



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI- URCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA-MPSF

VANESSA MACÊDO CRUZ CORDEIRO DE MORAIS

AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Crato

2019

VANESSA MACÊDO CRUZ CORDEIRO DE MORAIS

**AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de mestrado apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF, Universidade Regional do Cariri – URCA.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto.

Coorientadora: Profa. Dra Estelita Lima Cândido.

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Crato

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri – URCA
Bibliotecária: Ana Paula Saraiva CRB: 3/1000

Morais, Vanessa Macêdo Cruz Cordeiro de.
M827a Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados no território da
estratégia saúde da família/ Vanessa Macêdo Cruz Cordeiro de Moraes. –
Crato-CE, 2019.
79p.; il.

Dissertação apresentada à coordenação do Mestrado Profissional
em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da
Família (RENASF) da Universidade Regional do Cariri – URCA; Área
de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão
do Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto.
Coorientadora: Profa. Dra Estelita Lima Cândido.

1. Idoso, 2. Cognição, 3. Instituição de longa permanência para
idosos; Atenção primária à saúde; I. Título.

CDD: 323.3

Vanessa Macêdo Cruz Cordeiro de Moraes

**AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO
TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de conclusão de mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antonio Germane Alves Pinto
Universidade Regional do Cariri
Orientador

Prof Dra. Estelita Lima Cândido
Universidade Federal do Cariri
Coorientadora

Prof. Dra. Adriana de Alencar Gomes Pinheiro
Universidade Federal do Cariri
1º Membro

Prof. Dra. Milena Silva Costa
Universidade Federal do Cariri
2º Membro

Prof Dra. Evanira Rodrigues Maia
Universidade Regional do Cariri
Suplente

Aprovado em ____ de _____ de 2019

“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.”

Simone Du Beauvoir

RESUMO

O envelhecimento populacional é algo cada vez mais presente na sociedade brasileira, que vem apresentando queda acentuada da natalidade, aliado à diminuição das taxas de mortalidade em todos os grupos etários. Esse segmento populacional que mais cresce em nosso país sofre modificações físicas e cognitivas, fazendo-se importante o acompanhamento do estado cognitivo como uma importante ferramenta capaz de subsidiar o estabelecimento de condutas terapêuticas e minimização de danos. O presente estudo objetivou avaliar a cognição de idosos institucionalizados no território da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, no qual participaram 157 idosos institucionalizados, sendo 60 destes avaliados cognitivamente por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e cinco Responsáveis Técnicos das Instituições de Longa Permanência investigadas. A análise estatística utilizou o software Epi Info, versão 7.2.2.16 para Windows sendo realizado o cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como pontuação máxima e média do MEEM, sendo esta cruzada com as variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e institucionais). A relação de dependência foi verificada através do teste estatístico Kruskal Wallis, com nível de significância de 0,05. Posteriormente, procedeu-se à análise gráfica para apresentação do desempenho dos idosos, segundo o sexo e dentro dos diferentes itens do teste neuropsicológico. Observou-se a predominância de déficit cognitivo nos idosos avaliados, considerando os diferentes estratos de escolaridade. A escolaridade foi a única variável a apresentar relevância estatística no resultado do Mini Exame e percebeu-se diferente performance dos idosos do sexo feminino e masculino, quando da avaliação nos diferentes domínios. Sobre a relação estabelecida entre as Instituições e a equipe de Saúde da Família evidenciou-se grande fragilidade, dada à escassez ou até mesmo a inexistência de ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, voltadas a esse público. Esses resultados apontam para a urgente necessidade de discussão da temática apresentada e reconhecimento dos abrigos como integrantes do território de abrangência e de responsabilização da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Idoso; Cognição; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Population aging is increasingly present in Brazilian society, which has been experiencing a sharp fall in birth, combined with a decrease in mortality rates in all age groups. This fastest-growing population segment in our country undergoes physical and cognitive changes, making it important to monitor cognitive status as an important tool capable of supporting the establishment of therapeutic approaches and minimization of damage. The present study aimed to evaluate the cognition of institutionalized elderly in the territory of the Family Health Strategy. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach in which 157 institutionalized elderly participated, being 60 of these cognitively assessed through the Mini Mental State Examination (MMSE) and five Technical Responsible of the Long Stay Institutions investigated. Statistical analysis used Epi Info software, version 7.2.2.16 for Windows, and absolute and relative frequencies were calculated, as well as the maximum and average MMSE scores, which were crossed with the predictor variables (sociodemographic, clinical and institutional). The dependency relationship was verified by the Kruskal Wallis statistical test, with a significance level of 0.05. Subsequently, a graphical analysis was performed to present the performance of the elderly, according to sex and within the different items of the neuropsychological test. There was a predominance of cognitive impairment in the elderly evaluated considering the different levels of education proposed by Brucki et al. (2003). Schooling was the only variable to present statistical relevance in the Mini Exam results and a different performance of the female and male elderly was observed when evaluating the different domains. Regarding the relationship established between the Institutions and the Family Health team, there was great fragility, given the scarcity or even the lack of actions developed in Primary Health Care, aimed at this public. These results point to the urgent need for discussion of the presented theme and recognition of shelters as part of the scope of coverage and accountability of the Family Health Strategy.

Keywords: Elderly; Cognition; Long Term Institution for the Elderly; Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
ILPI	Instituições de Longa Permanência Para Idosos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RT	Responsável Técnico
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
URCA	Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Envelhecimento populacional no cenário brasileiro	16
3.2	Direito dos idosos e as Instituições de Longa Permanência	19
3.3	Alterações Cognitivas e Síndromes Demenciais	21
4	MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1	Tipo de estudo	25
4.2	Local do estudo	25
4.3	População e amostra	27
4.4	Coleta de dados	28
4.4.1	Técnicas e instrumentos	28
4.4.2	Procedimentos	29
4.5	Análise dos dados	29
4.6	Considerações éticas	30
5	RESULTADOS	32
6	DISCUSSÃO	55
7	CONCLUSÕES	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A	68
	QUESTIONÁRIO PARA ELABORAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO PACIENTE IDOSO	68
	APÊNDICE B	71
	QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO DA ILPI COMO INTEGRANTE DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	71
	APÊNDICE C	74
	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS, MINI EXAME DO ESTADO MENTAL, ADAPTADO DE BRUCKI ET. AL (2003).	74
	APÊNDICE D	77
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
	APÊNDICE E	79

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	79
ANEXO	80
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL, VALIDAÇÃO BRASILEIRA PROPOSTA POR BRUCKI ET AL. 2003.....	80

1 INTRODUÇÃO

A longevidade é algo cada vez mais presente na sociedade brasileira. Novas demandas sociais e do setor saúde emergem do processo de envelhecimento populacional, sem que haja tempo para reorganização desses setores no atendimento às novas demandas. Esse processo que vem ocorrendo de forma rápida nos países em desenvolvimento contrapõe-se aos países desenvolvidos, onde o envelhecimento aconteceu associado à melhoria nas condições de vida. Em escala mundial, para o ano de 2050 é previsível a ocorrência de um fenômeno nunca antes observado, o número de idosos será superior ao de crianças abaixo de 15 anos (BRASIL, 2006).

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2015), esse fenômeno precisa ser discutido, dada à rapidez de sua ocorrência e as implicações que a mesma pode acarretar em nossa sociedade. Os idosos se caracterizam como o segmento populacional que mais cresce em consequência da queda acentuada da fecundidade no país, aliado à diminuição das taxas de mortalidade em todos os grupos etários. No período de 2012 a 2022 ocorrerão aumento nas taxas de crescimento de mais de 4% ao ano. A população com 60 anos ou mais de idade aumentou de 14, 2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, com expectativa de atingir 41,5 milhões, em 2030 e 73,5 milhões, em 2060.

Ao envelhecer, modificações físicas e cognitivas são inerentes à idade, percebidas pela elevada frequência de transtornos de memória, que se não tratados podem repercutir de maneira negativa na forma como o idoso realiza atividades cotidianas. O comprometimento das funções cognitivas, exemplificadas pela realização de atividades rotineiras como higiene pessoal, vestimenta, alimentação e atividades fisiológicas podem alterar-se progressivamente repercutindo no aparecimento da demência, quadro clínico de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica “na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas incluindo memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento” (BRASIL, 2006, p.108).

Assim, a avaliação de declínio cognitivo em pessoas com idade avançada se caracteriza como uma importante ferramenta capaz de subsidiar o estabelecimento de

condutas terapêuticas e minimização de danos, com a intenção de reduzir ou retardar a velocidade de seu aparecimento (NASCIMENTO et al., 2015). Nesse sentido urge a necessidade pelo desenvolvimento de estudos que avaliem os processos inerentes ao envelhecimento nas diversas áreas da saúde, com uma abordagem interdisciplinar, de forma a garantir a esse público-alvo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012).

Entre os instrumentos utilizados tanto na prática clínica, como na pesquisa para avaliação cognitiva temos o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (MELO; BARBOSA, 2015; FREITAS et al., 2018). O MEEM ou, em inglês, MMSE, *Mini-Mental State Examination* foi proposto por Folstein et al. (1975) e traduzido para a versão brasileira por diversos autores como: Bertolucci et. al (1994), Almeida (1998), Brucki et al. (2003) e Lourenço et al. (2005). Este exame permite uma avaliação do nível de cognição mental mensurado por um conjunto de questões e tarefas a serem executadas (DICK, 2015). O instrumento de rastreio cognitivo é composto pelos seguintes domínios: orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem, habilidades visoespaciais e praxia construcional (LOURENÇO et al., 2005; FREITAS et al., 2018).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída por meio da Portaria GM nº 2528, de 19 de outubro de 2006 define que a Atenção Primária à Saúde/Saúde da Família se caracteriza como porta de entrada na atenção à saúde desse público. Nesta perspectiva, com base no princípio da territorialização, é responsabilidade dos profissionais de Saúde da Família o acompanhamento de todos os idosos de sua área de abrangência, inclusive aqueles residentes em instituições, públicas ou privadas (BRASIL, 2006). A legislação da Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica (AB) é clara quando explicita a intrínseca relação que deve existir entre a população residente e os serviços locais, tomando por base a atuação em diferentes espaços comunitários, dentre estes as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (PINTO; SIMSON, 2012).

Segundo Brasil (2005, p.3), as ILPI são “Instituições governamentais e não governamentais, de caráter residencial, destinada à domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania”. Suas normas de funcionamento estão estabelecidas

pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, nas Resoluções das Diretorias Colegiadas nº 283 de 2005 e nº 94 de 2007.

No Brasil, as ILPI estão presentes e apresentam cada vez mais elevação de suas demandas, em função do processo de envelhecimento populacional associada às dificuldades de manutenção dos idosos em seus núcleos familiares. Os novos arranjos familiares associados aos ritmos de vida extenuantes impostos pelo mundo capitalista e dificuldades financeiras ajudam a entender o declínio na capacidade das famílias prestarem cuidados adequados aos idosos (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Nesse novo contexto social, a figura feminina, historicamente responsável pela prestação de cuidados às crianças, idosos e doentes do lar vem enfrentando sérios desafios vivenciados pelas mudanças de comportamentos que as mesmas adquiriram ao se inserirem no mercado de trabalho e serem também responsáveis pela provisão de recursos financeiros, quando não as únicas, na condição de chefe familiar. A sobrecarga de trabalho das mulheres, as dificuldades de conciliação entre o trabalho produtivo com o trabalho reprodutivo repercutem sobremaneira na falta de estrutura familiar para oferecer cuidados aos idosos de maneira satisfatória às suas necessidades (KUCHEMMANN, 2012).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as ILPI são em sua maioria filantrópicas, 65,2% do total, 28,2% são privadas e 6,6% são públicas ou mistas, predominando as municipais (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016). Nestas instituições é relevante o déficit cognitivo dos idosos residentes, em comparação aos que vivem em comunidade. Fatores como baixo nível de escolaridade, idade avançada, sexo feminino, a falta de atividade física e o isolamento social, predominantes nesta população geriátrica, pode interferir sobremaneira nessa distinção (BERTOLDI; BATISTA; RUZANOWSKY, 2015).

Segundo Piuvezam et al. (2016, p.94), em pesquisa realizada em 11 municípios de médio e grande porte das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste, Centro-Oeste) com o objetivo de “identificar as ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), direcionadas aos idosos institucionalizados, a partir da óptica dos gestores municipais no Brasil”, evidenciou-se a escassez ou até mesmo inexistência de ações implementadas na APS, voltadas especificamente para esse grupo

de pessoas. A saúde do idoso foi vista de maneira fragmentada e descontextualizada do que é preconizado pelas políticas públicas vigentes.

Corroborando com a situação de invisibilidade e exclusão social vivida pelos idosos e pelas instituições que os abrigam, muitas são as queixas dos Responsáveis Técnicos das ILPI quando necessitam de apoio por atendimentos de saúde. Estas situações revelam injustificáveis rejeições vivenciadas por estes espaços, revelando o fosso existente entre estas com o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (PINTO; SIMSON, 2012).

A cidade de Juazeiro do Norte, localizada no sul do estado do Ceará, possui uma população estimada em 249.939 habitantes, destes 18.856 (7,54%) é composta pela população de 65 anos ou mais. A esperança de vida ao nascer (indicador utilizado para compor a Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) aumentou 5,8 anos na última década, elevando-se de 67,8 anos, em 2000 para 73,6 anos, em 2010. É válido ressaltar que a esperança de vida ao nascer da população brasileira, neste mesmo ano, foi de 73,9 anos (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2018). Neste município existem sete Instituições de Longa Permanência para Idosos inscritos no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS, 2018).

A partir do exposto, e por meio de minha vivência enquanto profissional de saúde da APS, nesta cidade, emerge um problema de saúde pública que direciona para a necessidade de reorganização do modelo de atenção à saúde centrada no paciente residente em ILPI. Em nossa realidade percebe-se uma grande fragilidade na gestão do cuidado ao idoso, onde as ações ofertadas pelos serviços de saúde na APS são realizadas de maneira pontual, o que não garante a preservação da autonomia dos longevos. Desta forma indaga-se: Qual o estado cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência em Juazeiro do Norte? Qual perfil sociodemográfico e clínico dessa população? Qual a relação estabelecida entre as Instituições que abrigam idosos e a Estratégia Saúde da Família?

