação) embora reconhecida em outras pessoas.

Ao analisar a capacidade cognitiva e os fatores intervenientes de pessoas com idade ≥ 65 anos adstritas a uma Unidade de Atenção Primária à saúde, foi possível identificar a influência do declínio cognitivo sobre as atividades de vida diárias e compreender que estas alterações peculiares ao processo de envelhecimento são objetivadas e ancoradas no estado mental, na aparência e valoradas com algo ruim, triste, e não desejado.

No Teste Minimental, 23,4% das pessoas idosas apresentaram comprometimento cognitivo, havendo associação com a idade, anos de estudos, estado conjugal, atividade social, piora no esquecimento nos últimos anos, IVCF-20, e Teste de Pfeffer . Isso equivale a dizer que ao analisar as associações identificadas entre o teste do minimental com engajamento social ($OR= 1,33$ e $p=0,030$) e com a vulnerabilidade clínico-funcional: ($OR= 0,247$; $p=0,036$) foi possível rejeitar a hipótese de nulidade para H_3 no que tange a esses elementos e aceitá-la, uma vez que não houve associação do teste do minimental com quadros depressivos ($OR= 0,908$ $p= 1,000$).

Na avaliação das funções executivas no TR, 38,6% das pessoas idosas apresentam declínio, havendo associação com a idade, anos de estudo, atividade social, a prática de atividade física, IVCF-20, Katz e Lawton e Pfeffer com acompanhante ($p= 0,048$).

No Teste da FV, na categoria animal, 45,7% apresentaram declínio nas funções de memória, havendo correlação com idade, anos de estudos <8 anos de estudo, IVCF-20 ($p= 0,044$).

Diante do exposto e considerando que 72,5% dos participantes que apresentaram perdas cognitivas pelos resultados do teste do MEEN; 72,7% daqueles que apresentaram função executiva com declínio aferidos pelo teste do relógio e 76,4% daqueles que apresentaram função executiva com declínio aferida pelo teste de FV tinham idade ≥ 75 anos foi possível aceitar a hipótese de nulidade de H_1 .

Ao convergir os resultados desta investigação, que foi realizada com pessoas que possuem

idade ≥65 anos, a respeito da (in)capacidade cognitiva destacou-se a depressão como um forte componente, tendo sido utilizada a Teoria dos sistemas de Neuman para direcionar o olhar para quais estressores possuem impacto na vida e no cotidiano das pessoas idosas na perspectiva das mesmas ou aferidos por escalas que permitem acessar tais conteúdos.

A utilização do modelo teórico, conceitual e filosófico de Neuman possibilitou identificar a presença de três tipos de estressores entre os participantes desta investigação. Foram estressores de origem **intrapessoal**, identificados para a ocorrência do declínio cognitivo: as iatrogenias, as comorbidades, as vulnerabilidades e a dependência decorrentes do envelhecimento, além da estratégia de enfrentamento utilizada pelos participantes, das limitações para o autocuidado que se intensificam com o aumento da idade, da não adesão para a realização de atividades física regulares, do indicativo de depressão e da alteração em prática de atividades religiosas.

Como estressores de origem **interpessoais**, foram identificadas as alterações na necessidade de acessar a rede de apoio social retratada pelas relações familiares e/ou cuidadores, o empobrecimento da convivência intergeracional e o declínio nas práticas de atividade social, de lazer e recreação, além da violência, a negligência e a incapacidade de familiares/responsáveis em atender às necessidades emergentes.

Os estressores de origem **extrapessoal** permitiram identificar a polifarmácia, a inadequação dos ambientes, a inexistência ou a incerteza de dispor de uma rede de apoio para assistência que assegure que o processo de envelhecimento ocorra com segurança e identificação precoce das modificações por meio de acompanhamento em tempo real.

A trajetória metodológica e o uso dos referenciais teóricos, conceituais, filosóficos foram coerentes e favoreceram a identificação de algumas respostas humanas das pessoas idosas diante da capacidade cognitiva.

Os resultados da presente investigação, obtidos pela convergência de métodos e técnicas, permitiram compreender como o declínio cognitivo se manifesta no contexto do cotidiano de pessoas idosas na perspectiva individual e de um grupo socialmente constituído. Expressa-se por meio dos estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais que atuam sobre as linhas de energia flexível, normal e de resistência respectivamente com implicação para a atuação do enfermeiro e sua equipe no nível de atenção primária à saúde, permitindo identificar o perfil de um grupo cujas necessidades necessitam ser abordadas terapeuticamente.

Para dar resposta a tais demandas, a presente investigação trouxe como contribuição a elaboração de um instrumento de coleta de dados que permite, no contexto da atenção primária à saúde e utilização da tecnologia da consulta de enfermagem, acessar tais estressores e monitorar

a (in)capacidade cognitiva. Esse instrumento foi estruturado segundo a proposta teórica de Neuman e, tendo por base as possibilidades de informações passíveis de ser acessadas a partir desse instrumento, foram estruturados os principais diagnósticos de enfermagem utilizando para isso a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I.

Na busca pelo alinhamento entre diagnósticos, intervenções e potenciais parâmetros para avaliação da medida em que as potenciais intervenções de enfermagem atenderam ou não as necessidades básicas identificadas foi elaborado um quadro para direcionar o processo de enfermagem.

A presente investigação trouxe como contribuição ainda a elaboração de diagnóstico situacional, que evidenciou alguns situações de vulnerabilidade ou de declínio cognitivo já instalado que requer uma reflexão sobre o perfil das pessoas atendidas na UBS e de suas necessidades humanas básicas. Tais evidências permitem ao leitor fazer uma releitura sobre a capacidade cognitiva das pessoas com idade ≥ 65 anos a partir de uma investigação alicerçada em método misto e compreender que as pessoas idosas nem sempre autoconcebem o surgimento do declínio cognitivo, o que as tornam vulneráveis.

Essas informações podem contribuir para que gestores e políticas públicas locais se estruturem no sentido que proporcionar segurança, individualização do atendimento e contribuir para o envelhecimento bem-sucedido e ativo de pessoas adstritas a uma UBS.

Do ponto de vista da contribuição para a área de enfermagem, a realização desta investigação permite ao enfermeiro acessar respostas e necessidades humanas de pessoas idosas, bem como suas percepções sobre o processo de esquecimento e depressão que cursam com o processo de envelhecimento humano, constituindo tais evidências em alicerces para subsidiar a estruturação do cuidado de enfermagem.

Para a prática laboral de enfermeiros que atuam na APS, recomenda-se que as pessoas em processo de envelhecimento sejam inseridas em atividades que estimulem o convívio intergeracional e a prática de atividade física e sejam desestimuladas atividades em que a participação seja reduzida (a exemplo do hábito de assistir televisão), seja estimulada atividades que exercitem a cognição (a exemplo de oficinas de memória, oficinas de leitura) e a interação social a fim de minimizar os efeitos naturais do surgimento das incapacidades cognitivas que cursam com o aumento dos anos vividos.

A presente investigação trouxe como limite o fato de não ter categorizado o tipo de declínio cognitivo entre os participantes.

