



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Adilson Fernando Novaes Filho

**“Déficit cognitivo, dependência e suas complicações”**

Rio de Janeiro  
2016

Adilson Fernando Novaes Filho

**“Déficit cognitivo, dependência e suas complicações”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientador: Ana Maria Porto da Costa  
Co-Orientador: Paulo Cavalcante Apratto Júnior

Rio de Janeiro  
2016

## RESUMO

Nos últimos anos, o conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) em idosos tem sido um tópico muito presente na literatura sobre envelhecimento e demência. Esta condição refere-se a idosos que têm algum grau de perda cognitiva quando comparados a pessoas normais da mesma faixa etária, mas que não preenchem critérios para demência. A importância do tema se justifica pela possibilidade de se determinar marcadores que possam sinalizar o grupo de indivíduos que evoluirá para um quadro demencial, e também pela perspectiva de intervenção neste grupo visando impedir este desfecho. O presente estudo tem como objetivo identificar os usuários da unidade de saúde PSF Monte Sol (Marfel) com problemas de memória, cognição, dependência funcional e alterações nas atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), e como essas alterações podem acarretar em suas comorbidades e qualidade de vida.

Descritores: Mini-Exame do Estado Mental; Cognição; Katz; Lawton; Dependência.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	5
1.1 Situação Problema .....	6
1.2 Justificativa .....	6
1.3 Objetivos .....	7
Objetivo Geral .....	7
Objetivo Específico .....	7
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	7
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	8
3.1 Público-alvo .....	8
3.2 Desenho da Operação .....	8
3.3 Recursos Necessários .....	12
3.4 Cronograma .....	12
3.5 Resultados Esperados .....	12
3.6 Discussão .....	13
<b>4. CONCLUSÃO</b> .....	14
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	15

## 1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial e está ocorrendo em nível sem precedentes. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos. Este referencial, entretanto, é válido para habitantes de países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos. Esse segmento da população, pelo próprio processo de envelhecimento, apresenta maior prevalência de doenças crônico-degenerativas.

O atual conceito de saúde engloba não meramente a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse contexto, a avaliação dos idosos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), deve incluir não só o diagnóstico das moléstias, mas também uma compreensão quanto aos aspectos funcionais (LOURENÇO, 2006). Queixas de memória são comuns durante o envelhecimento normal, constituindo síndromes classificadas como “esquecimento senescente benigno”, “comprometimento da memória associado à idade” e “comprometimento cognitivo leve (CCL)” (MELO E SOUZA, 2013).

Nos últimos anos, o conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) em idosos tem sido um tópico muito presente na literatura sobre envelhecimento e demência. Esta condição refere-se a idosos que têm algum grau de perda cognitiva quando comparados a pessoas normais da mesma faixa etária, mas que não preenchem critérios para demência. A importância do tema se justifica pela possibilidade de se determinar marcadores que possam sinalizar o grupo de indivíduos que evoluirá para um quadro demencial, e também pela perspectiva de intervenção neste grupo visando impedir este desfecho.

O presente estudo tem como objetivo identificar os usuários da unidade de saúde PSF Monte Sol (Marfel) com problemas de memória, cognição, dependência funcional e alterações nas atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), e como essas alterações podem acarretar em suas comorbidades e qualidade de vida. Nesta condição é inserida o que se denomina avaliação funcional onde se busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio

de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (Duarte, 2011). A população alvo, será estudada com bases nas coletas de dados usando Mini-Exame do Estado Mental, Índice de Katz e Lawton, os dados serão analisados conforme suas respectivas pontuações, o período de avaliação será de 3 meses, com todos os idosos, acima de 60 anos, que procuram o PSF para suas consultas ambulatoriais de rotina.

### **1.1 Situação-problema**

Em busca de um processo de intervenção, iniciou-se uma avaliação dos principais problemas que a unidade apresentava no início de 2015, e dentre os analisados quais poderiam sofrer uma intervenção, passível de modificações ao longo do ano, e a obtenção de algum tipo de resultado. Foi observado uma frequência grande de pacientes idosos que procuravam a unidade de saúde queixando-se de “esquecimento” e em busca de soluções para melhorar esse sintoma.