Dada à magnitude da situação apresentada, esta pesquisa teve como objeto a avaliação do desempenho cognitivo de idosos institucionalizados, através do Mini Exame do Estado Mental, como uma forma de conhecer a maneira como a população está envelhecendo e desta forma fornecer subsídios para elaboração e implementação de políticas públicas que corroborem com as reais necessidades dos idosos, auxiliando na

construção de uma assistência a saúde mais adequada. Com o presente estudo esperamos despertar nos gestores e profissionais de saúde a adoção de práticas que reconheçam os espaços de ILPI como integrantes dos territórios da Estratégia Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a cognição de idosos institucionalizados no território da Estratégia Saúde da Família

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos institucionalizados;
- Mensurar o estado cognitivo dos idosos residentes em Instituições de Longa Permanência;
- Verificar a relação estabelecida entre a Instituição de Longa Permanência para Idosos e a Estratégia Saúde da Família

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento populacional no cenário brasileiro

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível, de abrangência mundial. É conceituado como a mudança ocorrida na estrutura etária de uma determinada população, com elevação do peso relativo de indivíduos com idade definidora do início da velhice. No caso de países em desenvolvimento como o Brasil, é considerada idosa a pessoa que tem idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2010).

No País, este fenômeno está em franco processo de desenvolvimento. Modificações em indicadores de mortalidade, natalidade e fecundidade que vem ocorrendo ao longo dos anos, nos permitem entender que o aumento da população idosa está atrelado a aspectos da nossa transição demográfica. A partir da década de 50, século XX, o Brasil vivenciou a primeira fase dessa transição, onde o perfil demográfico, majoritariamente rural, composto por famílias numerosas e elevadas taxas de mortalidade começaram a modificar-se em função do descenso dessas taxas aliado ao aumento na esperança de vida ao nascer (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A segunda fase da transição demográfica, iniciada na década de 1960, apresenta seu marco histórico na década de 1970 quando de fato experimentaram uma verdadeira ‘revolução demográfica’ e teve origem o processo de envelhecimento populacional: diminuição progressiva dos níveis de mortalidade, aumento da idade mediana para 19 anos, inferior força exercida pelo componente de jovens e a proporção de idosos com 60 anos ou mais atingiu crescimento superior a 5 %. A partir dos anos 1980 tivemos indicadores decrescentes de natalidade, fecundidade e mortalidade, contrapondo-se ao percentual de idosos que vem elevando-se e no ano de 2010 atingiu um percentual de 10,8% da população brasileira, estimada em 190.755.799 pessoas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Segundo Closs; Schwanke (2012), o Índice de Envelhecimento (IE) no Brasil, no período de 1970 a 2010, obteve crescimento substancial de 268%. Esse indicador demográfico permite realizar o acompanhamento do ritmo de envelhecimento

populacional e é calculado por meio da razão entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e o número de pessoas com idade inferior a 15 anos multiplicado por 100, num dado espaço geográfico e período estabelecido. Esse padrão demográfico não ocorre de forma homogênea entre os estados, uma vez que as regiões Sudeste e Sul apresentaram IE superior a 50% no ano de 2010, índice superior a 35% nas regiões Nordeste e Centro-Oeste e superior a 20% na região Norte.

Como visto o envelhecimento populacional não é um processo uniforme a todos os seres humanos e sofre influência de fatores como gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia (BRASIL, 2006). Nesse sentido é válido ressaltar a sobrerrepresentação da população feminina, ou seja, “quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna”. Estando a ‘feminização da velhice’ atrelada a maior incidência de mortes masculinas por causas externas, em idades precoces, e a maior atenção médica requerida por estas ao longo de sua vida, em comparação aos homens (KÜCHEMANN, 2012, p.2).

O aumento da longevidade se caracteriza como um grande triunfo de desenvolvimento do século XXI. Melhores condições de saúde atreladas a fatores de ordem social e econômica, nutricional, condições sanitárias e avanços em medicina apresentam papel fundamental no aumento de sobrevivência das pessoas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002; BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012).

Nesse contexto alguns desafios começam a se delinear frente à questão do cuidado aos nossos idosos, que na sua maioria apresentam níveis educacionais e econômicos baixos e elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (BEZERRA; ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2012). Conforme citado anteriormente, a elevação da expectativa de vida corrobora no aparecimento de duas facetas: mudanças no panorama de questões culturais e condições de vida e saúde (redução das taxas de fecundidade e mortalidade, hábitos alimentares mais adequados e maior atenção ao cuidado com o corpo) e por outro lado aponta para a possibilidade de indivíduos mais suscetíveis ao acometimento de doenças degenerativas e crônicas (KÜCHEMANN, 2012).

Frente o exposto, emerge a necessidade e urgência de discussão da temática para construção de políticas públicas baseadas nas necessidades de atenção e cuidado dos idosos. Essa parcela crescente da população gera modificações em diversos setores

da nossa sociedade como economia, mercado de trabalho, relações familiares, sistemas e serviços de saúde. Desta forma, o Estado apresenta função primordial para implantação e implementação de políticas públicas fundamentais capazes de subsidiar as devidas adequações pelos quais os sistemas de saúde e da previdência social precisam sofrer em consonância às novas demandas surgidas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

As políticas de saúde brasileiras apresentam como objetivo principal o envelhecimento ativo e saudável, visando contribuir para que um maior contingente populacional atinja idades avançadas com um melhor estado de saúde (BRASIL, 2006).

Entretanto, aponta-se para a necessidade de organização da oferta das ações de saúde a partir de uma perspectiva mais abrangente, considerando o perfil de saúde dos idosos e contemplando todos os níveis de cuidado, prevenção e tratamento de doenças. Assim é imprescindível que o atual modelo de atenção à saúde vigente, centrado nas características biológicas do ser humano, avance em novas perspectivas do cuidado. O país precisa investir na renovação dos processos de trabalho e na formação de profissionais com habilidades e competências para atitudes voltadas à contemplação do tripé: prevenção, cuidado e atenção integral a saúde da pessoa idosa (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O envelhecimento da população não deve ser visto apenas sob a ótica dos desafios a serem enfrentados, mas também pela necessidade de desconstrução de estereótipos ultrapassados sobre as pessoas mais velhas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, não existem pessoas tipicamente velhas, a idade avançada não está diretamente relacionada à dependência, os custos dos cuidados em saúde irão elevar-se, porém não tanto quanto esperado. Os gastos com esta população devem ser vistos como investimentos e não como custos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Portanto a velhice, longe de ser um problema, é uma conquista e permeia as nossas vidas (BRASIL, 2013).

3.2 Direito dos idosos e as Instituições de Longa Permanência

A inclusão da temática do envelhecimento na agenda internacional foi proposta durante a 1ª Assembleia Geral sobre o Envelhecimento da ONU, realizada no ano de 1982, que culminou na elaboração do 1º Plano de Ação Internacional de Viena, apresentando em seu conteúdo 62 recomendações a serem adotadas pelos organismos internacionais, os Estados e a sociedade (VIEIRA; VIEIRA, 2016).

Vinte anos após foi proposta a ampliação dessas recomendações no 2º Plano de Ação Internacional de Madri, durante a ocorrência da 2ª Assembleia Geral sobre o Envelhecimento. Neste momento, lançando bases para a política de envelhecimento ativo, mais de 100 recomendações são estabelecidas, com três eixos prioritários: pessoas idosas e envelhecimento, promoção da saúde e do bem-estar na velhice, garantia de ambientes propícios e favoráveis. O direito dos idosos brasileiros reconhecidos como direitos fundamentais inerentes a todo ser humano foram influenciados por estes eventos internacionais (VIEIRA; VIEIRA, 2016).

Segundo Brasil (2017), na Constituição Federativa (CF), capítulo VII, artigo 230 é assegurado à pessoa idosa seu pleno direito à vida, participação na comunidade e defesa de sua dignidade e bem estar, garantido mediante a oferta de suporte compartilhado a ser exercido pela família, sociedade e Estado. Nesse artigo os lares dos idosos são identificados como os locais preferenciais para o desenvolvimento de programas de amparo, bem como fica estabelecido o acesso gratuito dos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos de idade.

Os idosos preferencialmente devem apresentar como local de moradia o ambiente familiar, no entanto, também podem apresentar como local de moradia as Instituições de Longa Permanência (BRASIL, 2006). Este termo foi proposto pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em substituição aos asilos, que carregam historicamente valores preconceituosos (PINTO; SIMSON, 2012).

O envelhecimento é um “direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, e é dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde”. A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, instituiu um dos maiores êxitos da população idosa brasileira, o Estatuto do Idoso, destinado a assegurar a garantia desses direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nesse documento, as Instituições de

Longa Permanência para Idosos (ILPI) são referenciadas no Título IV (Política de Atendimento ao Idoso), capítulos 35 (Assistência Social) e 37 (Habitação) e se destinam à prestação de cuidados aos idosos com alterações físicas ou mentais e cujo meio familiar não apresenta suporte econômico, físico ou emocional para prestação de cuidados adequados (BRASIL, 2013).

Em consonância ao que é proposto na CF e no Estatuto do Idoso, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2006, por meio da Portaria 2.528 de 19 de outubro, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de direcionar medidas individuais ou coletivas na busca por uma adequada atenção a saúde prestada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua regulamentação prioriza a Estratégia Saúde da Família como uma importante ferramenta de reorganização do modelo de atenção à saúde pautada na perspectiva de aproximar as demandas populacionais aos serviços de saúde. Seria então este o principal local de identificação das demandas apresentadas pela população que envelhece (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa estabelece 11 diretrizes de implementação: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo à intersetorialidade; criação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006).

Nesta Política tem-se a criação de elementos importantes na saúde do idoso como a oferta de internação domiciliar e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. No entanto, apesar dos benefícios que estes elementos apresentam na atenção à saúde destes longevos “não trazem nenhum alívio à realidade e às urgências de quem cuida de idosos frágeis e dependentes”, repercutindo sobremaneira no aumento das demandas sobre os familiares e as ILPI. Assim, as Instituições de Atendimento ao Idoso começaram a elevar-se a partir das últimas décadas do século XX, surgindo concomitantemente às estruturas legais para normatização de suas atividades (PINTO; SIMSON, 2012, p.5).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 26 de Setembro de 2005 aprova o Regulamento Técnico que dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Neste documento é citada a obrigatoriedade destas instituições possuírem Alvará Sanitário (Lei Federal nº 6.437 de 20 de agosto de 1977), comprovar a inscrição do seu programa junto ao Conselho do Idoso (Artigo 48 da Lei nº 10.741 de 2003), possuir um Responsável Técnico (RT) pelo serviço, com formação de nível superior, celebrar contrato formal com o idoso, familiar ou curador e estar legalmente amparada por Estatuto Registrado, Registro de Entidade Social e Regimento Interno (BRASIL, 2005).

3.3 Alterações Cognitivas e Síndromes Demenciais

O processo de envelhecimento, em âmbito biológico, vai sendo modificado a partir de uma série de alterações moleculares e celulares, provocando danos responsáveis pela diminuição gradativa das reservas biológicas, elevação do risco de adoecimento e decadência generalizada na capacidade do indivíduo. Entretanto essas mudanças não ocorrem linearmente ou consistentemente, apresentando vaga associação à idade cronológica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Nesse sentido, importante atenção deve ser atribuída à saúde mental dos idosos que dependem da sua integridade cognitiva para manutenção do seu desempenho físico e social. Assim existem várias escalas para avaliação do estado cognitivo da população que envelhece, sendo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) uma das mais utilizadas como instrumento de rastreio, dada a praticidade de sua aplicação. Trata-se de um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva, não caracterizado como exame diagnóstico (BRASIL, 2006).

Na população idosa a demência está intrinsecamente relacionada ao grupo de doenças que ocasionam progressão do declínio funcional e perda gradual da autonomia e da independência. As demências são classificadas em reversíveis e irreversíveis (Doença de Alzheimer; Demência Vascular; Demências dos Corpúsculos de Lewy; Demências Frontotemporais). Nesse contexto, o profissional da AB tem papel

fundamental na detecção das causas de demências reversíveis, que se tratadas em tempo adequado, podem reverter o quadro demencial (BRASIL, 2006).

As causas reversíveis de demência são: Uso de medicamentos (psicotrópicos e analgésicos narcóticos); Metabólica (distúrbio hidro-eletrolítico, desidratação, insuficiência renal ou hepática, hipoxemia); Neurológica (hidrocefalia de pressão normal, tumor e hematoma subdural crônico); Infeciosas (Meningite crônica, AIDS, neurosossífilis); Colágeno-vascular (lúpus eritematoso sistêmico, arterite temporal, vasculite reumatoide, sarcoidose e púrpura trombocitopênica trombótica); Endócrinas (doença tireoidiana, doença paratireoidiana, doença da adrenal e da pituitária); Nutricionais (deficiência de vitamina B12, ácido fólico, tiamina e niacina); Alcoolismo Crônico; Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; Insuficiência Cardíaca Congestiva e Apnéia do Sono (BRASIL, 2006).

A Demência pode ser identificada no idoso quando o mesmo desenvolve sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsicológicos) que interferem no desenvolvimento de atividades cotidianas, promovem redução de sua capacidade funcional e de desempenho em relação à período anterior e que não apresentam relação casual por estado confusional agudo (delirium) ou doença psiquiátrica maior. Nesse sentido, no caso da Doença de Alzheimer, os comprometimentos cognitivos ou comportamentais podem ser caracterizados por afetar no mínimo dois dos seguintes campos: memória (comprometimento na capacidade de memória recente), funções executivas (comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento), habilidades visuoespaciais (por exemplo, incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns), linguagem e personalidade ou comportamento (BRASIL, 2017).

O MEEM foi utilizado pela primeira vez no ano de 1975, no Departamento de Psiquiatria, Nova Iorque, Estados Unidos, como um método prático para classificar o estado cognitivo de pacientes psiquiátricos. Apresentou a nomenclatura de “mini” por ser direcionado a aspectos cognitivos das funções mentais, entretanto, mostra-se completo para avaliação do domínio cognitivo. Este teste apresenta 11 questões, pontuação máxima de 30 pontos, dispostos em duas seções. A primeira seção avalia orientação, memória e atenção e requerem somente respostas vocais (pontuação máxima de 21 pontos), já a segunda seção é avaliada através da capacidade de nomeação, obediência a comandos verbais e escritos, escrita de frase e cópia de um polígono

complexo (pontuação máxima de 9 pontos) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

No Brasil, diferentes pesquisadores adaptaram para nossa realidade este teste, validando-o como um importante instrumento de rastreio cognitivo, com boa aplicabilidade ao público idoso. Sua finalidade pode definir-se de duas formas, tanto como um instrumento clínico de investigação de perdas cognitivas, acompanhamento da evolução de doenças e observação de respostas a tratamentos instituídos, como também um instrumento de pesquisa, amplamente utilizado em estudos populacionais. A validação brasileira proposta por Brucki et al. (2003) apresenta uma nova versão para uso homogêneo desse instrumento, baseado no estabelecimento de regras e levando em consideração a escolaridade como um forte influenciador dos escores obtidos durante sua aplicação. As alterações sugeridas por estes autores reforçam a sua concreta efetividade de utilização em ambientes hospitalares, ambulatoriais e em estudos populacionais (BRUCKI et al., 2003).