REFERÊNCIAS

1. Colón-Emeric CS, Whitson HE, Pavon J, Hoenig H. Functional decline in older adults. *Am Fam Physician*. 2013;88(6):388.
2. Moraes EN de. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. In: Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais [Internet]. 1.^a edição. Brasília/DF – Brasil: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - Brasil; 2012. Available from: [http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/atenção a saude do idoso.pdf?sequence=1](http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/atenção%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1)
3. Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções das populações. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Rio de Janeiro, 2015. Dir para Corresp luciane PeTer grillo grillo@ univali br Recebido. 2015;27(08).
4. Assis VG, Marta SN, Conti MHS De, Gatti MAN, Simeão SF de AP, Vitta A De. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2014;17:153–63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100153&nrm=iso
5. Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(4):880–8.
6. Gonçalves D, Altermann C, Vieira A, Machado AP, Fernandes R, Oliveira A, et al. Avaliação das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. *Estud Interdiscip sobre o Envelhec*. 2014;19(1):96–108.
7. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Glob*. 2015;14(37):1–11.
8. Stein J, Luppia M, Maier W, Wagner M, Wolfsgruber S, Scherer M, et al. Assessing cognitive changes in the elderly: Reliable change indices for the Mini-Mental State Examination. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;126(3):208–18.
9. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Execution capacity of instrumental activities of daily living in elderly: Ethnonursing. *Esc Anna Nery - Rev Enferm* [Internet]. 2016;20(3). Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20160064>
10. Domiciano BR, Braga DKAP, da Silva PN, dos Santos MPA, de Vasconcelos TB, Macena RHM. Função cognitiva de idosas residentes em instituições de longa permanência: efeitos de um programa de fisioterapia. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016;19(1):57–70.
11. De Moraes EN, Marino MC, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(1):54–6.
12. Silva JPG da, Costa KN de FM, Silva GRF da, Oliveira SH dos S, Almeida PC de, Fernandes M das GM. Nursing consultation for the elderly: instruments of communication and nursing roles according to Peplau. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):154–61.
13. Schmidt TCG, Duarte YA de O. Replicação de programa de capacitação em comunicação não verbal em gerontología. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):1042–9.
14. Pinto PF. Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas

- idosas. 2014;
15. Holmes DPW. Avaliação da Atenção com recurso ao Teste da Galeria Virtual. 2018.
 16. Herdman, Heather and Kamitsuru S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. 2018. 302 p.
 17. Soares MI, Terra F de S, Resck ZMR, Camelo SHH. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015;19(1):47–53.
 18. de Moraes EN, do Carmo JA, de Moraes III FL, Souza R, Azevedo V CJM, Montilla VI DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016;50:81.
 19. Martin BW, Marques M, Gouveia M, Leal I, Lee IM, Shiroma EJ, et al. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Lancet. 2005;380(9838):247–57.
 20. de Sá SC, de Souza AB, Andrade JMO, Gonçalves JTT, Assis JR, de Oliveira MVM. Perfil nutricional de idosos e sua associação com fatores cognitivos e sociodemográficos. Rev Enferm UFPE line-ISSN 1981-8963. 2017;11(4):1685–91.
 21. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3B):777–81.
 22. Neuman BM, Fawcett J. The Neuman systems model. 5th ed. Pearson Educations I, editor. Boston: Pearson Education, Incorporated; 2011. 1–428 p.
 23. Ribeiro LP, Antunes-Rocha MI. História, abordagens, métodos e perspectivas da teoria das representações sociais. Psicol Soc [Internet]. 2016 Aug;28(2):407–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000200407&lng=pt&tlng=pt
 24. Brandão AR, Brandão TCR. Envelhecimento cutâneo. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. 1195–1202 p.
 25. Baltar S, Kelly C, Shumaker N. A Geriatric Syndrome or Another Great Pretender? In: JOURNAL OF THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. WILEY 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA; 2018. p. 188–9.
 26. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet [Internet]. 2012 Jul;380(9838):219–29. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612610319>
 27. Ageing WHO, Unit LC. WHO global report on falls prevention in older age. World Heal Organ. 2008;
 28. Martins J. Processo De Envelhecimento Da Fase Adulta- Idosa: Políticas Públicas, Redes De Apoio E Demandas De Cuidados [Internet]. Universidade Federal de Juiz de Fora; 2016. Available from: <http://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertação-Jussara-Regina-Martins.pdf>
 29. Saúde M da. LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003 [Internet]. Série fontes de referência. Legislação 2004 p. 42. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2003/lei-10741-1-outubro-2003-497511-publicacaooriginal-1-pl.html>
 30. CONASS. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. [Internet]. Brasília/DF –

- Brasil; 2015. 1–127 p. Available from: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
31. Hackett RA, Davies-Kershaw H, Cadar D, Orrell M, Steptoe A. Walking Speed, Cognitive Function, and Dementia Risk in the English Longitudinal Study of Ageing. *J Am Geriatr Soc.* 2018;
 32. Giro AJN, Paúl C. Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *2013;1:1–10.*
 33. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica.* 2008;24:103–12.
 34. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3_Part_1):179–86.
 35. John A, Patel U, Rusted J, Richards M, Gaysina D. Affective problems and decline in cognitive state in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2019;49(3):353–65.
 36. Chaves MLF, Godinho CC, Porto CS, Mansur L, Carthery-Goulart MT, Yassuda MS, et al. Cognitive, functional and behavioral assessment: Alzheimer's disease. *Dement Neuropsychol.* 2011;5(3):153–66.
 37. Nunes B, Pais J. Doença de Alzheimer: Exercícios de Estimulação, vol. 1. Lisboa: Lidel. 2006;
 38. Association AP. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
 39. Organization WH. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. World Health Organization; 2016.
 40. Veríssimo MT. Geriatria fundamental: saber e praticar. Lidel-Edições Técnicas, Lda.; 2014.
 41. Tsai RM, Boxer AL. Therapy and clinical trials in frontotemporal dementia: past, present, and future. *J Neurochem.* 2016;138:211–21.
 42. Steibel NM, Almeida RMM de. Estudo de caso: avaliação neuropsicológica: depressão x demência. Aleth Canoas N 31 (jan/abr 2010), p 111-120. 2010;
 43. Liguori C, Pierantozzi M, Chiaravalloti A, Sancesario GM, Mercuri NB, Franchini F, et al. When Cognitive Decline and Depression Coexist in the Elderly: CSF Biomarkers Analysis Can Differentiate Alzheimer's Disease from Late-Life Depression. *Front Aging Neurosci.* 2018;10:38.
 44. Daniel F, Fernandes V, Silva A, Espírito-Santo H. Rastreio cognitivo em estruturas residenciais para pessoas idosas no Concelho de Miranda do Corvo, Portugal. [Internet]. Ciência & Saúde Coletiva; 2018. Available from: <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/916>
 45. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília/DF – Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 1–554 p. Available from: <http://repositorio.asces.edu.br/handle/123456789/1314>
 46. Saúde M da. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Of da União [Internet]. 2010; Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

47. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saude Publica*. 2013;29:1217–29.
48. Goulart F. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. *Organ Pan-Americana da Saúde/ Organ Mund da Saúde*. 2011;96.
49. Molina NPFM, Silva ACL, Ikegami EM, Viana DA, Silva LMA, Rodrigues LR. Qualidade de vida e morbidade entre idosos com e sem indicativo de depressão. *Rev Enferm e Atenção à Saúde* [Internet]. 2018 Oct 15;7(2). Available from: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/2218>
50. Esteves CS, Oliveira CR de, Irigaray TQ, Argimon II de L. Desempenho de idosos com e sem sintomas depressivos no WCST-64. *Avaliação Psicológica*. 2016;15(1):31–9.
51. George JB. Teorias de Enfermag em: dos fundamentos à prática profissional. 4th ed. Porto Alegre: Artimed. 2000. 204–224 p.
52. McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas de Enfermagem [Internet]. 2015. 608 p. Available from: <https://www.wook.pt/livro/bases-teoricas-de-enfermagem-evelyn-m-wills/17022571>
53. Cunha JP, da Cunha GH, Rodrigues AB, do Amaral Gubert F, de Freitas MC, Vieira NFC. Nursing Diagnoses in Institutionalized Elderly Individuals according to Betty Neuman. *Aquichan*. 2019;19(1).
54. Lima FDM. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. *Rev Baiana Enfermagem* 28;2014. (3).
55. Eloia SC, Oliveira EN, Cordeiro Eloia SM, Lopes RE. Attention of nursing to the health of the elderly: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2014 Oct 1;6(4):1687. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3211>
56. Likes SA, Lohmann PM, Pissaia LF, Costa AEK da. Estatuto do Idoso e sua aplicabilidade: o cuidado de enfermagem em uma estratégia saúde da família. *Rev Destaques Acadêmicos* [Internet]. 2018 Nov 6;10(3). Available from: <http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1907>
57. Spink MJP. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cad Saude Publica*. 1993;9:300–8.
58. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. *Represent sociais Investig em Psicol Soc*. 2003;2:29–109.
59. Jodelet D. Social Representations: The Beautiful Invention. *J Theory Soc Behav*. 2008;38(4):411–30.
60. Reis SL de A, Bellini M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Sci Hum Soc Sci* [Internet]. 2011 Dec 19;33(2):149–59. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/10256>
61. Jodelet D. *Les représentations sociales*. Presses universitaires de France Paris; 1989.
62. da Costa TL, de Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT. Análise estrutural das representações sociais da terapia antirretroviral entre pessoas que vivem com HIV/Aids: possibilidades de convivência, normatividade e ressignificação/Structural analysis of social representations of antiretroviral therapy. *Psicol e Saber Soc*. 2013;2(1):104–14.
63. Daniel F, Caetano E, Monteiro R, Amaral I. Representações sociais do envelhecimento

- ativo num olhar genderizado. *Análise Psicológica*. 2016;34(4):353–64.
64. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio Janeiro, Bras Univ do Estado do Rio Janeiro. 2011;(6):461–5.
 65. Jodelet D. Representações sociais: Um domínio em expansão. In: As representações sociais. 2002.
 66. Santos Bittencourt I, Alves Vilela AB. Representações sociais: uma abordagem teórica em saúde. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2011;24(1):80–5.
 67. Mazzotti AJA. A abordagem estrutural das representações sociais. *Psicol da Educ Programa Estud Pós-Graduados em Educ Psicol da Educ*. 2017;14–5.
 68. de Oliveira DC. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. *Rev Ciências Humanas*. 2000;(2):47–65.
 69. Rodrigues JN, Rangel M. A Teoria das Representações Sociais: um esboço sobre um caminho teórico-metodológico no campo da pesquisa em educação. *Rev Inter Ação*. 2013;38(3):537–54.
 70. dos Santos MP. A teoria das representações sociais como referencial didático-metodológico de pesquisa no campo das ciências humanas e sociais aplicadas. *Emancipação*. 2013;13(1):9–21.
 71. Wachelke J, Wolter R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicol Teor e Pesqui*. 2011;27(4):521–6.
 72. Abric J-C. A zona muda das representações sociais. *Represent sociais, uma Teor sem Front*. 2005;23–34.
 73. Dal-Farra RA, Lopes PTC. Métodos mistos de pesquisa em educação: pressupostos teóricos. *Nuances Estud sobre Educ*. 2014;24(3):67–80.
 74. União DO da. Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. 2013 p. 59. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
 75. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO No 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. 2016;(5):2016. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>
 76. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. 2 a edicã. Alegre P, editor. 2013.
 77. IBGE. BRASIL. População estimada 2016. Acesso em. 2016;15.
 78. de Castro LG. Análise espacial do índice de envelhecimento nos municípios brasileiros a partir dos resultados do censo demográfico de 2010. *Anais*. 2017;1–15.
 79. Brasil IBGE. Censo/ Juiz de Fora - MG [Internet]. 2010. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313670&search=minas-gerais>
 80. Maduka O, Akpan G, Maleghemi S. Using Android and Open Data Kit Technology in Data Management for Research in Resource-Limited Settings in the Niger Delta Region of Nigeria: Cross-Sectional Household Survey. *JMIR mHealth uHealth*. 2017;5(11).
 81. Hartung C, Borriello G. Open data kit : technologies for mobile data collection and deployment experiences in developing regions. 2012; Available from: <http://hdl.handle.net/1773/20748>
 82. Oliveira DV de. Processo de punção de vasos periféricos em adultos: diversidade de experiências e representação social. Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013.
 83. Vergès P, Scano S, Junique C. Ensemble de programmes permettant l'analyse des

- evocations. Man version. 2002;2.
84. Oliveira DC de. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(SPE):276–86.
 85. Cassettari R-R-B, Pinto A-L, Rodrigues R-S, Santos L-S. Comparação da lei de zipf em conteúdos textuais e discursos orais. *El Prof la Inf*. 2015;24(2):157–67.
 86. Leme MAV da S, Bussab VSR, Otta E. A representação social da Psicologia e do Psicólogo. *Psicol ciência e profissão*. 1989;9(1):29–35.
 87. da Silva DPA, Figueiredo Filho DB, da Silva AH. O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Rev Política Hoje-ISSN 0104-7094*. 24(2):119–34.
 88. Minayo, Maria Cecília de Souza, Suely Ferreira Deslandes and RG. Pesquisa social: teoria método e criatividade. Vozes. Petrópolis, RJ; 2013.
 89. Mozzato AR, Grzybowski D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Rev Adm Contemp*. 2011;15(4):731–47.
 90. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011;27:388–94.
 91. Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq neuropsiquiatr*. 1998;56(3B):605–12.
 92. Katz F. Jaffe (1963) S. Katz, AB Ford, RW Moskowitz, BA Jackson, MW Jaffe. Stud IIIIn aged index ADL a Stand Meas Biol Psychosoc Funct J Am Med Assoc. 1963;185:914–9.
 93. Atalaia-Silva KC, Lourenço RA. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42:930–7.
 94. Spreen O. Neurosensory center comprehensive examination for aphasia. *Neuropsychol Lab*. 1977;
 95. Sousa RL, Medeiros JGM, Moura ACL de, Souza CLM, Moreira IF. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2):102–7.
 96. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. 1982;37(3):323–9.
 97. Chaves MLF. Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental. *Neurol Cogn e do Envelhec da ABN[periódico na internet]*. 2006;2008.
 98. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189–98.
 99. Caldas CP, Veras RP, Motta LB da, Lima KC de, Kisse CBS, Trocado CVM, et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Cien Saude Colet*. 2013;18:3495–506.
 100. Ben-Ezra M, Shmotkin D. Predictors of Mortality in the Old-Old in Israel: The Cross-Sectional and Longitudinal Aging Study. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(6):906–11.
 101. Mistério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde [Internet]. n. º 19. Brasília/DF – Brasil; 2006. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