Segundo Freitas et al. (2018), o Mini Exame do Estado Mental é um instrumento de avaliação cognitiva estruturada a partir da análise de diferentes domínios: orientação (temporal e espacial), memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem, habilidades visuoespaciais e praxia construcional. Os domínios apresentam perguntas ou ações a serem executadas pelo avaliado, atribuindo escores individuais para cada resposta ou ação realizada de maneira satisfatória, variando seu resultado de 0 e 30 pontos. As notas de corte para este rastreio foram avaliadas por diversos estudos brasileiros, sendo o estudo de Brucki et al. (2003) o mais utilizado atualmente.

Neste estudo ficou evidente o forte efeito que o nível educacional apresenta sobre a desenvoltura dos participantes na realização do exame, o que culminou em critérios de pontuação relacionados ao nível de escolaridade. Desta forma, a alteração cognitiva pode ser assim identificada: escores inferiores a 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para indivíduos com escolaridade entre 1 a 4 anos; 26,5 pontos para 5 a 8 anos de estudo; 28 pontos para 9 a 11 anos e 29 pontos para escolaridade superior a 11 anos. Avaliação cognitiva mais detalhada deve ser realizada em indivíduos que apresentem valores inferiores ao preconizado nas notas de corte (FREITAS et al. 2018).

Segundo Brucki et al. (2003), o Mini Exame avalia 11 dimensões (orientação espacial e temporal, memória imediata, cálculo, memória de evocação,

nomeação, repetição, comando, leitura, frase, desenho) da seguinte forma: inicia-se pelo domínio de orientação (pontuação máxima de 10 pontos), onde é utilizado para avaliação da memória recente, atenção e percepção temporal e espacial. Subdivide-se em orientação temporal onde o examinado é indagado sobre o dia em curso, mês, ano, dia da semana, hora aproximada, local onde se encontra, bairro, cidade e estado. Sequencialmente avalia-se a memória de curto prazo mensurada através da repetição de três palavras (carro, vaso, tijolo) ditas pelo avaliador (pontuação máxima de 3 pontos). No quesito cálculo é proposto ao examinado que execute a subtração de setes seriadamente, iniciando pelo número 100 até chegar ao número 65, para cada resposta correta é atribuído 1 ponto (pontuação máxima 5 pontos).

Como etapas seguintes têm a repetição de palavras e de uma frase. Neste momento o avaliado terá que evocar as três palavras ditas anteriormente, vaso-carro-tijolo (pontuação máxima de 3 pontos) e repetir após ser dito pelo avaliador a seguinte frase “Nem aqui, nem ali, nem lá” (pontuação de 1 ponto se a frase for repetida corretamente). Será solicitado ao sujeito a nomeação de dois objetos mostrados, caneta e relógio (pontuação máxima de 2 pontos) e que realize a execução de quatro comandos, primeiramente pegar um papel, que estará disponível no local, com a mão direita (1 ponto), dobrá-lo ao meio (1 ponto) e colocá-lo no chão (1 ponto). Em seguida, será mostrada a frase escrita “Feche os olhos”, sendo pedido ao indivíduo que realize a ação que está sendo proposta (1 ponto). Finalizando a avaliação cognitiva será pedido ao indivíduo que escreva uma frase (1 ponto) e que realize a cópia de um desenho, 2 pentágonos interseccionados (1 ponto) (BRUCKI et al., 2003).

Portanto, o MEEM com mais de quarenta anos de existência e mais de vinte anos com adaptação para o contexto de vida no Brasil permanece sendo o mais utilizado instrumento de rastreamento do *status* cognitivo (MELO; BARBOSA, 2015).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Transversal, descritivo com abordagem quantitativa (ARANGO, 2012). Enfocou-se a prevalência do estado cognitivo dos idosos institucionalizados. Segundo Padovani (2012, p.12), tem-se:

Considerando o conceito de que a Ciência é o aprendizado adquirido por meio da experimentação e dos dados observados, segundo o qual a procura das causas, das leis, traduz-se num processo interativo de observação do real, da realização de experimentos confirmatórios e de avaliação quantitativa dos fenômenos em estudo, o paradigma da Estatística, em particular a Estatística Aplicada às Ciências Biológicas - Bioestatística, consiste em construir o conjunto unificado de métodos e técnicas de planejamento e análise de dados experimentais e observacionais.

4.2 Local do estudo

O lócus do nosso estudo foi a cidade de Juazeiro do Norte – Ceará, distante 491 km da capital do estado Fortaleza, situada na região Nordeste do país. No ano de 2017 sua população foi estimada em 270.383 pessoas e área de unidade territorial de 248,832 km² (IBGE, 2017).

Congrega a região metropolitana do Cariri, carinhosamente conhecida como “A Metrópole do Cariri”, apresenta-se como um importante centro econômico do sul cearense, sedia um dos maiores polos acadêmico do interior Nordeste e destaca-se no cenário nacional pelo grande polo cultural aqui existente, representados pelos centros de artesanato e cordel, como também pelo expressivo centro de religiosidade popular, centrado na figura do Padre Cícero (JUAZEIRO DO NORTE, 2018).

Figura 1 – Localização de Juazeiro do Norte no Brasil



Figura 2 – Localização de Juazeiro do Norte no Ceará



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Juazeiro_do_Norte

Neste município, segundo o Conselho Municipal de Assistência Social, estão cadastradas sete instituições que abrigam idosos. Abaixo trazemos os nomes dessas instituições, bem como sua localização e número estimado de residentes:

TABELA 1 – Relação das Instituições para idosos inscritos no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Juazeiro do Norte- Ceará. Juazeiro do Norte, 2018.

Instituição	Localização	Nº de internos
Associação Assistencial José Bezerra de Menezes	Rua das Malvas s/n; Bairro: São Miguel	58 internos
Albergue Sagrada Família	Rua Maria Divina Cardoso Lobo, nº100; Bairro: Tiradentes.	59 internos
Sociedade de Amparo aos Mendigos- SAM	Rua São José, nº120/126; Bairro: Centro.	59 internos
Lar Fraternal Irmã Sheila-LAFIS	Rua Luís Karimai, nº200; Bairro: Novo Juazeiro.	13 internos
Instituto Casa da Esperança	Rua do Ancião, nº110; Bairro: Tiradentes.	12 internos
Unidade de Acolhimento Institucional	Rua Valdomiro Marçal, nº 856; Bairro Triângulo.	Sem informação

Fonte: CMAS, JUAZEIRO DO NORTE, 2018.

4.3 População e amostra

A população do estudo foram os idosos residentes em ILPIs em Juazeiro do Norte, com número estimado de mais de 200 pessoas, em levantamento realizado em julho de 2018 e os Responsáveis Técnicos pelas Instituições. A amostra foi censitária, por conta do quantitativo exigido para a descrição estatística (ARANGO, 2012).

Inicialmente, todos os idosos institucionalizados foram integrados ao estudo, por meio da elaboração do perfil sociodemográfico e clínico dos mesmos (APÊNDICE A), respondido pelo idoso e, quando necessário, informações complementares foram extraídas de registros institucionais. A manutenção de registro atualizado de cada idoso é responsabilidade da ILPI, conforme estabelecido no artigo 50, inciso XV, Lei 10.741 (BRASIL, 2013).

De posse das informações coletadas, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Foram selecionados os idosos aptos à avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (APÊNDICE C) que atenderam aos critérios de inclusão: ser residente em ILPI e ter idade igual ou superior a 60 anos. Essa faixa etária é estabelecida pelo Estatuto do Idoso, Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003, regulamentadora dos direitos desta população (BRASIL, 2013). O MEEM será descrito na seção que trata dos instrumentos de coleta de dados.

Quanto aos critérios de exclusão foram adotados os seguintes: presença de deficiência visual e/ou auditivas graves não corrigidas; estágios avançados de distúrbios cognitivos e /ou doenças mentais que impedissem o entendimento e execução dos procedimentos em teste e dificuldade de movimentar as mãos por doenças reumáticas ou neurológicas (LOURENÇO; VERAS, 2006).

Os responsáveis técnicos das ILPI também participaram da pesquisa, na medida em que responderam a um questionário semiestruturado (Apêndice B) para avaliação da relação estabelecida pela Instituição, enquanto integrante do território da ESF. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 2005, toda ILPI deve possuir um responsável técnico pelo serviço, com formação de nível superior e que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária local (BRASIL, 2005). Os participantes eram os representantes em exercício.

4.4 Coleta de dados

4.4.1 Técnicas e instrumentos

A técnica de coleta de dados escolhida para a pesquisa foi a entrevista com a utilização de dois questionários semiestruturados: o primeiro subsidiou a elaboração do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes idosos (APÊNDICE A) e o segundo (APÊNDICE B), aplicado aos responsáveis técnicos, foi responsável por elencar diferentes aspectos da relação estabelecida entre a ILPI e a ESF. Posteriormente foi realizada a aplicação do MEEM (APÊNDICE C), validação brasileira proposta por Brucki et al., 2003. A escolha por este instrumento se deu por ser o mais utilizado atualmente (FREITAS et al., 2018).

O MEEM consiste em um teste neuropsicológico, composto de sete domínios (11 dimensões), validado internacionalmente para rastreio do estado cognitivo, portanto sem a pretensão de firma-se diagnóstico, apenas auxiliá-lo. Desta forma, pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde capacitado que esteja envolvido no cuidado do idoso institucionalizado, partindo do pressuposto de que cada indivíduo carrega em si, particularidades diversas e vivência o processo de envelhecimento de maneira peculiar, podendo reorientar cuidados e identificar longevos mais vulneráveis (SOUZA et. al, 2018).

Nesse estudo utilizaram-se variáveis biológicas, que na Bioestatística, podem ser compreendidas “como uma classificação, uma qualidade ou como uma medida quantificada por magnitude, intensidade, traço, entre outras designações que varia tanto intra como inter indivíduos” (PADOVANI, 2012, p.17).

Informações do idoso (nome, sexo, idade, data de nascimento, cor ou raça, escolaridade, estado civil, número de filhos, renda, local, cidade e estado de procedência, motivo principal de institucionalização, nome e tempo de internação na ILPI, doenças diagnosticadas, medicações em uso, número de hospitalizações nos últimos 12 meses) e do responsável técnico (nome, idade, grau de escolaridade e variáveis sobre a relação da ILPI com o serviço de saúde) foram coletadas para

caracterização dos idosos e ILPI, bem como para a implementação dos métodos estatísticos.

4.4.2 Procedimentos

Os instrumentos de coleta de dados foram apresentados previamente aos responsáveis técnicos das ILPI a fim de explicar a finalidade da pesquisa e solicitar a autorização para realização das mesmas neste ambiente. Subsequentemente, os objetivos da pesquisa também foram apresentados aos idosos, sendo combinado o momento mais oportuno para sua aplicação. Posteriormente, a coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro do corrente ano.

Com o uso do Mini Exame do Estado Mental, importante instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo pretendeu-se avaliar os seguintes itens: orientação temporal e espacial, memória imediata, cálculo, memória de evocação, nomeação, repetição, comando, leitura, frase, desenho. Assim pudemos conhecer a alteração ou não do estado cognitivo destes indivíduos, tomando-se o cuidado de classificá-los conforme o nível de escolaridade. No estudo proposto por Brucki et al. (2003), este fator foi o principal influenciador nos escores obtidos, assim adotaremos a seguinte classificação: para analfabetos, 20; nível de escolaridade de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos de estudo, 28 e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

Quando necessário, informações complementares foram extraídas de documentos institucionais ou informantes-chave (gestores das Instituições).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram tabulados e analisados no software Epi Info, versão 7.2.2.16 para Windows (CDC, 2019), que permitiu o cálculo de frequências absolutas e relativas,

bem como da pontuação máxima e média do MEEM, além de outras medidas de tendência central e de variabilidade. Essas médias foram cruzadas com variáveis preditoras (sociodemográficas, clínicas e institucionais), considerando os estratos de escolaridade propostos por Brucki et al. (2003).

A relação de dependência entre as variáveis preditoras e os escores obtidos no MEEM foi verificada através do teste estatístico Kruskal Wallis, com nível de significância de 0,05. Este teste substitui o teste T para comparação de duas médias e de mais de duas médias, teste de Análise de variância (ANOVA), quando a distribuição não apresenta normalidade e outros critérios necessários à sua aplicação, como foi o caso dos dados do presente estudo.

Posteriormente, procedeu-se uma análise gráfica que apresenta o desempenho dos idosos no MEEM segundo o sexo, dentro de cada domínio.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa seguiu os postulados do Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que trata sobre diretrizes e normas regulamentadoras de projetos de pesquisa. Atendeu aos princípios de bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros), conforme inserido nesta resolução, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, com a finalidade de observância aos direitos e deveres do Estado, da comunidade científica e dos participantes da pesquisa (BRASIL, 2012).

No intuito de promover o respeito à dignidade humana, foi implementado o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, que se caracteriza inicialmente por explicar ao convidado um detalhamento da pesquisa, utilizando-se uma linguagem acessível às características socioeconômica e cultural de cada pessoa. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e oportunizado o tempo necessário, para que o mesmo refletisse e decidisse sozinho ou com ajuda de outras pessoas, a participação ou não na pesquisa (BRASIL, 2012).

O presente projeto foi protocolado e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, sendo atribuída a esse comitê a responsabilidade de emissão de

parecer “orientado, dentre outros, pelos princípios da impessoalidade, transparência, razoabilidade, proporcionalidade e eficiência”. (BRASIL, 2012, p.8). Após avaliação do Comitê de Ética da Universidade Regional do Cariri encontra-se com parecer aprovado, número 3.203.131.

5 RESULTADOS

Um levantamento prévio realizado no mês de julho do ano de 2018 identificou na cidade de Juazeiro do Norte sete instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastrados junto ao Conselho Municipal de Assistência Social, sendo estimado mais de 230 institucionalizados. Ressalta-se que há grande variabilidade nesse quantitativo em função dos óbitos recorrentes, do grande fluxo de entrada e saída dos mesmos e até mesmo da presença de abrigados não idosos. Para nosso estudo, destas, foram incluídas cinco Instituições, haja vista a não autorização de uma delas para a realização da pesquisa e o fechamento de outra, ocorrido pouco tempo depois.

Assim, nosso público consistiu de 157 idosos institucionalizados, estudados em sua totalidade sob a ótica das características sociodemográficas e clínicas. Com base nessas informações foram selecionados 75 internos aptos à avaliação cognitiva, destes nove foram excluídos pelo fator idade, dois se recusaram à participar, um saiu da ILPI (levado pela família), dois faleceram durante o período da coleta e um estava hospitalizado, resultando em 60 idosos avaliados cognitivamente.

As características sociodemográficas estão descritas na Tabela 2. A feminização da velhice é caracterizada neste estudo, representada por 57,96% da população. Os idosos, predominantemente, tinham faixa etária entre 71 e 80 anos (42,31%), eram solteiros (52,96%), apresentava nível de escolaridade baixo (49,68% analfabetos), renda mensal de um salário mínimo (94,67%), raça/cor parda (61,54%), prole formada por 1 a 4 filhos (33,11%), procedente de domicílio de parentes (43,31%) e naturais de cidades do estado do Ceará (82,23%). Nos dados abaixo poderemos encontrar o número absoluto não correspondente a 157, em função da impossibilidade de obtenção dos mesmos em sua totalidade, haja vista situações diversas como a institucionalização de idosos abandonados, em processo demencial avançado e/ou sem documentação.

Tabela 2- Características pessoais dos idosos institucionalizados. Juazeiro do Norte - CE, 2019.

Características sociodemográficas (n)	Frequência	%
Sexo (157)		
Feminino	91	57,96
Masculino	66	42,04
Faixa etária (156)		
60-70	28	17,93
71-80	66	42,31
81-90	48	30,79
91-102	14	8,96
Situação conjugal (155)		
Solteiro(a)	82	52,90
Viúvo(a)	36	23,23
Divorciado(a)	22	14,19
Casado(a)	15	9,68
Nível de escolaridade em anos (155)		
≥12	3	1,94
9-11	4	2,58
5-8	23	14,84
1-4	48	30,97
Analfabeto	77	49,68
Renda em salários (150)		
≥2	3	2,00
1	142	94,67
<1	5	3,33

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos a partir de suas características clínicas. Detectou-se que 14,65% apresentavam deficiência auditiva e/ou visual grave não corrigida, 16,56% doenças reumáticas e/ou neurológicas que dificultavam a movimentação das mãos, a exemplo de sequelas após Acidente Vascular Encefálico e 47,77% distúrbios mentais ou estágio avançado de distúrbio cognitivo. Uma parcela de 49,04% são hipertensos, 18,47% são diabéticos, 14,01% apresentam diagnóstico médico de Alzheimer, 0,64% de Parkinson e 49,68% de outras doenças, além das já citadas. A maioria, 87,90% faz uso de medicação de forma contínua.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos institucionalizados, segundo características clínicas. Juazeiro do Norte - CE, 2019.

Características clínicas	Frequência	%
Deficiência visual e/ou auditiva grave não corrigida		
Sim	23	14,65
Não	134	85,5
Doenças reumáticas ou neurológicas que dificultam a movimentação das mãos		
Sim	26	16,56
Não	131	83,44
Doenças mentais ou estágio avançado de distúrbio cognitivo		
Sim	75	47,77
Não	82	52,23
Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica		
Sim	77	49,04
Não	80	50,96
Diagnóstico de Diabetes Mellitus		
Sim	29	18,47
Não	128	81,53
Diagnóstico de Alzheimer		
Sim	22	14,01
Não	135	85,99
Diagnóstico de Parkinson		
Sim	1	0,64
Não	156	99,36
Diagnóstico de Outras Doenças		
Sim	78	49,68
Não	79	50,32
Uso de medicação de uso contínuo		
Sim	138	87,90
Não	19	12,10
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses		
2 ou +	3	1,91
1	21	13,38
Nenhuma	133	84,71

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Quanto às informações relacionadas à institucionalização (Tabela 4) observou-se que 42,04% apresentaram 1 a 3 anos de tempo institucionalizado, 56,05% foram abrigados por dificuldade de suporte familiar, 63,69% recebem visitas de familiares e/ou amigos e 7,79% se encontram neste local por despacho judicial, muitas vezes medida protetiva.

Tabela 4 - Características da institucionalização dos idosos. Juazeiro do Norte - CE, 2019.

Características Institucionais	Frequência	%
Motivo da Institucionalização		
Dificuldade de suporte familiar	88	56,05
Morava sozinho (a)	27	17,20
Abandono	16	10,19
Vítima de maus-tratos	10	6,37
Vontade própria	9	5,73
Outro motivo	5	3,18
Dificuldade financeira	2	1,27
Tempo de Institucionalização (anos)		
≥20	4	2,55
16-19	3	1,92
12-15	2	1,28
8-11	17	10,82
4-7	36	22,93
1-3	66	42,04
<1	29	18,47
Judicialização		
Não	142	92,21
Sim	12	7,79
Visitas de familiares/ amigos		
Sim	100	63,69
Não	57	33,31

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Ao se avaliar a função cognitiva dos 60 idosos (Tabela 5), observou-se por meio da média, déficit cognitivo, independentemente do nível de escolaridade apresentado pelo idoso. Quanto à escolaridade, predominou no estudo, idosos analfabetos, sendo estes com pior média no resultado do MEEM, 14,70 ($\pm 5,51$) contrapondo-se aos idosos com 5 a 8 anos de escolaridade que apresentaram melhor média, 21,40 ($\pm 4,59$).

Percebeu-se um quantitativo cada vez menor de idosos na medida em que se elevava o nível de escolaridade, onde apenas três idosos possuíam 12 anos ou mais de estudo.

Tabela 5- Distribuição das médias dos resultados do Mini Exame do Estado Mental, por nível de escolaridade.

Nível de escolaridade (anos)	N de idosos	Média	Desvio padrão	Déficit cognitivo
Analfabeto	27	14,703	5,517	Sim
1-4	18	16,500	5,182	Sim
5-8	10	21,400	4,599	Sim
9-11	2	20,500	13,435	Sim
≥12	3	20,000	8,544	Sim

Escores por escolaridade: para analfabetos, 20; 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11anos, 29.

A Tabela 6 apresenta o resultado do MEEM em separatrizes (mediana e quartis, valores mínimos, máximos e modais) estratificado por ILPI. Na AAJBM foram avaliados 18 idosos. A pontuação atingida por eles variou de 7 a 26 pontos entre os analfabetos, com escore modal igual a sete. Metade dos idosos nesse estrato atingiu 16 pontos e 75%, menos de 21. Entre os que estudaram de 1 a 4 anos, a pontuação mediana foi igual a 17 e a máxima igual a 24, indicando que todos tem déficit cognitivo nesse estrato. Já entre aqueles com escolaridade de 5 a 8 anos, a maioria também possui déficit cognitivo, pois em 75% deles, a pontuação estava abaixo 25. Nessa instituição só havia um idoso com 9 a 11 anos de estudo e este não apresentou alteração cognitiva.

No ASF foram avaliados 24 idosos. Lá há uma parcela significativa de analfabetos (14), apresentando pontuação variável de 6 a 21 pontos. O escore que mais se repetiu foi 6 pontos e metade dos idosos pontuaram abaixo de 14,5 pontos. Essa pontuação encontrou-se mais elevada quando comparadas às pontuações em níveis de escolaridade maiores, 1 a 4 anos (13,5 pontos) e 9 a 11 anos (11 pontos). Pontuação mais satisfatória pode ser observada no idoso com maior escolaridade (≥12 anos), 29 pontos, no limite de classificação para alteração cognitiva.

No CRIASA avaliaram-se seis idosos, sendo quatro analfabetos e dois com 12 anos ou mais de estudo. Metade deles pontuaram abaixo de 13,5 e 15,5 pontos, respectivamente, apesar da disparidade encontrada nos anos de estudo. Os valores mínimos e máximos obtidos para idosos com menor escolaridade foram 8 e 20,5, sendo identificados em 75% destes, pontuação abaixo de 20 pontos, significando que apenas 25% mantém um estado cognitivo preservado.

No ICESPP foram entrevistados sete idosos com nível de escolaridade baixo (analfabeto ou escolaridade de 1 a 4 anos), valor mínimo e escore modal igual à 11 pontos para ambos, e máximo 16 e 30 pontos, respectivamente, sendo este último valor observado em um idoso com escolaridade de 1 a 4 anos de estudo. A partir dos valores medianos obtidos, alteração cognitiva pode ser percebida nos dois estratos estudados.

No LAFIS havia dois idosos analfabetos, cuja pontuação média foi de 19 pontos e escore modal igual a 14; um idoso com 1 a 4 anos de estudo, pontuação média de 12 pontos e escore modal de mesmo valor, e dois idosos com escolaridade de 5 a 8 anos, pontuação média de 18,5 pontos e escore modal de 14 pontos. Perceberam-se melhores resultados dos idosos analfabetos em relação aos demais, caracterizando uma não padronização ao que seria esperado, melhor estado cognitivo para aqueles com maior escolaridade.

Tabela 6 - Caracterização do estado mental dos idosos institucionalizados com base em escores quartílicos, por nível de escolaridade e instituições de longa permanência.

Instituições	N de idosos	Mínimo	25%	50%	75%	Máximo	Moda	Nível de escolaridade
AAJBM	5	7	11	16	21	26	7	Analfabeto
	6	13	14	17	20	24	13	1-4
	6	16	23	25	25	27	5	5-8
	1	30	30	30	30	30	30	9-11
ASF	14	6	10	14,5	17	21	6	Analfabeto

	6	11	11	13,5	19	20	11	1-4
	2	16	16	18	20	20	16	5-8
	1	11	11	11	11	11	11	9-11
	1	29	29	29	29	29	29	≥12
CRIASA	4	8	8,50	13,5	20,5	23	8	Analfabeto
	2	12	12	15,5	19	19	12	≥12
ICESPP	2	11	11	13,5	16	16	11	Analfabeto
	5	11	13	18	20	30	11	1-4
LAFIS	2	14	14	19	24	24	14	Analfabeto
	1	12	12	12	12	12	12	1-4
	2	14	14	18,5	23	23	14	5-8

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A Tabela 7 apresenta a comparação da pontuação média do MEEM entre características relacionadas às variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos avaliados cognitivamente. As características predominantes foram: faixa etária de 60 a 79 anos, sexo feminino, raça/cor parda, analfabetos (as), solteiros (as), nenhum filho, renda de um salário mínimo. Dos 60 idosos, 41 são hipertensos, 17 diabéticos, 19 apresentam outras patologias, 51 fazem uso de medicação de forma contínua.

O sexo feminino apresentou escore médio inferior ao do masculino (15,8 e 18,1 pontos, respectivamente). A idade foi agrupada em duas faixas etárias para adequação ao teste estatístico e, percebeu-se que os maiores de 80 anos atingiram um escore médio menor do que os mais jovens (15,7 e 17,5, respectivamente). A raça/cor que apresentou a melhor média, 18,93 pontos ($\pm 6,35$) foi a branca, sendo a cor parda a mais predominante, apresentando valor de 16,65 ($\pm 5,69$). Com relação à situação conjugal, os idosos casados apresentaram melhores resultados no MEEM, evidenciados por valores medianos de 19,71 ($\pm 5,64$).

A quantidade de filhos, outra característica sociodemográfica avaliada, evidenciou pontuação mediana mais elevada entre os que tinham seis ou mais filhos, 25,0 ($\pm 4,58$). Sobre a renda, melhor escore, 16,84 ($\pm 6,11$), pode ser observado no estrato de recebimento de até um salário mínimo, que também se apresentou como o mais prevalente.

A correlação entre o resultado apresentado no teste de rastreio cognitivo e a presença ou não de doenças e uso de medicação de forma contínua (escore médio) revelou que não ser acometido por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e, não fazer uso contínuo de medicação repercutiu de maneira mais satisfatória no resultado final. De forma a melhorar o entendimento, apresentaram-se os valores obtidos entre os que fazem uso de medicação continuamente foi de 16,49 ($\pm 5,40$), em contraponto aos que não usam, 18,66 pontos ($\pm 5,94$).

Sobre o nível de escolaridade, única variável sociodemográfica a apresentar influência estatisticamente significativa sobre o resultado apresentado pelos idosos no Mini Exame do Estado Mental, p-valor 0,046, nos faz entender o porquê dos autores que defendem o uso deste tipo de teste, estar alicerçada na escolaridade. Assim de forma decrescente trouxemos as médias encontradas: maior média pode ser observada entre os que apresentaram 5 a 8 anos de estudo, 21,40 ($\pm 4,59$), 20,50 ($\pm 13,43$) para os que apresentaram de 9 a 11, 20,00 ($\pm 8,54$) para escolaridade superior a 11 anos, 16,50 ($\pm 5,18$) para 1 a 4 anos de estudo e pior média 14,70 ($\pm 5,51$) para analfabetos, grau de escolaridade mais preponderante em nosso público da terceira idade.

Embora observado poucas diferenças entre os estratos das variáveis preditoras, com exceção da escolaridade ($p=0,046$), elas não foram tão grandes a ponto de indicar a existência de dependência entre elas e o desempenho no teste cognitivo, ou seja, neste estudo elas não exercem influência sobre o estado cognitivo dos idosos ($p>0,05$).

Tabela 7 - Distribuição dos escores médios por variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos institucionalizados avaliados cognitivamente e análise de dependência.

Variáveis	N de idosos	Média	Desvio-padrão	p-valor
Faixa etária				0,232
60-79	36	17,527	5,8529	
≥80	24	15,750	6,2918	
Sexo				0,147
Feminino	35	15,857	5,6100	
Masculino	25	18,160	6,4787	
Raça/Cor				0,347
Parda	35	16,657	5,6928	
Branca	16	18,937	6,3505	
Preta	6	13,833	7,4409	
Amarela	2	14,500	0,7071	
Indígena	1	11,000		
Nível de Escolaridade (anos)				0,046
≥12	3	20,000	8,5440	
9-11	2	20,500	13,4350	
5-8	10	21,400	4,5995	
1-4	18	16,500	5,1820	
Analfabeto	27	14,703	5,5179	
Situação conjugal				0,243
Solteiro	30	16,266	6,0283	
Viúvo	14	14,857	4,4697	
Divorciado	9	19,444	7,6340	
Casado	7	19,714	5,6484	
Nº de filhos				0,072
6 ou +	3	25,000	4,5826	
Até 5	28	17,035	6,5630	
Nenhum	29	15,758	5,0544	
Renda (salário mínimo)				0,138
≥2	11	11,000		
1	53	16,849	6,1124	
<1	2	10,500	2,1213	
Diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica				0,263
Sim	31	15,935	5,2974	
Não	29	17,758	6,7170	
Diagnóstico de Diabetes Mellitus				0,928
Sim	13	16,538	4,9601	
Não	47	16,893	6,3562	
Diagnóstico de Outras Doenças				0,335
Sim	19	17,894	6,2707	
Não	41	16,317	5,9474	

Uso contínuo de medicação				0,455
Sim	51	16,490	5,4088	
Não	9	18,666	9,0554	

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A Tabela 8 apresenta a comparação da pontuação média do MEEM entre características relacionadas à institucionalização dos idosos. As características predominantes nos idosos avaliados foram: motivo principal de institucionalização está atrelado à dificuldade de suporte familiar, procedentes de domicílios de parentes, tempo de institucionalização compreendido entre um e cinco anos, com recebimento de visitas semanais de familiares.