102. Apóstolo J. Instrumentos para avaliação em geriatria. Doc apoio, Esc Super Enferm Coimbra, Port. 2012;
103. Lopes dos Santos R, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. Rev Bras em Promoção da Saúde. 2008;21(4).
104. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). (try this: best practices in nursing care to older adults). MedSurg Nurs. 2002;11(2):100–2.
105. Agrell B, Dehlin O. The clock-drawing test. Age Ageing. 1998;27(3):399–403.
106. Shulman KI, Pushkar Gold D, Cohen CA, Zuccheri CA. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry. 1993;8(6):487–96.
107. BRUcKI SMD, ROCHA MSG. Category fluency test: effects of age, gender and education on total scores, clustering and switching in Brazilian Portuguese-speaking subjects. Brazilian J Med Biol Res. 2004;37(12):1771–7.
108. Monsch AU, Bondi MW, Butters N, Salmon DP, Katzman R, Thal LJ. Comparisons of verbal fluency tasks in the detection of dementia of the Alzheimer type. Arch Neurol. 1992;49(12):1253–8.
109. Brucki SMD. Dados Normativos para o uso do teste de fluência verbal (categorias animais) em nosso meio. São Paulo 1996. Tese. Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo;
110. Dutra MC. Validação do questionário de Pfeffer para população idosa brasileira. Universidade Católica de Brasília; 2014.
111. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde Brasília; 2006.
112. Schwarz E. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [Internet]. Florianópolis; 2018. 1–66 p. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/07/livroPol--ticas-2018.pdf>
113. Vaz CAM, de Souza GB, de Moraes Filho IM, dos Santos OP, Cavalcante MMFP. Contribuições do enfermeiro para a saúde do homem na atenção básica. Rev Iniciação Científica e Extensão. 2018;1(2):122–6.
114. Brasil IBGE. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação Revisão 2018. Vol. 40. Rio de Janeiro; 2018.
115. VANDERLEI TOMAZ. História do Bairro São Pedro. Diário Reg Reg [Internet]. 2017; Available from: <https://diarioregionaldigital.com.br/2017/05/20/historia-do-bairro-sao-pedro/>
116. Oliveira JM, da Silva Marçal DF, Silva ES, Cortez LER, Bennemann RM. Cognição, condições socioeconômicas e estado nutricional de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. Arq Ciências da Saúde. 2018;25(2):3–7.
117. da Silva DF, de Sousa Araújo NC, Campos EAD. Perfil dos pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na Atenção Básica. Rev Enferm da FACIPLAC. 2018;2(2).
118. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, Friedland RP, Galasko D, Hall K, et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. Lancet Neurol. 2008;7(9):812–26.
119. Suzana RG, de Melo Recla A, Pereira MC, Pampolini G, Sogame LCM. Descrição do perfil de idosos assistidos por uma unidade de estratégia de saúde da família em Vitória-ES. Cad Educ SAÚDE E Fisioter. 2018;5(10).

120. Medeiros KKAS, Coura AS, Junior EPP, de França ISX, Bousquat A. O perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. *Rev Kairós Gerontol.* 2018;21(2):135–53.
121. Cambuim AN, de Almeida AB, Borozzino NF, da Costa Lopes RG. O conceito de família na visão dos idosos. *Rev Longeviver.* 2018;
122. Silva GFL, Marinho ICP, de Lima JJC, de Lemos LB, de Freitas Freire ML, de Carvalho Andrade M, et al. Fortalecimento da inserção política e socio familiar do idoso: o papel dos grupos de apoio no desenvolvimento da autonomia e independência. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;(22):e683–e683.
123. Santos MIP de O, Neves EOS das, Feitosa L dos S. Avaliação funcional de idosos atendidos em uma unidade de referência à saúde do idoso. *Rev enferm UFPE line.* 2017;11(4):1639–44.
124. Rodrigues AG, da Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2013;16(1):159–70.
125. da Silva Thiengo PC, Gomes AMT, das Mercês MCC, Couto PLS, França LCM, da Silva AN. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2019;24.
126. Oliveira ALB de, Menezes TM de O. The meaning of religion/religiosity for the elderly. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:770–6.
127. Barbosa MB, Pereira CV, Cruz DT da, Leite ICG. Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2018;21(2):123–33.
128. Freitas FFQ. Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da Atenção Primária. UFMG; 2018.
129. Brasil, Saúde M da. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. [Internet]. 2017. 157 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_saude_suplementar.pdf
130. Kivimäki M, Singh-Manoux A. Prevention of dementia by targeting risk factors. *Lancet.* 2018;391(10130):1574–5.
131. Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. Nursing formation and the drugs phenomenon in the South of Brazil: nursing students' attitudes and beliefs on care. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005;13(SPE):863–71.
132. Dutra MC. Validação do questionário de Pfeffer para população idosa brasileira. 2014.
133. Mello A de C, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saude Publica.* 2014;30(6):1143–68.
134. de Araújo GKN, Souto RQ, Alves FAP, de Sousa RCR, dos Santos RC, de Albuquerque KA. Caracterização da saúde de idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. *Rev Baiana Enfermagem*32;2019. .
135. Ziegler Vey AP, Franck Virtuoso J, Medeiros Braz M, Foletto Pivotto HM, Zarpellon Mazo G. Perfil das idosas participantes de um grupo de convivência. *Fisioter Bras.* 2019;20(1).
136. Farias de Barros Dantas R, de Lourdes André Gouveia B, Montenegro de Albuquerque A, Barros Torquato IM, de Araújo Ferreira J, dos Santos Oliveira SH. Characterization of chronic

- injuries in the elderly assisted in the family health strategy. *J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2017;11(5):1835–41. Available from: [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=122996239\(<pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=122996239(<pt-br&site=ehost-live)
137. Secoli SR, Marquesini EA, Fabretti S de C, Corona LP, Romano-Lieber NS. Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010: Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;21:e180007.
138. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, de Almeida Lima C, da Costa FM, et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários. *Med (Ribeirão Preto Online)*. 2018;51(4):254–64.
139. de Oliveira HSB, Corradi MLG. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Med.* 2018;97(2):165–76.
140. Guerra HS, Alves R, Bernardes DCF, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. *Saúde e Pesqui.* 2017;9(3):547–55.
141. Tier CG, Santos SSC, Poll MA, Hilgert RM. Condições de saúde dos idosos na atenção primária a saúde. *Rev da Rede Enferm do Nord.* 2014;15(4).
142. Couto Machado Chianca T, Rodrigues de Andrade C, Albuquerque J, Crespo Wenceslau LC, Ferreira Ribeiro Tadeu L, Gonçalves Rezende Macieira T, et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2).
143. Cruz DT da, Ribeiro LC, Vieira M de T, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. *Rev Saude Publica.* 2012;46(1):138–46.
144. de Lira DB, Ferreira ISS, Pouza MB, de Melo Borges S. Correlação entre Síndrome da Fragilidade e Internação nos Últimos 12 Meses em Idosos da Comunidade. *An do Encontro Nac Pós Grad.* 2018;2(1):184–8.
145. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:e190010.
146. Pérez T, Moriarty F, Wallace E, McDowell R, Redmond P, Fahey T. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in older people in primary care and its association with hospital admission: longitudinal study. *bmj.* 2018;363:k4524.
147. Angevaren M, Vanhees L, Wendel-Vos W, Verhaar HJJ, Aufdemkampe G, Aleman A, et al. Intensity, but not duration, of physical activities is related to cognitive function. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14(6):825–30.
148. Bielak AAM. How can we not ‘lose it’ if we still don’t understand how to ‘use it’? Unanswered questions about the influence of activity participation on cognitive performance in older age—a mini-review. *Gerontology.* 2010;56(5):507–19.
149. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho AC de C. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet.* 2015;20:2489–98.
150. Afonso JMO, Soares LF, Belo ML, Nunes SAN. Os benefícios da atividade física na função cognitiva do idoso. *Lect Educ Física y Deport.* 2018;23(243):116–29.
151. Brasure M, Desai P, Davila H, Nelson VA, Calvert C, Jutkowitz E, et al. Physical activity interventions in preventing cognitive decline and Alzheimer-type dementia: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2018;168(1):30–8.

152. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55–67.
153. Graciano AR, Cozer AM, Santana VML, de Oliveira JMR. Avaliação nutricional e risco de desnutrição em idosos com demências. *Saúde e Pesqui*. 2018;11(2):293–8.
154. Binotto MA, Lenhardt MH, Rodríguez-Martínez M del C. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2018;52.
155. Rocha CAQC, Rocha LAAC, de Andrade Oliveira MAC, de Assis Costa J, Fófano GA, Segheto W. Marcha de idosos: um estudo em instituições asilares. *Rev Científica FAGOC-Saúde*. 2018;3(1):26–34.
156. Jung CG. Arquétipos e o inconsciente coletivo. Editora Vozes Limitada; 2011.
157. Duarte YA de O, Nunes DP, Andrade FB de, Corona LP, Brito TRP de, Santos JLF dos, et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;21:e180021.
158. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E, Confortin SC, et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2015 May [cited 2019 Feb 27];31(5):1049–60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lng=pt&tlang=pt
159. Carneiro MGC, Bastos AC, de Campos CA, Gama CC, de Carvalho JPSS, Neves JM, et al. Levantamento de vulnerabilidades funcionais em idosos: possibilidades de atuação para a atenção primária à saúde. *Sinapse Múltipla*. 2017;6(2):235–40.
160. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Med Clin North Am [Internet]*. 2015 Mar;99(2):263–79. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002571251400193X>
161. de Azevedo LM, Lima HHG, de Oliveira KSA, de Medeiros KF, Gonçalves RG, Nunes VM, et al. Perfil sociodemográfico e condições de saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Pesqui em Saúde/Brazilian J Heal Res*. 2017;19(3):16–23.
162. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Dupлага M, Grysztar M, Moscato U, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Exp Gerontol*. 2018;102:133–44.
163. Oliveira FA, Sousa FS, Cavalcante SL, Couto ARM, de Almeida ANS, Branco MFCC. Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. *Extensio Rev Eletrônica Extensão*. 2018;15(28):137–50.
164. de Sousa ÁAD, de Barros Lima AME, Silveira MF, Coutinho WLM, Freitas DA, Vasconcelos EL, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCs Heal Sci*. 2018;43(1).
165. Lamas MFM, de Araújo Schettino NM, Barroso APNB, Santos JA, Banhato EFC. Perfil cognitivo, funcional e de humor de uma amostra comunitária de idosos. *ANALECTA-Centro Ensino Super Juiz Fora*. 2019;4(4).
166. Mograbi DC, Morris RG, Fichman HC, Faria CA, Sanchez MA, Ribeiro PCC, et al. The impact of dementia, depression and awareness on activities of daily living in a sample from a middle-income country. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(6):807–13.
167. Lini EV, Portella MR, Doring M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016;19(6):1004–14.

168. Fontes AP, Neri AL. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. *Cien Saude Colet.* 2019;24:1265–76.
169. Cardoso AEP, Rodrigues DD, da Silva Martins ECB, dos Santos LAO, de Lara HCAA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela unidade básica de saúde. *TCC-Enfermagem.* 2018;
170. Rodrigues LR, Ligabó BP, De Melo AT, Molina NPFM, Dias FA, dos Santos Tavares DM. Qualidade de vida e autoestima de idosos com e sem indicativo de depressão. *Enfermería Comunitaria.* 2018;
171. Esteves CS, Lima MP, Gonzatti V, de Oliveira CR, de Lima Argimon II, Irigaray TQ. Depressive Symptoms and Cognitive Functioning of Elderly from the Family Health Strategy. *Ageing Int.* 2019;44(1):24–40.
172. van Dalen JW, Van Wanrooij LL, van Charante EPM, Richard E, van Gool WA. Apathy is associated with incident dementia in community-dwelling older people. *Neurology.* 2018;90(1):e82–9.
173. Armstrong NM, Carlson MC, Schrack J, Xue Q-L, Carnethon MR, Rosano C, et al. Late-life depressive symptoms as partial mediators in the associations between subclinical cardiovascular disease with onset of mild cognitive impairment and dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26(5):559–68.
174. do Espírito Santo CC, Tosoli Gomes AM, de Oliveira DC, Munhen de Pontes AP, dos Santos Él, Marouço da Costa CP. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enferm.* 2013;18(2).
175. Dumas JA. Strategies for preventing cognitive decline in healthy older adults. *Can J Psychiatry.* 2017;62(11):754–60.
176. Ooi CH, Yoon PS, How CH, Poon NY. Managing challenging behaviours in dementia. *Singapore Med J.* 2018;59(10):514.
177. Mota Wanderley RM, da Cunha P, Guedes D, Felisberto S, Mabel A, Souza de Oliveira BR, et al. Avaliação da condição de saúde da pessoa idosa na atenção básica. *J Nurs UFPE/Revista Enferm UFPE.* 2019;13(2).
178. da Cunha FCM, Cintra MTG, da Cunha LCM, Couto É de AB, Giacomin KC. Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2009;12(3):475–87.
179. Gomes FCA, Tortelli VP, Diniz L. Glia: dos velhos conceitos às novas funções de hoje e as que ainda virão. *Estud avançados.* 2013;27(77):61–84.
180. Melo DM de, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet.* 2015;20:3865–76.
181. Mendes LP de S, Malta FF, Ennes T de O, Ribeiro-Samora GA, Dias RC, Rocha BLC, et al. Prediction equation for the mini-mental state examination: influence of education, age, and sex. *Fisioter e Pesqui.* 2019;26(1):37–43.
182. Zimmermann IM de M, Marques AP de O. Idosos institucionalizados: Comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatr Gerontol Aging.* 2015;9(3):86–92.
183. Cole M. Cognitive development and formal schooling. *Learn relationships Classr.* 2013;2:31.
184. Clemente R, Ribeiro-Filho S. Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais,

- abordagem clínica e diagnóstica. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto.* 2008;7(1).
185. Lam LCW, Chau RCM, Wong BML, Fung AWT, Lui VWC, Tam CCW, et al. Interim follow-up of a randomized controlled trial comparing Chinese style mind body (Tai Chi) and stretching exercises on cognitive function in subjects at risk of progressive cognitive decline. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2011;26(7):733–40.
186. Cook S, Marsiske M. Subjective memory beliefs and cognitive performance in normal and mildly impaired older adults. *Aging Ment Heal.* 2006;10(4):413–23.
187. Miranda LL, Pires V. Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na avaliação da capacidade funcional do idoso. *Rev Enferm Integr.* 2011;4(2):806–20.
188. Delrieu J, Andrieu S, Pahor M, Cantet C, Cesari M, Ousset PJ, et al. Neuropsychological profile of “cognitive frailty” subjects in MAPT study. *J Prev Alzheimer’s Dis.* 2016;3(3):151.
189. Supasitthumrong T, Herrmann N, Tunvirachaisakul C, Shulman K. Clock drawing and neuroanatomical correlates: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(2):223–32.
190. Lourenço RA, Ribeiro-Filho ST, Moreira I de FH, Paradela EMP, Miranda AS de. The Clock Drawing Test: performance among elderly with low educational level. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):309–15.
191. de Paula JJ, Costa MV, Bocardi MB, Cortezzi M, De Moraes EN, Malloy-Diniz LF. The Stick Design Test on the Assessment of older adults with low formal Education: evidences of construct, criterion-related and ecological validity. *Int psychogeriatrics.* 2013;25(12):2057–65.
192. Aprahamian I, Martinelli JE, Cecato J, Yassuda MS. Screening for Alzheimer’s disease among illiterate elderly: accuracy analysis for multiple instruments. *J Alzheimer’s Dis.* 2011;26(2):221–9.
193. Viero GM, dos Santos CG. O Alzheimer como um desafio aos sistemas de saúde, frente a crescente expectativa de vida, e o MEEM como ferramenta no rastreio de demências./Alzheimer’s as a challenge to health systems, facing increasing life expectancy, and the MEEM as a tool in dement. *Brazilian J Heal Rev.* 2019;2(3):1545–54.
194. Abell JG, Kivimäki M, Dugavot A, Tabak AG, Fayosse A, Shipley M, et al. Association between systolic blood pressure and dementia in the Whitehall II cohort study: role of age, duration, and threshold used to define hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3119–25.
195. Nunes LG. Efeito do exercício aquático sobre a função cognitiva e o risco de quedas em idosos. *Biomotriz.* 2018;12(3).
196. Hollamby A, Davelaar EJ, Cedar D. Increased physical fitness is associated with higher executive functioning in people with dementia. *Front public Heal.* 2017;5:346.
197. Lin T, Liu GA, Perez E, Rainer RD, Febo M, Cruz-Almeida Y, et al. Systemic inflammation mediates age-related cognitive deficits. *Front Aging Neurosci.* 2018;10.
198. Johnson M, Moorhead S, Butcher HK, Maas ML, Swanson E. *Ligações entre NANDA, NOC e NIC.* Elsevier Brasil; 2012.