Observamos que os procedentes de unidades hospitalares à institucionalização (24,66/ $\pm 8,38$) apresentaram melhor escore médio, contrapondo-se ao observado nos oriundos de domicílios de parentes, detentores do pior escore nesta variável (15,80/ $\pm 5,04$). Sobre os motivos da institucionalização, melhor pontuação no MEEM pode ser evidenciada entre aqueles levados à ILPI por outros motivos (27), e por vontade própria (19,14), diferindo sobremaneira dos idosos, vítimas de maus-tratos, com pior desempenho (14).

Com relação à análise de dependência do teste cognitivo e o tempo de institucionalização percebeu-se melhores escores entre aqueles com mais de 20 anos morando nas instituições, média 25,50 ($\pm 0,70$). Nesse item escores iguais puderam ser identificados nos que se encontraram nos intervalos de tempo 6 a 10 anos e 11 a 20 anos, média 18,00. Para além das variáveis pensadas, emergiu no estudo a questão da judicialização, presente na realidade dessas ILPI's e que se mostrou ser um fator influenciador no desempenho dos avaliados, percebido por pior pontuação atribuída aqueles que foram submetidos a fatores estressores como medidas protetivas, média 14,33 ($\pm 8,50$).

Os últimos itens avaliados nesta tabela nos reportam à questão das visitas realizadas aos institucionalizados e sua frequência, presumindo-se que melhores escores medianos foram encontrados naqueles que recebem visitas de familiares (16,96/ $\pm 6,40$),

com frequência quinzenal (20,40/ $\pm 9,01$), quando comparados às demais variáveis aos quais estão agregados.

Embora tenhamos observado médias diferenças entre os estratos das variáveis preditoras, estas não foram tão grandes a ponto de indicar a existência de dependência entre elas e o desempenho no teste cognitivo, ou seja, neste estudo elas não exercem influência sobre o estado cognitivo dos idosos ($p > 0,05$).

Tabela 8 - Distribuição dos escores médios por variáveis da institucionalização dos idosos avaliados cognitivamente e análise de dependência.

Variáveis	N de idosos	Média	Desvio-padrão	p-valor
Local de procedência				0,285
Domicílio de parentes	26	15,807	5,0440	
Domicílio próprio	20	17,400	6,6760	
Outros	10	15,300	5,2926	
Hospital	3	24,666	8,3865	
Desabrigado	1	23,000	--	
Motivo da Institucionalização				0,200
Dificuldade de suporte familiar	31	15,354	5,6895	
Morava sozinho (a)	11	18,363	6,5463	
Vontade própria	7	19,142	5,7570	
Abandono	4	16	3,1623	
Vítima de maus-tratos	3	14	7,9373	
Dificuldade financeira	2	18,500	3,5355	
Outro motivo	2	27,000	4,2426	
Judicialização				0,386
Sim	03	14,333	8,5049	
Não	57	16,947		
Tempo de Institucionalização (anos)				0,0687
21 ou +	2	25,500	0,7071	
11-20	2	18	1,4142	
6-10	10	18	5,0728	
1-5	31	15,871	6,2862	
<1	5	20,600	5,0299	
Recebe visitas				0,944
Sim	38	16,868	6,4017	
Não	22	16,727	5,5135	

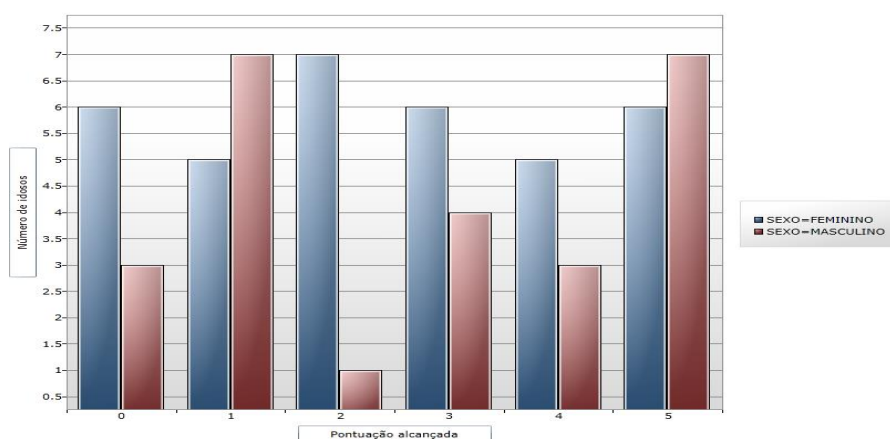
Frequência das visitas familiares/ amigos				0,694
Trimestralmente ou +	9	16,222	4,7639	
Mensalmente	9	17,555	8,7623	
Quinzenalmente	5	20,400	9,0167	
Semanalmente	14	15,785	4,7270	
Diariamente	1	13		

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Considerando que os idosos podem apresentar desempenho diferente dentro de cada domínio do MEEM, buscamos essa resposta entre o sexo feminino e masculino para saber se ela se distribui de forma semelhante entre eles (35 mulheres e 25 homens). Esses resultados podem ser observados nas Figuras de 3 a 13.

Na Figura 3 foi avaliada a orientação temporal, realizado a partir de cinco questões, onde cada resposta poderia variar de 0 a 5 pontos. Nesta dimensão, a proporção de homens que alcançaram o escore máximo foi maior do que a das mulheres.

Figura 3 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de orientação temporal.

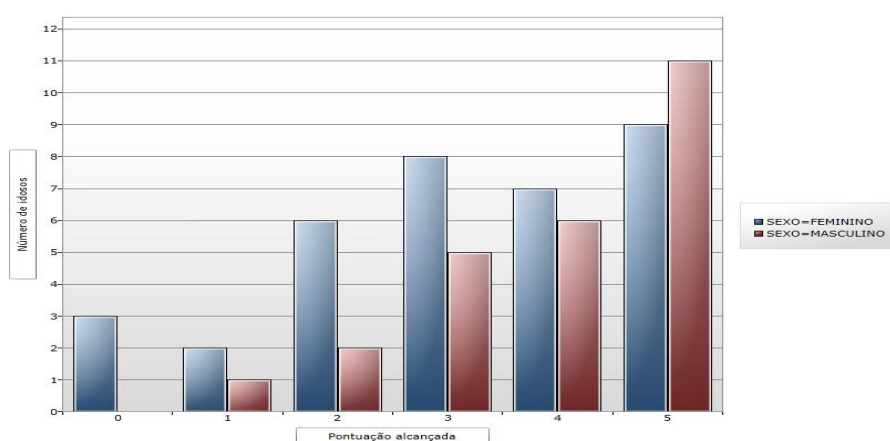


Fonte: Elabora pela autora, 2019.

Na figura 4 avaliou-se a orientação temporal, que também consistia em cinco questões pontuadas por meio das respostas apresentadas pelos idosos durante o teste.

Percebeu-se como no item anterior uma grande variação na quantidade de acertos e que melhor situação de orientação foi percebida nos homens, que apresentaram pontuação máxima de cinco pontos.

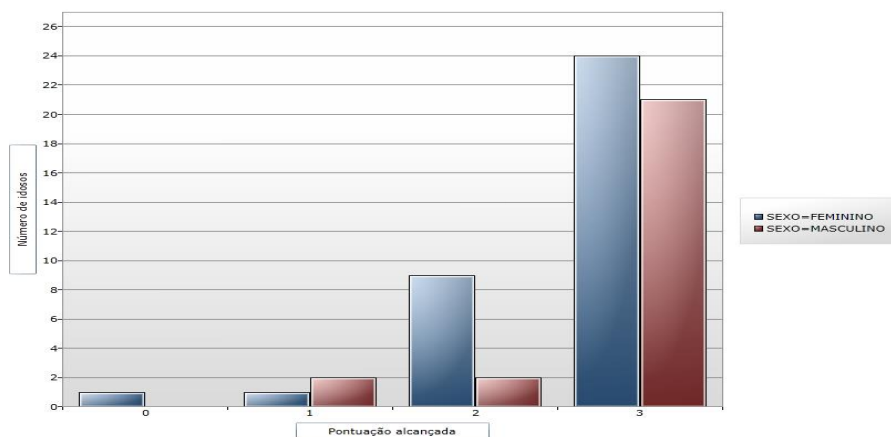
Figura 4 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de orientação espacial.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na figura 5, o teste avaliava a capacidade de repetição do idoso a três palavras propostas pelo examinador, carro, vaso e tijolo, onde cada palavra repetida de forma correta equivalia a um ponto, totalizando três pontos nesta dimensão. As idosas realizaram essa repetição de maneira mais satisfatória, quando 24 destas conseguiram respondê-las de forma imediata. A repetição das palavras não foi conseguida por um idoso do sexo masculino.

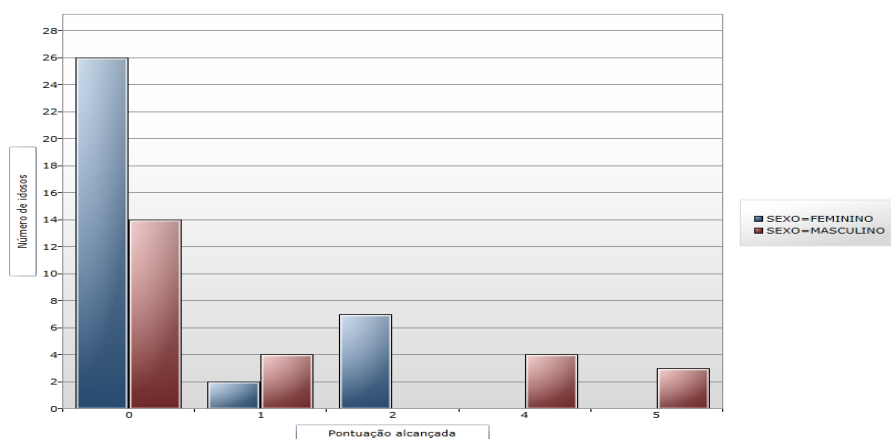
Figura 5 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de memória imediata.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na figura 6 obteve-se a dimensão com pior desempenho em relação aos demais. A capacidade de realização de cinco cálculos, subtração de sete seriadamente encontrou-se bastante prejudicada, onde um número expressivo de idosas não conseguiram pontuar, e quando pontuaram o número de subtrações realizadas de forma correta foi de até dois acertos, é válido ressaltar que para cada cálculo mental realizado de forma correta era atribuído um ponto, podendo esta pontuação variar de 0 a 5 pontos. Já no sexo masculino, único a apresentar a pontuação máxima (5 pontos), esta foi apresentada apenas por três idosos.

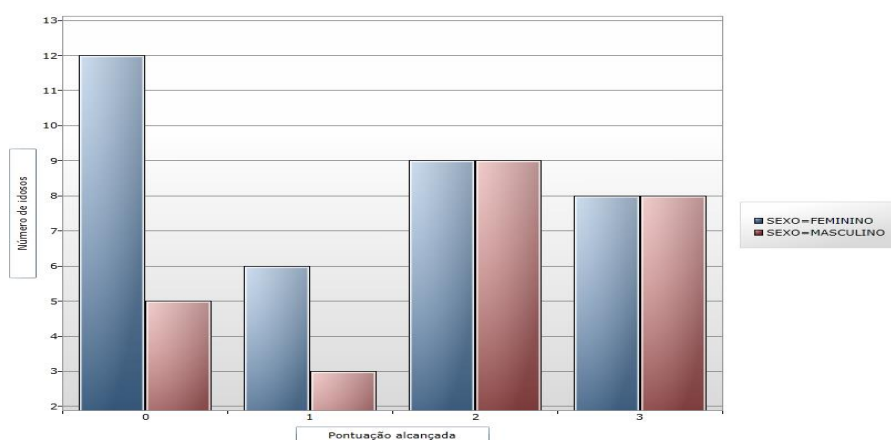
Figura 6 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de cálculo.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na figura 7 apresenta-se o número de acertos para evocação de palavras, ou seja, a lembrança e repetição das três palavras ditas durante a avaliação da dimensão de memória imediata (carro, vaso, tijolo), cuja pontuação poderia variar de zero a três pontos. Um número de 12 idosos não conseguiu evocar, ambos os sexos apresentaram o mesmo número de pontos para duas e três palavras repetidas corretamente.

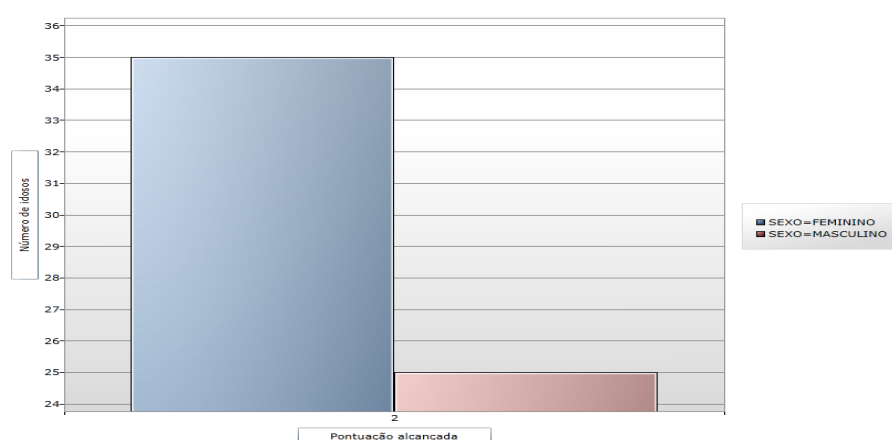
Figura 7 - Distribuição do desempenho dos idosos institucionalizados no MEEM, segundo sexo e dimensão de evocação das palavras.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

A dimensão de nomeação de objetos (Figura 8) foi o único domínio que apresentou 100% de acertos para ambos os sexos (35 idosas e 25 idosos). Ela consistia na nomeação de dois objetos (caneta, relógio), de forma que os idosos conseguiram nomear corretamente os objetos, o que culminou na pontuação máxima de dois pontos.