APÊNDICE A - Demonstrativo dos gastos financeiros no projeto. Juiz de Fora (MG). Janeiro/2019

	Descrição de gastos	Quantidade	Valor em Reais (R\$)
Material de Consumo			
Caderno para diário de campo (Anotações)	2	8,00	
Canetas Azuis	20	16,00	
Cartuchos de Tinta para impressora	4	200,00	
Escalas impressas e plastificadas	2	15,00	
Fita métrica	1	5,00	
Fotocópia	2300	345,00	
Gasolina	2742	10.419,60	
Papel A4 500 fls	4 pacotes	60,00	
Pasta organizadora com divisórias	1	15,00	
Pen Drive	01	30,00	
	Subtotal		11.113,60
Material permanente			
Computador	1	2.200,00	
Impressora	1	400,00	
Tablet	2	800,00	
	Subtotal		3.400,00
Custos indiretos com recursos humanos			
Revisão ortográfica	6 artigos	480,00	
Taxa de submissão de artigo em periódico	6 periódicos	6.480,00	
Traduções (artigo/dissertação) português para inglês e espanhol	6 resumos	1.800,00	
	Subtotal		8.760,00
	TOTAL		23.273,60

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta

1. DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS

Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Idade:	Código do participante:
Ano de escolaridade:	Profissão:	Ocupação:
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> com companheiro(a)		
Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> outras especificar		
Religião: <input type="checkbox"/> católica <input type="checkbox"/> protestante/batista/presbiteriana <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> umbandista <input type="checkbox"/> candomblé <input type="checkbox"/> outros		
Tem filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qtos		
Núcleo central família: <input type="checkbox"/> esposa(o) <input type="checkbox"/> pais <input type="checkbox"/> tios <input type="checkbox"/> filhos <input type="checkbox"/> outros especificar		

RS NA ABORDAGEM ESTRUTURAL: TÉCNICA DA EVOCAÇÃO PELA TALPI

Mencionar as cinco primeiras palavras que lhe vêm à mente quando os termos indutores a seguir são mencionados

ESQUECER DAS COISAS E DAS PESSOAS	NÃO SER CAPAZ DE SE CUIDAR	NÃO CONSEGUIR TOMAR CONTA DE SUA VIDA SEM AJUDA	NÃO CONSEGUIR SE RELACIONAR COM AS PESSOAS SEM AJUDA
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5

Comente o que considerar importante sobre a temática

Diário de Campo:

Registros de diário de Campo:

RS NA ABORDAGEM PROCESSUAL: ENTREVISTA GRAVADA

Esquecer das coisas ou das pessoas pode influenciar a vida?

Cite três características de uma pessoa que tem problema de memória, ou seja, que esquece das coisas e pessoas.

Conte um caso que tenha acontecido com um(a) conhecido(a), familiar ou que ouviu falar sobre pessoas com esquecimento.

Já aconteceu isso com o(a) Sr(a)? O senhor já passou por essa experiência?

Dê três características de uma pessoa deprimida.

O(A) Sr(a) conhece algum caso de pessoa que não consegue se cuidar? Conte

O(A) Sr(a) conhece algum caso de pessoa que não consegue fazer as próprias coisas? Conte

O(A) Sr(a) conhece algum caso de pessoa que não consegue conviver com outras pessoas? Conte

2.DETERMINANTES FAMILIARES E DE SOCIALIZAÇÃO

Tem filhos: Não Sim Qtos

Núcleo central família: esposa/filhos pais tios

Qual é a sua situação familiar atual?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> solteiro e vive só | <input type="checkbox"/> viúvo e vive em família |
| <input type="checkbox"/> solteiro e vive em família | <input type="checkbox"/> divorciado ou separado e vive só |
| <input type="checkbox"/> casado e vive como tal | <input type="checkbox"/> divorciado ou separado e vive em família |
| <input type="checkbox"/> viúvo e vive só | <input type="checkbox"/> solteiro/viúvo/divorciado e vive em instituição |
| | <input type="checkbox"/> outros, especificar |

Se é casado, ou vive com companheiro(a): Sim Não

Idade do companheiro

Com quem compartilha moradia?

um ou mais filhos. quantos: _____
 um ou mais filhos. quantos: _____
 neto(s) quantos: _____
 irmã(o) (s) quantos: _____

ascendentes (pai, mãe, tios ..)
 outros parentes
 amigo(a)s
 Outros, especificar:

Em que ambiente?
 em sua casa.
 em casa deles
 outros,
especificar

Conclusão: Total de pessoas com quem compartilha a moradia?: 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; +10

Nos últimos 5 anos, ocorreu alguma modificação no núcleo familiar? não modificou modificou

Fatores que desencadearam as mudanças: Quais foram os fatores que geraram estas modificações?

Centradas em si

no estado de saúde
 em limitações surgidas no estilo de vida
 outros especificar:

Centradas no entorno:

morte parente/companheiro
 desvinculamento de convivência
 no ambiente onde está

Inserção e integração dos familiares na rotina diária: Qual a avaliação que o Sr(a) faz sobre a inserção/participação/integração dos familiares em sua rotina diária?

Insuficiente razoável boa excelente

3. DETERMINANTES DE SAÚDE PESSOAL

Doenças: DM HAS Obesidade Depressão Hábito fumar Fumante passivo

Peso:

Altura:IMC:

Classificação: baixo peso, ideal
 sobrepeso Obesidade: 1 2 3

Prática atividade física: sim não

Tempo de duração:

Tipo de atividade:

Esquece: das palavras ao conversar dos nomes das pessoas dos acontecimentos do que ia falar

Frequência nos últimos 5 anos: nunca raramente às vezes muitas vezes sempre

É fumante ativo: sim não

Usa bebida alcoólica: sim não

É fumante passivo: sim não

É ex-fumante: sim não

MORBIMORTALIDADE

Alterações no estado de Saúde: O(A) Sr(a) tem algum tipo de doença? sim não Em caso positivo, que tipo de doença?

<input type="checkbox"/> cardiovascular	<input type="checkbox"/> respiratória	<input type="checkbox"/> digestivo	<input type="checkbox"/> neoplasias	<input type="checkbox"/> metabólicas	<input type="checkbox"/> osteoarticular
<input type="checkbox"/> autoimune	<input type="checkbox"/> órgãos sentido	<input type="checkbox"/> psicossomáticas	<input type="checkbox"/> DIP	<input type="checkbox"/> genitourinário	<input type="checkbox"/> outros

Medicações em uso nos últimos 30 dias: O(A) Sr(a) fez uso de algum medicamento nos últimos 30 dias? não sim. Que tipo?

<input type="checkbox"/> anti-hipertensivo	<input type="checkbox"/> antibiótico	<input type="checkbox"/> diurético	<input type="checkbox"/> anti-inflamatório	<input type="checkbox"/> corticoide	<input type="checkbox"/> hipoglicemiante e insulina
<input type="checkbox"/> cardiotônico	<input type="checkbox"/> broncodilatador	<input type="checkbox"/> ansiolítico	<input type="checkbox"/> vasodilatador	<input type="checkbox"/> antidepressivo	<input type="checkbox"/> outros

ANEXO A - Parecer do comitê de ética.



**UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: INCAPACIDADES COGNITIVAS E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PESSOAS IDOSAS: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Pesquisador: Cristina Arreguy Sena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84703518.0.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.569.508

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

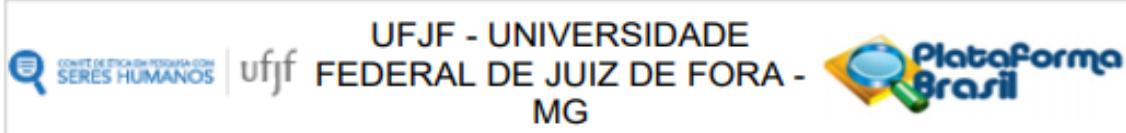
UF: MG

Municipio: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.569.508

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: dezembro de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
E-mail: cep.propsq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 2.569.508

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1024042.pdf	07/03/2018 16:03:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinalAmanda7Marco2018.pdf	07/03/2018 16:01:49	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinalAmanda7Marco2018.docx	07/03/2018 16:00:15	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizEInfracInstitucionalamanda.pdf	07/03/2018 15:55:26	Cristina Arreguy Sena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmada07Marco2018.doc	07/03/2018 15:54:52	Cristina Arreguy Sena	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmada07Marco2018.pdf	07/03/2018 15:54:38	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Orçamento	FinanciamentoWordAmanda23nov2017.docx	11/01/2018 05:34:30	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Outros	InstrumentoCOLETAAmada23nov2017.docx	11/01/2018 05:29:43	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Folha de Rosto	folharostoAmandaporDiretora.pdf	11/01/2018 05:25:39	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Outros	CurriculopesquisadorasArreguyeMarangon23nov2017.docx	30/11/2017 14:18:53	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Outros	InstrumentoCOLETAAmada23nov2017.pdf	30/11/2017 08:34:02	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ofPrefEConcordanciaAPS.pdf	30/11/2017 08:32:19	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ofFabioDEAPprojAmanda.pdf	30/11/2017 08:28:06	Cristina Arreguy Sena	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestruturaPrefeituraprojAmanda.pdf	30/11/2017 08:27:38	Cristina Arreguy Sena	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Municipio: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	



| ufjf UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



[Continuação do Parecer: 2.569.508](#)

Não

JUIZ DE FORA, 28 de Março de 2018

Assinado por:

**Lainer Augusta da Cunha Serrano
(Coordenador)**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ujf.edu.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**INCAPACIDADES COGNITIVAS E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PESSOAS IDOSAS: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**”. Nesta pesquisa, pretendemos analisar a capacidade de pensar e de fazer as atividades do dia a dia de pessoas idosas a partir do que está acontecendo com ela e com pessoas da mesma idade com vistas a ajudar no planejamento da atuação do enfermeiro e sua equipe ao atender essas pessoas na atenção primária à saúde e compreender quais são os componentes que coletivamente estão presentes no processo de envelhecimento de pessoas com idade ≥65 anos. Esta **pesquisa justifica-se** pela necessidade conhecer as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e determinar quais as estratégias que podem ser utilizadas para o atendimento integral das pessoas. Para esta pesquisa, adotaremos os **seguintes procedimentos**: realizaremos com o(a) Sr.(a) uma entrevista com gravação de áudio, testes de memória e um questionário para que o(a) Sr.(a) nos responda sobre como são suas atividades diárias e de memória. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em **riscos mínimos**, ou seja, semelhantes aos que ocorrem quando realizamos atividades do dia a dia. A pesquisa **contribuirá** para conhecermos como está a memória e pensamento dos participantes e nos ajudará na identificação das demandas do cuidado de enfermagem às pessoas em processo de envelhecimento.

Para **participar deste estudo**, o(a) Sr.(a): não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o(a) Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O(A) Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o(a) Sr.(a) é atendido(a). A(o) pesquisador(a) tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar dessa pesquisa.

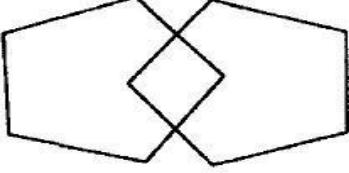
Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável, em seu arquivo pessoal, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de 5 (cinco) anos, e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**INCAPACIDADES COGNITIVAS E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA EM PESSOAS IDOSAS: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 ____.

	Assinatura do(a) pesquisador(a)
	Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena- Rua Olegário Maciel, 1716/207 Paineiras CEP: 360.160-11. Juiz de Fora CEP: 36016011. E-mail: cristina.arreguy@ufjf.edu.br
Assinatura do(a) Participante	

ANEXO C - Teste do Mini Exame do Estado Mental

TESTE DO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL			
Dimensões	Questões propostas	Opções de resposta	Pontuação
Orientação espacial	Em que dia estamos?	ano, semestre, mês, dia e dia da semana	0 a 5
Orientação espacial	Onde estamos?	Estado, cidade, bairro, rua, local	0 a 5
Memória	Repita as palavras	Caneca, tijolo, tapete	0 a 3
Cálculo	O(a) Sr(a) faz contas?		
	Se sim: Se de 100 fossem tirados 7, quanto restaria? E se tirarmos mais 7?	93, 76; 89; 72; 65	0 a 5
	Se não: Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O, D, N, U, M	0 a 5
Memorização	Repita as palavras ditas anteriormente	Caneca, tijolo, tapete	0 a 3
Linguagem	Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los	Relógio, caneta	0 a 2
Linguagem	Solicite ao entrevistado que repita a frase	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1 ponto
Linguagem	Siga uma ordem de 3 estágios:	1: Pegue esse papel com a mão direita; 2: Dobre-o no meio; 3: Coloque-o no chão.	0 a 3
Linguagem	Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.		1 ponto
Linguagem	Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.		1 ponto
Linguagem	Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.		
Interpretação do teste:			
<p>Pontuação mínima esperada para o MEEM:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idoso com 4 anos ou mais de escolaridade: 25 pontos em 30 • Idoso com menos de 4 anos de escolaridade: 18 pontos • Pontuações inferiores são sugestivas de comprometimento cognitivo.⁹¹ 			
<p>Fonte: Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq neuropsiquiatr. 1998;56(3B):605-12.</p>			

ANEXO D - Índice de Vulnerabilidade Clínico- Funcional -20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 (IVCF-20)				
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL				Pontuação
<ul style="list-style-type: none"> Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. 				
IDADE	1. Qual é a sua idade?		60 a 74 anos	0
			75 a 84 anos	1
			≥ 85 anos	3
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		Excelente, muito boa ou boa	0
			Regular ou ruim	1
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?			
	<input type="checkbox"/> Sim		4	
	<input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		0	
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?			
	<input type="checkbox"/> Sim		4	
	<input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		0	
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?			
	<input type="checkbox"/> Sim		4	
	<input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		0	
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?			
	<input type="checkbox"/> Sim		6	
	<input type="checkbox"/> Não		0	Sim
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?			
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?			
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?			
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?			
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?			
MOBILIDADE	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?			
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?			
	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?			
	<ul style="list-style-type: none"> Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); IMC menor que 22 kg/m² (); Circunferência da panturrilha < 31 cm (); Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). 			
	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?			
COMUNICAÇÃO	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?			
	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?			
	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?			
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	<ul style="list-style-type: none"> É permitido o uso de óculos ou lentes de contato 			
	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?			
	<ul style="list-style-type: none"> É permitido o uso de aparelhos de audição 			
	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?			
<ul style="list-style-type: none"> Cinco ou mais doenças crônicas; Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; Internação recente, nos últimos 6 meses. 				Pontuação Final 40 pontos

INTERPRETAÇÃO: A pontuação gera três classificações:

de 0 a 6 pontos, o idoso tem provavelmente baixa vulnerabilidade clínico-funcional e não necessita de avaliação e acompanhamento especializados;

de 7 a 14 pontos, verifica-se risco aumentado de vulnerabilidade, que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas;

com 15 ou mais pontos, considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, que exigem avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico e gerontológico e com suporte psicossocial.¹⁸

Fonte: de Moraesl EN, do Carmoll JA, de Moraeslll FL, Souza R, AzevedolV CJM, Montilla VIDER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016;50:81.