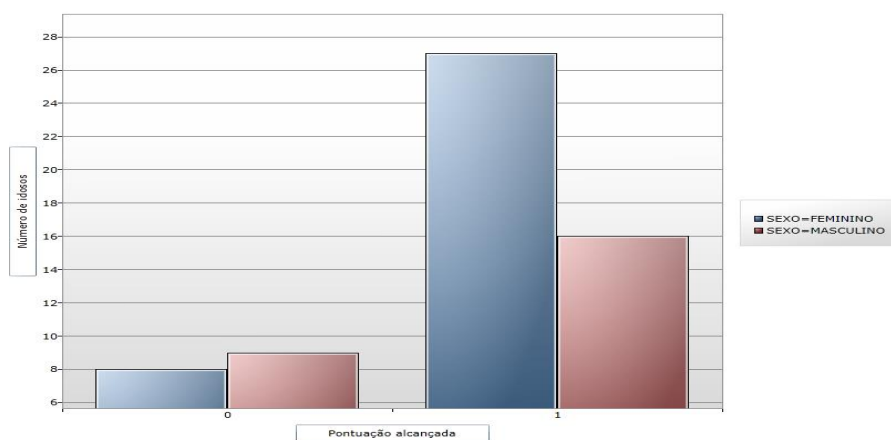
Figura 8 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de nomeação.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na dimensão de repetição (Figura 9) o examinador dizia uma frase (Nem aqui, nem ali, nem lá) e aguardava a repetição perfeita da mesma, desta forma ou se conseguia repeti-la, angariando um ponto a ser somado ao valor total do teste, ou não, recebendo valor zero. O sexo feminino apresentou melhor resultado se comparado ao sexo masculino, tanto na aquisição de um ponto para repetição da frase, como também no menor número de idosas que não conseguiram realizá-la.

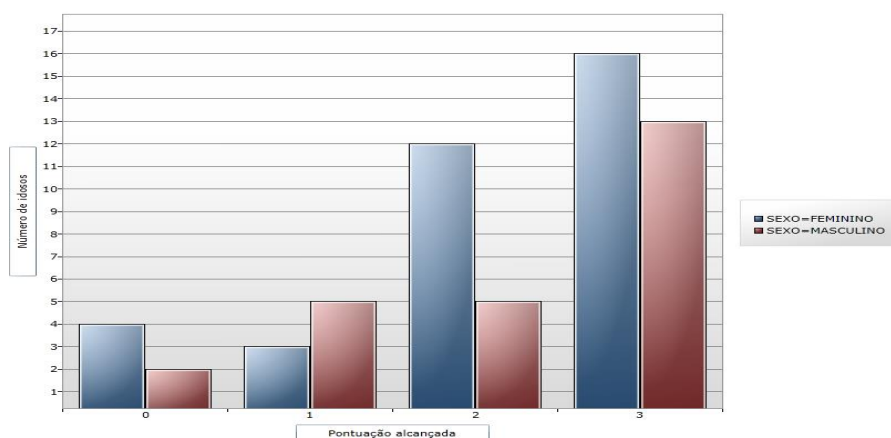
Figura 9 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de repetição.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na figura 10, dimensão de comando, o idoso era observado conforme a realização de três comandos propostos. Era utilizado um papel em branco A4, colocado em frente ao mesmo e para cada comando realizado era atribuído um ponto, pontuação com variação de zero a três pontos. Um maior número de mulheres, em relação aos homens, não conseguiu realizar nenhum dos três comandos, três delas realizou apenas um, 12 dois comandos e 16 executaram todas as atividades de pegar o papel com a mão direita, dobrá-lo e colocá-lo no chão. Este sexo obteve vantagem no alcance da pontuação máxima.

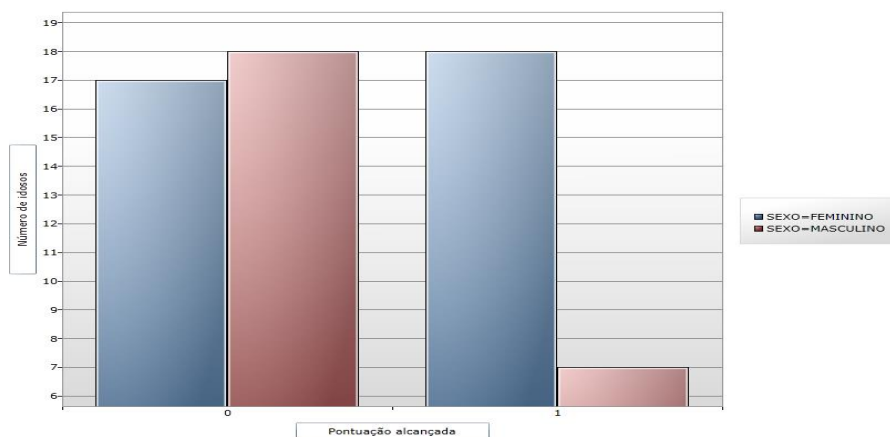
Figura 10 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de comando.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na dimensão de leitura (Figura 11) a frase escrita “feche os olhos” foi impressa pelo examinador em uma folha de papel A4 e mostrada ao idoso, que era orientado a realizar a leitura e após, realizar o que estava sendo solicitado. Para nossa surpresa um número expressivo de homens como de mulheres não conseguiram pontuar, apresentando o sexo masculino um maior quantitativo de pontuação zero. Porém, entre os que pontuaram, as mulheres apresentaram melhor desempenho.

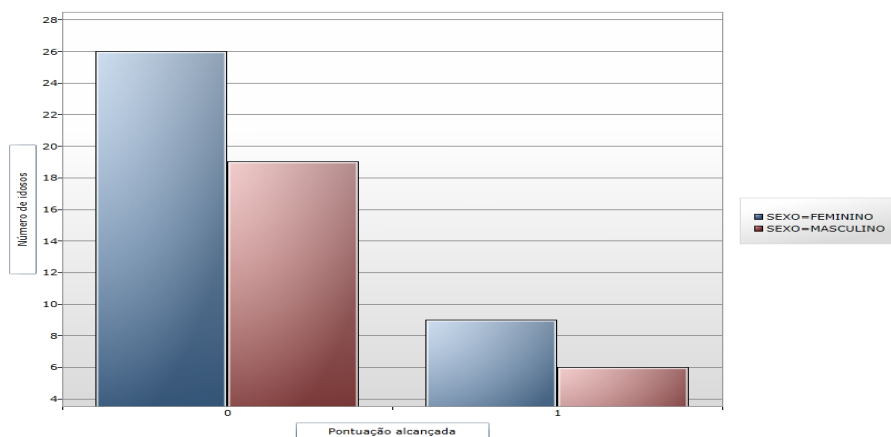
Figura 11 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de leitura.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Na figura12, avaliou-se a capacidade de elaboração de uma frase, para melhor entendimento o avaliador ajudava o idoso dizendo que poderia ser alguma coisa que tivesse acontecido no dia ou alguma coisa que quisesse dizer, erros gramaticais não eram considerados. Nesta dimensão, a pontuação poderia variar de zero a um ponto, caso a frase não fosse ou fosse escrita. Entretanto, a quantidade de idosos que escreveram a frase foi mínima, apresentando-se o sexo feminino com maior prejuízo.

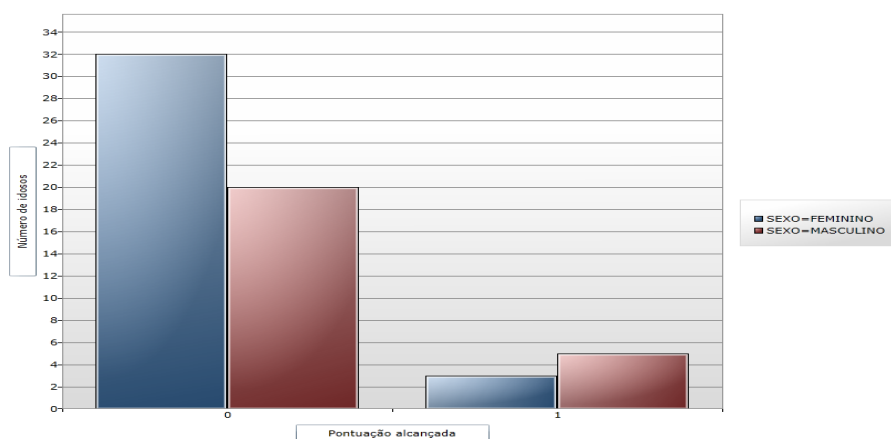
Figura 12 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de frase.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Assim como nas duas últimas dimensões, a dimensão de cópia de desenho (Figura 13) em que era avaliada a reprodução de dois pentágonos interseccionados (10 ângulos) apresentou uma pequena parcela de idosos com pontuação de um ponto (pontuação máxima). De um total de 35 idosas, 32 não conseguiram realizar a cópia do desenho proposta no teste e dos 25 idosos, 20 também não, não sendo atribuída qualquer pontuação.

Figura 13 - Distribuição do desempenho do MEEM dos idosos institucionalizados, segundo sexo e dimensão de cópia do desenho.



Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Do exposto pode-se elencar as dimensões com piores e melhores resultados apresentados pelos 60 idosos avaliados pelo MEEM, baseado no total de idosos que atingiram pontuação máxima, seriam elas: cálculo (05), cópia de desenho (08), orientação temporal (13), frase (15), evocação de palavras (16), orientação espacial (20), leitura (25), comando (29), repetição (42), memória imediata (44) e nomeação (60). Com isso percebe-se a grande fragilidade desse público para realização de cálculos matemáticos, em contrapartida a preservação da memória recente. É válido ressaltar o grande quantitativo de idosos analfabetos em nosso estudo, que eram de 27, sendo um fator que pôde sobremaneira ter influenciado negativamente nas respostas do teste.

Na presente pesquisa percebeu-se a predominância de Instituições Filantrópicas (100%) geridas por Responsáveis Técnicos (RT) com vínculo de trabalho voluntário (80%), idade compreendida entre 45 e 61 anos, sexo feminino (60%), com formação profissional de nível superior (60%), dois administradores e uma teóloga. Esses gestores reconhecem os direitos dos idosos em serem assistidos pela equipe da ESF, no entanto mostram-se bastante insatisfeitos com a atenção à saúde prestada.

Com relação a essa atenção encontramos 100% das instituições cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde, com recebimento de visitas semanais destes profissionais (40%) e visitas não rotineiras (60%) dos profissionais de nível superior (Médico, Enfermeiro, Cirurgião-dentista) da Unidade Básica de Saúde. Apenas uma Instituição referiu receber visitas dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e relataram que quando os idosos adoecem, às vezes (40%) ou não (40%) são atendidos neste serviço e quando fechado são levados para Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Em casos de pacientes acamados estes não são acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (100%) e caso requeiram encaminhamentos para serviços especializados esses são realizados por profissionais médicos não vinculados à Atenção Primária (80%).

A avaliação da função cognitiva, importante no acompanhamento do idoso institucionalizado, é realizada em apenas duas ILPI, sendo estas realizadas por médicos (geriatras) voluntários ou estudantes de cursos de graduação na área da saúde, quando em estágio curricular. Dos acompanhamentos ofertados pelos profissionais da ESF o serviço de Imunização foi citado de forma satisfatória por todas as ILPI, tendo o

profissional enfermeiro como o profissional de saúde de nível superior que apresenta maior vínculo com as Instituições. Percebeu-se uma grande fragilidade na atenção prestada pelo Cirurgião-dentista, quando os responsáveis técnicos de forma consensual afirmaram que estes não realizam avaliação de saúde bucal ou tratamento dentário nos idosos abrigados.

Tabela 9 – Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos e da assistência à saúde prestada pela Estratégia Saúde da Família de seu território.

Variáveis	Frequência	%
Vínculo do Responsável Técnico		
Voluntário	4	80
Remunerado	1	10
Periodicidade das visitas realizadas pelo ACS		
Mensalmente	1	20
Quinzenalmente	-	-
Semanalmente	2	40
Outros	2	40
Visitas recebidas rotineiramente pelos profissionais da UBS		
Sim	2	40
Não	3	60
Profissional de saúde com maior vínculo com a ILPI		
Enfermeiro	4	80
Médico	1	20
Nenhum	1	20
Idoso doente é atendido pela ESF no mesmo dia		
Sim, sempre	1	20
Sim, às vezes	2	40
Não	2	40
Profissional de saúde que realiza encaminhamentos dos idosos para serviços especializados		
Outro profissional Médico	4	80
Médico da ESF	1	20
Visitas institucionais		
Sim	2	40
Não	3	60
Acompanhamento de problemas de saúde mental		
Sim	2	40
Não	3	60
Acompanhamento nutricional		

Sim	1	20
Não	4	80
Acompanhamento de problemas visuais		
Sim	1	20
Não	4	80
Acompanhamento de problemas auditivos		
Sim	1	20
Não	4	80
Idosos avaliados quanto à alteração da função cognitiva		
Sim	2	40
Não	3	60
Visitas realizadas pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família		
Sim	1	20
Não	4	80

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

6 DISCUSSÃO

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos idosos residentes nas instituições de longa permanência, os resultados desta pesquisa confirmam o que foi evidenciado por alguns estudos desenvolvidos em território nacional. Evidencia-se a predominância do sexo feminino, situação conjugal solteiro, renda de até um salário mínimo (aposentados), nível de escolaridade baixo (ZIMMERMMANN et al., 2013; BRAGA et al., 2014; DOMICIANO et al., 2016; GUTHS et al., 2017). Atrelada à questão do processo de envelhecimento cada vez mais presente em nossa realidade, está à questão da feminização da velhice, fazendo-nos inferir a diferenciação de gênero na repercussão do fenômeno em extensão (MENDES, NOVELLI, 2015).

Essa preponderância da população idosa feminina em relação ao sexo masculino encontra-se em conformidade aos dados do ultimo censo de 2010, nas três instâncias interfederativas, Brasil, Ceará e Juazeiro do Norte, cidade lócus da nossa pesquisa (IBGE, 2019).

Sobre o estado de saúde das pessoas envelhecidas, a maioria é acometida por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e fazem uso de medicação diariamente (GUTH et al., 2017). Segundo Melo et al. (2017) isso é ocasionado em parte pelo processo de transição epidemiológica ao qual estamos vivenciando, onde exacerbou-se o número de pessoas acometidas por doenças sem cura e com influência negativa na qualidade de vida dos longevos.

Com o envelhecimento da população brasileira, torna-se cada vez mais imprescindível a discussão da temática para elaboração de políticas públicas que garantam num futuro próximo o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a manutenção da qualidade de vida na terceira idade, através da adoção de medidas que posterguem o déficit cognitivo ou até mesmo sobre o manejo daqueles idosos que já possuem essa perda (GUTH et al., 2017).

Nas Instituições agregadas ao estudo pode-se perceber a predominância de déficit cognitivo dos idosos residentes, evidenciado pelos escores médios de

desempenho no MEEM. Tal resultado se assemelha ao estudo comparativo realizado com idosos assistidos em diferentes modalidades dos serviços de saúde (institucionalizados, ambulatoriais e hospitalizados), onde a avaliação cognitiva diferenciou-se sobremaneira entre os institucionalizados e os não-institucionalizados, confirmado pela alta prevalência de alterações cognitivas presentes nos residentes de ILPI's, que neste estudo foi de 100% (MELO et al., 2017).

A caracterização do estado mental dos idosos com base nos escores quartílicos, por nível de escolaridade diferiu-se em nosso estudo, a partir das cinco instituições investigadas. No estrato de menor nível de escolaridade e mais predominante, que é o de analfabetos, obtivemos resultados parecidos na pontuação média geral e valores de mínimo e máximo, oscilando de 13,5 a 19 pontos (mín=6 e máx=26). Assemelha-se à pesquisa de Domiciano et al. (2014), com resultados de pontuação média de 14 pontos e valores mínimos de 08 e máximo de 22 pontos.

Sobre o perfil do idoso avaliado em sua cognição obteve-se predominância do sexo feminino, faixa etária compreendida entre 60 e 79 anos, estado civil solteiro, sem filhos, renda baixa e raça/cor parda. Como já debatido, as mulheres são mais prevalentes em estudos dessa natureza, sendo também encontrada uma população com baixa escolaridade e idade compreendida na faixa etária dos 70 anos (QUINTAS et al., 2017; SOUZA et al., 2018).

Semelhanças no perfil populacional e de institucionalização de idosas avaliadas cognitivamente, percebeu-se em estudo realizado no município de Fortaleza-Ceará, onde temos um público predominantemente oriundo de cidades do interior do Estado, sem relato de união estável anterior, analfabeta ou com baixa escolaridade e tempo de residência na ILPI de até cinco anos (DOMICIANO et al., 2014).

Sobre o cruzamento das variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos com o resultado do MEEM obtivemos que o sexo feminino apresentou pior desempenho no resultado do teste, sendo esse achado confirmado pelo estudo realizado na cidade de Maringá (PR), uma vez constatada associação estatisticamente significativa entre o sexo e declínio cognitivo (CASTRO et al., 2016).

Contrapondo-se à relação apresentada anteriormente, na nossa pesquisa o único fator a apresentar relevância estatística sobre o nível de cognição está atrelado à escolaridade. Ainda, segundo a pesquisa realizada em diferentes regiões do Distrito Federal que avaliava fatores que interferiam na aplicabilidade de testes cognitivos, a despeito do MEEM, elucidava-se também o fator idade como influenciador, além do encontrado em nossa realidade, o nível de escolaridade (DOMICIANO et al., 2014; QUINTAS et al., 2017).

Outro estudo realizado no sul do Brasil traz que os aspectos cognitivos avaliados por meio do MEEM sofreu influência de dois fatores citados anteriormente, idade e escolaridade, além de apresentar relação significativa com a renda mensal (SOUZA et al., 2018). Desta forma, a partir da literatura consultada o nível de escolaridade apresenta forte influência nos resultados obtidos no teste.

Segundo Souza et al. (2018) o tempo de estudo associa-se à um fator protetor à manutenção das funções cerebrais, tornando-o mais resistente e adaptável aos efeitos de doenças ou de alterações comuns ao processo de envelhecimento.

Com relação às doenças e a análise de dependência realizada, constatou-se que os idosos que apresentavam Doenças Crônicas Não Transmissíveis e faziam uso contínuo de medicação obtiveram desempenho no teste inferior aos que não apresentavam essas patologias. A prevalência de alteração do estado cognitivo também está presente na investigação realizada pelo Departamento de Geriatria da Universidade Federal do Ceará, quando da identificação de um maior prejuízo nos idosos acometidos por Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes, Doenças Reumáticas, entre outras (GONDIM et al., 2017).

Sobre as 11 dimensões avaliadas no teste, percebeu-se variações no desempenho apresentado pelos idosos de ambos os sexos. Nos itens de orientação temporal, capacidade de cálculo, realização de comando, elaboração de frase e cópia de desenho, os idosos (sexo masculino) apresentaram melhores pontuações máximas, em contrapartida, sobre a orientação espacial, repetição e leitura puderam ser observados melhores resultados nas idosas submetidas ao teste. De maneira geral a capacidade de nomeação foi o item melhor preservado para ambos os sexos, com 100% de acertos,

contrapondo-se a isso, os itens de cálculo e cópia de desenho como os de maiores impactos de sua preservação.

Nosso resultado corrobora com o estudo realizado com idosos que apresentavam declínio cognitivo, residentes na zona rural do município de Uberaba (MG), onde a capacidade construtiva visual foi o item identificado como de maior prejuízo, seguido de atenção e cálculo. Nesse estudo também se percebeu a intrínseca relação entre a escolaridade e a média e percentual de erros no miniexame. Desta forma evidenciou-se que nos diferentes itens do teste, quanto maior o nível de escolaridade melhor desempenho pode ser constatado (TAVARES et al., 2017).

Este estudo apresenta muitas limitações referentes à comparação e discussão dos achados dada a não utilização de uma versão padronizada para o uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. Sabe-se que o teste é extensivamente utilizado, entretanto poucos estudos fazem uma avaliação sistematizada do desempenho cognitivo da população idosa institucionalizada e a correlacionam com fatores sociodemográficos, clínicos e institucionais.

Acrescenta-se ainda, o fato de que a ausência de estudos que avaliem a cognição a partir do sexo masculino e feminino e diferentes dimensões apresentados no teste (orientação temporal e espacial, memória imediata, cálculo, evocação das palavras, nomeação, repetição, comando, leitura, frase, cópia de desenho) demonstram a necessidade de novos estudos que discutam a temática, dada a preponderância do sexo feminino no público idoso em questão e como elucidado em nossa pesquisa, pelo pior desempenho apresentado por estas.

Nós últimos anos a atenção à saúde do idoso vem apresentando alguns marcos, haja vista a instituição no ano de 2006 da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria 2528 de 19 de outubro. Esse documento apresenta como precípua básica a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos, entretanto cientes dos vários desafios a serem superados: escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso, escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa e implementação insuficiente ou até mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência a Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

No âmbito do Sistema Único de Saúde essas dificuldades foram claramente sentidas no território da Estratégia saúde da Família (ESF) que, neste estudo, vem desempenhando com muita fragilidade o papel de eixo central dessa Rede de Atenção.

Os Responsáveis Técnicos das ILPI's sentem-se insatisfeitos com relação à atenção prestada pelos profissionais da ESF (principal porta de entrada) ao apresentar uma realidade de não realização de visitas rotineiras nas instituições por parte destes, a dificuldade de atendimento do idoso, no mesmo dia, quando este se encontra doente, os encaminhamentos para serviços especializados serem realizados por profissionais médicos não vinculados à ESF, o não acompanhamento de problemas de saúde mental, visual, auditiva e nutricional de forma satisfatória, bem como pela quase inexistência de visitas realizadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Nossos dados vão de encontro a um estudo analítico realizado nas cinco regiões brasileiras, desenvolvido com o objetivo de identificar as ações desenvolvidas na atenção primária, direcionadas aos idosos institucionalizados no país. Neste estudo e como visto na pesquisa, evidenciou-se a escassez ou até mesmo a inexistência de ações direcionadas a esse público, denunciando o imenso fosso existente entre as políticas públicas propostas e a sua real implementação (PIUVEZAM et al., 2016).

O consenso da ineficiência na oferta desses serviços de saúde direcionados ao público idoso abrigado também é percebido pelos próprios profissionais inseridos nesse nível de atenção. Estudo multicêntrico realizado com boa representatividade nas cinco regiões geográficas do Brasil evidenciou a falta de incentivos e de capacitação destinada ao atendimento dessa faixa etária, número insuficiente de profissionais para atender às demandas da população em geral e escassez de ações e programas específicos, como principais entraves (PIUVEZAM et al., 2015).

Dessa forma depreende-se a segregação social ao qual o idoso institucionalizado se encontra e a fragilidade da efetividade de políticas públicas que garantam a efetividade na garantia de seus direitos (SANTOS, 2018).

A alta prevalência de declínio cognitivo senil apresentado nos resultados se assemelha a outros estudos na área, estudo longitudinal que investigou a influência do perfil cognitivo a partir de estilos de vida contrastantes, institucionalizados e não-

institucionalizados, percebeu que o processo de institucionalização, marcado por um ambiente com estilo de vida sedentário, pobre em estímulos sensoriais, motores, cognitivos e isolamento dos idosos não são benéficos à cognição, haja vista a apresentação de déficits cognitivos mais intensos e precoces quando comparados aos idosos que vivem em comunidade (BENTO-TORRES et al., 2016).

Baseado nesta realidade e amparados por estudos que mostram benefícios na participação dos idosos em programas de promoção da saúde, observados pela otimização da função cognitiva dos mesmos, reforçam a necessidade de fortalecimento das habilidades físicas e mentais dos idosos abrigados em Instituições de Longa Permanência de maneira a proporcionar um envelhecimento saudável, “no qual seja agregada qualidade de vida aos anos, e não apenas anos à vida” (DOMICIANO et. al., 2016, p.12).

7 CONCLUSÕES

Nosso estudo verificou uma expressiva população de idosos institucionalizados com déficit cognitivo, confirmados pelos baixos escores apresentados no resultado do MEEM. Da análise de dependência realizada, a partir dos fatores sócio-demográficos, clínicos e institucionais percebeu-se que somente o fator escolaridade mostrou-se estatisticamente relevante nesse desempenho.

Com relação à avaliação realizada por Instituição de Longa Permanência, com base nos escores quartílicos, percebeu-se muitas semelhanças nas Instituições investigadas e maior pontuação no teste (30 pontos), atribuído ao nível de escolaridade, compreendido em 1 a 4 anos e 9 a 11 anos de estudo.

Sobre os itens do teste neuropsicológico utilizado, identificou-se diferente performance entre idosos do sexo masculino e feminino, quando melhores pontuações puderam ser obtidas em idosos do sexo masculino nas dimensões de orientação temporal, capacidade de cálculo, realização de comando, elaboração de frase e cópia de desenho. Já nas mulheres idosas a capacidade de orientação espacial, repetição e leitura mostraram-se mais satisfatórias. De maneira geral a capacidade de nomeação foi o item melhor preservado em ambos, contrapondo-se aos itens de cálculo e cópia de desenho, como os de maiores impactos de sua preservação.

Sobre a relação estabelecida entre a ILPI e a Estratégia Saúde da Família percebeu-se a grande fragilidade estabelecida entre as mesmas, uma vez que os seus representantes (Responsáveis Técnicos) apresentaram insatisfação sobre as ações desenvolvidas na Atenção Primária, dada a sua escassez e até mesmo a sua inexistência frente aos problemas de saúde apresentados pelos idosos abrigados. Assim denunciam a insuficiência da atenção à saúde prestada pelos profissionais da ESF.

A contribuição do presente estudo consiste na apresentação de resultados pouco explorados. Ressalta-se que a identificação precoce de alteração do estado cognitivo no idoso institucionalizado e a sua relação com as condições sociodemográficas, clínicas e

institucionais podem auxiliar na prevenção ou progressão do declínio cognitivo, influenciando sobremaneira na qualidade de vida desse público-alvo.

Desse modo, os profissionais de saúde da Atenção Primária, sobretudo os profissionais da ESF, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde precisam reconhecer as Instituições de Longa Permanência para Idosos como integrantes do território desse nível primário de atenção e se apropriar, em sua prática profissional de instrumentos que permitam a manutenção da autonomia e independência dos idosos, a exemplo de testes neuropsicológicos, de fácil manuseio e rápida utilização como o MEEM.

Dessa forma, estudos dessa natureza precisam ser realizados, dada a projeção da pirâmide populacional que sinaliza o incremento da expectativa de vida, desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, comprometimento da autonomia do idosos, fragilidade na conjuntura familiar, institucionalização, déficit em fatores relacionados à manutenção da qualidade de vida e a fraca relação estabelecida entre as Instituições de Longa Permanência para Idosos e a Estratégia Saúde da Família.

Sendo assim, sugere-se o desenvolvimento de avaliações periódicas do estado cognitivo dos idosos institucionalizados, como uma forma fácil e complementar às ações de prevenção e promoção da saúde que devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde de cuidados primários, com vistas à manutenção da qualidade de vida dos longevos.

REFERÊNCIAS

- ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional**. 3. ed. , Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões/** Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- BERTOLDI, J. T.; BATISTA, A. C.; RUZANOWSKY, S. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul/ UNISC**, v.16, n. 2, 2015.
- BEZERRA, F. C.; ALMEIDA, M. I. ; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Estudos sobre Envelhecimento no Brasil: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n.1, p.155-167, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 283**, de 26 de Setembro de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em 09 ago. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 94**, de 31 de Dezembro de 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/Jesus/Downloads/resolucao%20rdc%20n%2094%202007%20-%20altera%20rdc%20283-2005%20ilpi%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jesus/Downloads/resolucao%20rdc%20n%2094%202007%20-%20altera%20rdc%20283-2005%20ilpi%20(1).pdf). Acesso em: 09 ago. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso/** Ministério da Saúde- 3.ed. , 2.reimpr. – Brasília. Ministério da Saúde, 2013.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 ago. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Conjunta nº13, de 28 de Dezembro de 2017.** Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/465660-17-10-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Alzheimer-27-11-2017---COMPLETA.pdf>. Acesso em: 28 de Outubro de 2018.

BRUCKI, S. M. D. ; NITRINI, R. ;CARAMELLI, P.; BERTOLLUCI, P. H. F. ; OKAMOTO, I. H. Sugestões para uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, n.61, v 3-B, p. 777-781, 2003.

CASTRO, V. C.; LANGE, C.; BALDISSERA, V. D. A.; SILVA, E.S.; CARREIRA, L. Cognitive assessment of elderly people in long-stay institutions: a cross-sectional study. *Online braz j nurs*, v.15, n.3, p.372-381, 2016. Disponível em: [http:// www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5535](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5535). Acesso em: 20 de nov. 2019.

CLOSS, V E. ; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.3, p. 444-458, 2012.

DICK, P. C. **Considerações sobre os itens do Mini-Exame do Estado Mental para população de idosos assistida pelo Programa Saúde da Família.**/ Paulo César Dick, 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2015.

DOMICIANO, B. R.; BRAGA, D. K. A. P.; SILVA, P. N.; VASCONCELOS, T. B.; MACENA, R. H. M. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. **Ver Neurocienc**, v. 22, n.3, p. 330-336, 2014.