ANEXO E - Avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e Atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)
ESCALA DE KATZ

1) Índice de atividades rotineiras da pessoa- Avaliação das atividades da vida diária (AVDs)- Índice de Katz (informações obtidas prioritariamente com a pessoa. Sigla: I= independente-1 ponto; A= assistência-2 pontos D=dependência-3 pontos)	
Tomar banho (esponja, aspersão ou banheira)	Vestir-se
(I)= pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda; (A)= precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas); (D)= precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho)	(I)= pega as roupas e se veste sem nenhuma ajuda; (A)= pega as roupas e se veste sem ajuda com exceção de amarrar os sapatos; (D)= precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir ou fica parcial ou completamente não vestido
Ir ao banheiro	Mudança de Posição – Transferência
(I)= vai ao banheiro, limpa-se (faz a higiene) e veste-se sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas e pode usar penico à noite, esvaziando este pela manhã); (A)= recebe ajuda para ir ao banheiro ou para se limpar (fazer a higiene) ou para se vestir (depois de usar o banheiro ou uso do penico à noite) (D)= não vai ao banheiro para fazer suas necessidades	(I)= entra e sai da cama, assim como da cadeira sem ajuda (pode estar usando objetivos p/ suporte como bengala ou andador); (A)= entra e sai da cadeira sem ajuda (D)= não sai da cama.
Continência	Alimentação
(I)= controla a urina e o movimento do intestino por si próprio; (A)= tem acidentes ocasionais; (D)= supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado ou é incontinente.	(I)= alimenta-se sem ajuda; (A)= alimenta-se sem ajuda exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão; (D)= recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.
2) Atividades instrumentais da vida diária- (AIVDs) (O e I) (Informações relativas aos últimos 30 dias. Siglas: I= independente; A= assistência D=dependência)	
Telefone	Mudança de Posição – Transferência (fora de casa)
(I)= capaz de olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda; (A)= capaz de receber chamadas ou ligar para a telefonista em uma emergência, mas necessita de telefone especial ou ajuda para pegar o número ou discar; (D)= incapaz de usar o telefone	(I)= capaz de dirigir seu próprio carro ou andar em ônibus ou Táxi sozinho; (A)= capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho; (D)= incapaz de se locomover fora de casa
Compras	Preparar a comida
(I)= capaz de tomar conta de todas as compras desde que o transporte seja providenciado; (A)= capaz de fazer compras, mas não sozinho; (D)= incapaz de fazer compras.	(I)= capaz de planejar e preparar uma refeição completa; (A)= capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinha; (D)= incapaz de preparar qualquer comida. Obs: se a pessoa nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo (como fazer um sanduíche, pegar uma fruta para comer, etc.). Verificar se estar atividades diminuíram e marcar da mesma forma.
Trabalho Doméstico	Medicação
(I)= capaz de fazer o trabalho doméstico pesado (limpar o chão); (A)= capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas; (D)= incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico.	(I)= capaz de tomar as medicações na dose e hora certa; (A)= capaz de tomar as medicações, mas precisa ser lembrada ou alguém precisa preparar a medicação; (D)= incapaz de tomar sozinha suas medicações
Dinheiro	
(I)= capaz de fazer as compras de coisas necessárias, escrever cheques e pagar contas; (A)= capaz de fazer compras de uso diário, mas necessita de ajuda com talões de cheques e para pagar as contas; (D)= incapaz de lidar com o dinheiro.	
Ponto de corte e interpretação: Na interpretação da escala os participantes, foram considerados independentes quando não relataram necessidade de ajuda para realizar nenhuma ABVD e dependentes quando referiram necessidade de ajuda em pelo menos uma das ABVDs. ⁹²	
Fonte: de Oliveira Duarte YA, de Andrade CL, Lebrão ML. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev da Esc Enferm da USP. 2007;41(2):317–25.	

ANEXO F - Teste do Relógio

Teste do Relógio	Pontuação
Não conseguir desenhar o relógio com os ponteiros (inabilidade absoluta para representar o relógio)	0
Quando o desenho tem algo a ver com o relógio, mas com desorganização visoespacial grave	1
Desorganização visoespacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão, esquerda/direita, números faltando/ repetindo, sem ponteiro, com ponteiro em excesso.	2
Distribuição visoespacial correta, com marcação de hora errada	3
Pequenos erros espaciais com dígito e hora certa	4
Quando se é desenhado um relógio perfeito	5

Interpretação: escore 5 a 0, e com ponto de corte de 3.¹⁰⁶

Fonte: Shulman KI, Pushkar Gold D, Cohen CA, Zuccheri CA. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry. 1993;8(6):487–96.

ANEXO G -Teste da fluênci a verbal**Técnica de Fluênci a Verbal**

Solicitar ao participante que evoque o maior número de animais em um minuto e registrar o número obtido = _____

Interpretação: o ponto de corte utilizado é inferior a nove animais para indivíduos com até oito anos incompletos de estudo e superior a 13 para indivíduos com oito ou mais anos de estudo¹⁰⁹

Fonte: Brucki SMD. Dados Normativos para o uso do teste de fluênci a verbal (categorias animais) em nosso meio. São Paulo 1996. Tese. Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo.

ANEXO H - Escala de Depressão GDS-15.

		Resposta	Pontuação
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA BREVIADA (GDS-15)	Está satisfeito com a vida?	Sim	0
		Não	1
	Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim	0
		Não	1
	Acha sua vida vazia?	Sim	0
		Não	1
	Aborrece-se com frequência?	Sim	0
		Não	1
	Sente-se de bem com a vida a maior parte do tempo?	Sim	0
		Não	1
	Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim	0
		Não	1
	Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim	0
		Não	1
	Sente-se desamparado com frequência?	Sim	0
		Não	1
	Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	0
		Não	1
	Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas?	Sim	0
		Não	1
	Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim	0
		Não	1
	Sente-se inútil?	Sim	0
		Não	1
	Sente-se cheio(a) de energia?	Sim	0
		Não	1
	Sente-se esperançoso?	Sim	0
		Não	1
	Acha que os outros têm mais sorte que você?	Sim	0
		Não	1

Fonte: Molina NPFM, Silva ACL, Ikegami EM, Viana DA, Silva LMA, Rodrigues LR. Qualidade de vida e morbidade entre idosos com e sem indicativo de depressão. Rev Enferm e Atenção à Saúde. 2018;7(2).

ANEXO I - Questionário de Pfeffer.

Questionário de Pfeffer		
		Pontuação
(PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo, de comida e roupa)?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
(PESSOA IDOSA) é capaz de carregar sozinho (a) em casa sem problemas?	Sim é capaz/ nunca o fez, mas poderia fazer agora	0
	Com alguma dificuldade, mas faz nunca fez e teria dificuldade agora	1
	Necessita de ajuda	2
	Não é capaz	3
	Total	

Interpretação: A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos. A interpretação prevê ponto de corte de seis ou mais retratando maior dependência¹¹¹

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde Brasília; 2006.