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

FREITAS, E. V.; PY, L.; GORZONI, M. L.; DOLL, J.; CANÇADO, F. A. X. **Tratado de geriatria e gerontologia**/ Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py. -4.ed.- [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GONDIM, A. S.; FILHO, J. M. C.; CAVALCANTI, A. A.; FILHO, J. S. R.; NOGUEIRA, C. B.; JUNIOR, A. A. P.; LIMA, J. W. O. Prevalência e fatores associados ao comprometimento cognitivo funcional em idosos residentes na comunidade brasileira. **Dement. Neuropsicol.** , v. 11, n.1, jan-mar, 2017.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W.S.; GRADY, D.G.; NEYMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

IBGE. **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI**. Subsídios Para Projeções da População. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica, número 3. Rio de Janeiro, 2015.

IBGE. **Brasil em Síntese**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/juazeiro-do-norte/panorama>>. Acesso em: 05 de jun. 2018.

IBGE. **Panorama da População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 21 de nov. 2019.

JUAZEIRO DO NORTE, CE. Prefeitura Municipal. Disponível em: <http://www.juazeiro.ce.gov.br/Cidade/Dados-gerais/>. Acesso em 20 jul. 2018.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, n.1, v.27, jan-abr, 2012.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.3, p.482-488, jun., 2012.

LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, n.39, v.2, p.311-318, 2005.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, n.40, v.4, p.712-719, 2006.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.20, v. 12, p.3865-3876, 2015.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. **Avaliação Psicológica**, n. 16, v.2, p.161-168, 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n.19, v.3, p.507-519, 2016.

NASCIMENTO, R. S. S. A.; BATISTA, R. T. S.; ROCHA, S. V.; VASCONCELOS, L. R. C. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **J Bras Psiquiatr.**, n.64, v.3, p. 187-192, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002/ **Organização das Nações Unidas**; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

PADOVANI, C. R. **Bioestatística**. / Carlos Roberto Padovani. São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista, Pró-Reitoria de Graduação, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Juazeiro do Norte, CE. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/juazeiro-do-norte_ce. Acesso em: 03 ago. 2018.

PINTO, S. P. L. C.; SIMSON, O. R. M. V. Insituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.1, p 169-174, jan./mar., 2012.

PIUVEZAM, G.; LIMA, K. C.; CARVALHO, M. S.; XAVIER, V. G. P.; SILVA, R. A. DANTAS, A. R. F.; NUNES, V. M. A. Atenção Primária à Saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil. **Ver. Port. Saúde Pública**, n. 34, v.1, p.92-100, 2016.

QUINTAS, J. L.; CAMARGOS, E. F.; MELO, C. V. S.; NÓBREGA, O. T. Influência da Escolaridade e da Idade em Testes Cognitivos. **Geriatr. Gerontol Aging**, n. 11, v. 4, p. 165-169, 2017.

SANTOS, S. P. NUANCES DA CURADORIA: promovendo educação em direitos nas ILPI'S sem fins lucrativos de Salvador-BA. *Revista de Políticas Públicas*, v. 22, p. 911-928, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2018.

SOUZA, M. C.; BERNARDES, F. R.; MACHADO, C. K; FAVORETTO, N. C.; CARLETO, N. G.; SANTO, C. E.; BELAUNDE, A. M. A. Relação entre aspectos cognitivos, sociodemográficos e fluência verbal de idosos ativos. **Rev. CEFAC**, v. 20, n.4, jul- ago, 2018.

TAVARES, D. M. S.; FERREIRA, P. C. S.; DIAS, F. A.; SOUZA, L. M.; GONÇALVES, J. R. L.; RODRIGUES, L. R. Aspectos sociodemográficos e desempenho cognitivo de idosos residentes na zona rural. **Av Enferm.**, v. 35, n.3, p.275-283, 2017.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, n.21, v.4, p.539 -548. Brasília, 2012.

VIEIRA, R. S.; VIEIRA, R. S. Saúde do Idoso e Execução da Política Nacional da Pessoa Idosa nas Ações Realizadas na Atenção Básica à Saúde. **R. Dir. sanit.** , v.17, n.1, p.14- 37, mar./jun. 2016.

WIKIPEDIA. Juazeiro do Norte. **In: Wikipedia, a enciclopédia livre**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Juazeiro_do_Norte. Acesso em: 14 jul. 2018.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO PARA ELABORAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
E CLÍNICO DO PACIENTE IDOSO

1) Iniciais da ILPI: _____

2) Iniciais do Idoso: _____

3) Idade: _____ 4) Data de Nascimento: ____/____/____ 5) Sexo: () Feminino () Masculino

6) Raça ou Cor:

() Branca () Preta () Amarela () Parda Outros: _____

7) Nível de Escolaridade:

() analfabeto(a) () 1 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () maior ou igual a 12 anos

8) Situação Conjugal:

() casado(a) () solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a) () Outros: _____

9) Número de filhos:

() Nenhum () Um filho () 2 filhos () 3 filhos () 4 filhos () Outros: _____

10) Renda:

() menos de 1 salário mínimo () 1 salários mínimo () 2 salários mínimos
Outros: _____

11) Local de procedência:

() Domicílio próprio () domicílio de parentes () Hospital () Desabrigado ()
Outros: _____

12) _____ Cidade _____ e _____ Estado _____ de
procedência: _____

13) Motivo principal da institucionalização:

() Morava sozinho () Dificuldade financeira () Vontade própria () Vítima de maus-tratos () Dificuldade de suporte familiar () Abandono ()

Outros: _____

13) Data da Institucionalização: _____

14) Tempo de Institucionalização (em meses):

() 1 a 3 meses () 4 a 7 meses () 8 a 11 meses () 12 meses () Outros: _____

15) É portador de alguma deficiência visual e/ou auditiva grave não corrigida?

() Sim () Não Qual: _____

16) Apresenta doenças reumáticas ou neurológicas que dificultem a movimentação das mãos?

() Sim () Não Qual: _____

17) Apresenta doenças mentais ou estágio avançado de distúrbio cognitivo?

() Sim () Não Qual: _____

18) Doenças diagnosticadas:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Diabetes Mellitus () Doença de Alzheimer

() Doença de Parkinson () Outros:

19) Medicações em uso:

20) Número de hospitalizações nos últimos 12 meses:

() Não houve () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () Outro:

21) Recebe visitas de algum familiar?

() Sim () Não

Quem? _____

Com que frequência? () Diariamente () Semanalmente () Quinzenalmente () Mensalmente () Trimestralmente () Outros: _____

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO DA ILPI COMO
INTEGRANTE DO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1) Iniciais do Responsável Técnico:_____

2) Data de Nascimento:_____ 3) Idade:_____

4) Grau de escolaridade:

() Nível médio () Nível superior () Outros:_____

5) Formação Profissional:_____

6) Tipo de vínculo com a ILPI:

() Trabalho remunerado () Trabalho voluntário ()

Outros:_____

7) Você reconhece que é direito dos idosos serem assistidos pela Estratégia Saúde da Família de seu bairro?

() Sim () Não () Não sei informar

8) Os idosos institucionalizados já foram cadastrados pelo Agente Comunitário de Saúde?

() Sim () Não () Não sei informar

9) Se respondeu a pergunta 2, este profissional de saúde realiza visitas à Instituição com que frequência?

() Semanal () Quinzenal () Mensal () Outros:

10) Vocês recebem visitas rotineiras realizadas pelos profissionais de saúde da Unidade Básica?

() Sim () Não Com que frequência? _____

11) Qual profissional de saúde da UBS apresenta maior vínculo com a Instituição?

() Enfermeiro () Médico () Odontólogo ()

Outros: _____

12) A UBS apresenta em sua equipe o Cirurgião-dentista? Se sim, este profissional presta assistência aos idosos abrigados?

() Sim () Não () Não sei informar

13) Você saberia informar os horários de funcionamento da UBS do seu bairro?

() Sim () Não () Não sei informar

14) Quando a UBS está aberta e algum idoso adoecer, alguém deste serviço o atende no mesmo dia?

() Sim, sempre () Sim, às vezes () Não

15) Quando a UBS do bairro está fechada e o idoso adoecer para qual serviço de saúde ele é levado?

() Unidade de Pronto Atendimento () Hospital público () Hospital ou Clínica Particular () Outros: Qual? _____

16) Você conhece o profissional Médico (a) que trabalha na UBS?

() Sim () Não

17) Você conhece o Enfermeiro (a) que trabalha na UBS?

() Sim () Não

18) Você conhece o Cirurgião-dentista que trabalha na UBS?

() Sim () Não

19) Quando os idosos necessitam de encaminhamentos para serviços especializados ou consultas com especialista, quem o faz?

() Médico da UBS () Outro profissional médico

20) Quais os serviços são ofertados pela Equipe de Saúde da Família?

() Visitas institucionais para consultas () Aconselhamento nutricional () Imunizações
 () Avaliação de saúde bucal () Tratamento dentário () Acompanhamento de
 problemas de saúde mental () Acompanhamento de problemas auditivos ()
 Acompanhamento de problemas de saúde visuais () Outros:

21) Em se tratando de Instituição que abriga idosos já foi ofertado a este local, pelos profissionais do serviço de saúde, algum aconselhamento com relação às mudanças que acontecem com o envelhecimento?

() Sim () Não () Não sei informar

22) Você acredita que o serviço de saúde apresenta o devido conhecimento dos problemas de saúde dos idosos institucionalizados?

() Sim () Não () Não sei informar

23) Nesta instituição os idosos já foram avaliados para alteração da função cognitiva?

() Sim () Não Quem o fez? _____

24) A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) realiza visitas nesta instituição?

() Sim () Não () Não sei informar

25) No caso de paciente acamados, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oferta serviços de acompanhamento nesta Instituição?

() Sim () Não () Não sei informar

26) Você se sente satisfeito, enquanto responsável técnico de uma ILPI, com a atenção ofertada pela Estratégia Saúde da Família?

() Sim () Não

APÊNDICE C
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO COGNITIVA DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS, MINI EXAME DO ESTADO MENTAL,
ADAPTADO DE BRUCKI ET. AL (2003).

Iniciais do idoso: _____

Data: _____ Escolaridade: _____

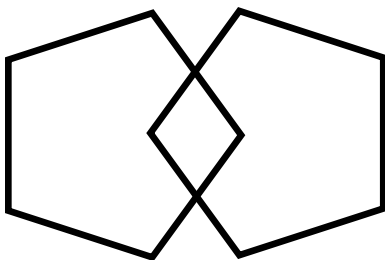
CIRCULE CADA PONTO se ACERTAR ou ... ESCREVA A RESPOSTA RISQUE com X se ERRAR		
Orientação temporal – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta).		
Que dia é hoje?	1	
Em que mês estamos?	1	
Em que ano estamos?	1	
Em que dia da semana estamos?	1	
Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)	1	
Orientação espacial – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)		
Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão).	1	
Que local é este aqui? (apontando para o redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).	1	
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	1	
Em que cidade nós estamos?	1	
Em que Estado nós estamos?	1	
Memoria imediata: Eu vou dizer três palavras e você ira repeti-las a seguir: (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros).		

Carro	1	
Vaso	1	
Tijolo	1	
Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.		
93	1	
86	1	
79	1	
72	1	
65	1	
Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada.		
Carro	1	
Vaso	1	
Tijolo	1	
Nomeação: peça para o sujeito nomear objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.		
Relógio	1	
Caneta	1	
Repetição: preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto).		
“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	1	
Comando: pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.		
	1	
	1	

	1	
Leitura: mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o individuo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar comando.		
	1	
Frase: peça ao individuo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto)		
Cópia de desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).		
	1	

Escores medianos por escolaridade: para analfabetos, 20; de 1 a 4 anos, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

Frase:



APÊNDICE D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VANESSA MACÊDO CRUZ CORDEIRO DE MORAIS, portadora de RG n° 2000034026186, pós-graduanda do Mestrado Profissional em Saúde da Família-RENASF, nucleadora Universidade Regional do Cariri- URCA está realizando a pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, que tem como objetivo avaliar o estado cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência; Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos institucionalizados e verificar a relação existente entre a Instituição de Longa Permanência para Idosos e a Estratégia Saúde da Família. Para isso, está fazendo um estudo que consta das seguintes etapas: ELABORAÇÃO, QUALIFICAÇÃO DO PROJETO, ENVIO PARA O COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI, COLETA DOS DADOS, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS, APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.

Por essa razão, o (a) Sr. (a) está sendo convidado a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em RESPONDER AO QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO E/OU SUBMETER-SE A APLICAÇÃO DE UM TESTE DE RASTREIO COGNITIVO, O MINI EXAME DO ESTADO MENTAL. Este teste se utilizará de um instrumento validado nacionalmente. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo que será amenizado mediante a realização da pesquisa em local iluminado, calmo e reservado, respeitando-se as limitações e individualidades de cada participante. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto ou sejam detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu VANESSA MACÊDO CRUZ CORDEIRO DE MORAIS serei o responsável pelo encaminhamento a UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO EM QUE CADA INSTITUIÇÃO SE LOCALIZAR. Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de DAR MAIOR VISIBILIDADE AO PÚBLICO IDOSO INSTITUCIONALIZADO, RECONHECIDO POR INTEGRAR O TERRITÓRIO DE RESPONSABILIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E MELHORAR A

CAPACIDADE DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA DOS LONGEVOS.

Todas as informações que o Sr (a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas RESPOSTAS, DADOS PESSOAIS, AVALIAÇÕES MENTAIS serão confidenciais e seu nome não aparecerá nos QUESTIONÁRIOS E/OU FICHAS DE AVALIAÇÃO e nem quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá nenhum prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a ENTREVISTA E/OU AVALIAÇÃO MENTAL.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar VANESSA MACÊDO CRUZ CORDEIRO DE MORAIS, telefone (88) 99706-6811, ANTÔNIO GERMANE ALVES PINTO, telefone (88) 99608-4555, ESTELITA LIMA CÂNDIDO, telefone (88) 9103-7247, endereço Av. Castelo Branco, 4502, Betolândia, Juazeiro do Norte-CE, nos seguintes horários das 07h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88)3102.1212 ramal 2424, Crato CE.

Se o (a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Crato-Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

ANEXO
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL, VALIDAÇÃO BRASILEIRA
PROPOSTA POR BRUCKI ET AL. 2003.

Apendice - Mini-exame do estado mental

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Que dia é hoje?*
- *Em que mês estamos?*
- *Em que ano estamos?*
- *Em que dia da semana estamos?*
- *Qual a hora aproximada?* (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Em que local nós estamos?* (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- *Que local é este aqui?* (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- *Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima.*
- *Em que cidade nós estamos?*
- *Em que Estado nós estamos?*

Memória imediata: *Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:* carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

Repetição: *Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim:* "Nem aqui, nem ali, nem lá".

Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: *Pegue este papel com a mão direita* (1 ponto), *dobre-o ao meio* (1 ponto) e *coloque-o no chão* (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita "FECHE OS OLHOS" e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)