### **1.2 Justificativa**

A ideia de abordar os pacientes idosos que chegam até o PSF, é de fato, identificar aqueles que são mais propensos a terem complicações devido a suas capacidades diminuídas, pois muitos deles apresentam descontrole dos tratamentos para doenças crônicas, como, hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica e diabetes, agravando não apenas o quadro de suas comorbidades, mas também o comprometimento cognitivo evitando e/ou diminuindo suas complicações de saúde e ofertando uma melhor qualidade de vida, pois esses pacientes tem mais risco de quedas e fraturas, reações adversas a drogas, delirium, são mais propensos a fazerem uso de medicação incorretamente, bem como a falhas na aderência a tratamentos ou intoxicação por excesso de dosagem medicamentosa. A perda da capacidade funcional leva um aumento de descompensações das patologias de base existentes, acarretando o aumento de internações hospitalares e consequentemente da mortalidade (Estrella, 2009).

### 1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Identificar os idosos que apresentam déficit cognitivo e contribuir para a qualificação do cuidado ao idoso no PSF Monte Sol.

- *Objetivos específicos*

1. Identificar os idosos que apresentam capacidade funcional diminuída;
2. Avaliar a necessidade da formação de grupos específicos (grupo de idosos, grupo de cuidadores, grupo de reabilitação);
3. Aumentar o vínculo cuidadores/equipe de saúde da família;
4. Indicar ou propor cuidadores para os idosos que apresentem dependência que vivem sozinhos ou com outros idosos.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

É importante pesquisar fatores relacionados ao envelhecimento, como forma de cuidado a futura população idosa. Durante o processo de envelhecimento humano é possível observar mudanças no desempenho de algumas habilidades cognitivas, embora estes prejuízos não afetem necessariamente a vida cotidiana de pessoas idosas e seus familiares. O declínio cognitivo é uma variável importante a ser investigada já que se encontra associada a uma série de prejuízos como tonturas, instabilidade, depressão, entre outros (ARGIMON, 2012).

É essencial que as equipes da Estratégia de Saúde da Família busquem a prevenção de doenças, além de intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na capacidade funciona (BARBOSA, 2014)

Vale comentar que um programa de cuidado integral à pessoa idosa necessitar envolver acompanhamento domiciliar, todavia, esta modalidade precisa estar de fato integrada aos demais processos assistências, de modo a ver seus resultados

amplificados tanto na reabilitação e manutenção de saúde dos pacientes, quanto para atingir os melhores resultados de custo/efetividade (ESTRELLA, 2009).

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Público-alvo**

O processo de intervenção foi direcionado para todos aqueles pacientes com 60 anos ou mais, que fazem acompanhamento ambulatorial no PSF Monte Sol (MARFEL), com ou sem acompanhante nas consultas e que preenchem os seguintes critérios de inclusão: ausência de perda visual e/ou auditiva, eventualmente corrigidas; ausência de alterações motoras (ortopédicas/reumatológica) que prejudicassem seu desempenho; ausência de patologias psiquiátricas e neurológicas graves que prejudicassem sua comunicação e entendimento. Não havendo discriminação de sexo e cor.

#### **3.2 Desenho da operação**

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, de base populacional com idosos de 60 anos ou mais, adscritos no PSF Monte Sol (MARFEL), que fazem acompanhamento ambulatorial com ou sem acompanhante. Esta população totalizou 100 indivíduos.

O estudo se baseou em realizar o rastreamento cognitivo da população idosa usando o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) figura 1, sendo classificados em 2 grupos, de acordo com a escolaridade, os analfabetos e ou pouca escolaridade (considerados aqueles com nenhuma ou com menos de 4 anos de estudos) e os com instrução escolar e o outro grupo de não analfabetos (considerados aquelas com 4 ou mais anos de estudos), pois sabidamente, vários estudos já mostraram que a escolaridade influencia no desempenho do resultado da avaliação do MEEM (LOURENÇO, 2006; BRUCK, 2003; BERTOLUCCI, 1994; ARGIMON, 2012), devido a isso foi padronizado o ponto de corte para classifica-los com déficit de cognitivo <19 (analfabetos) e <24 (não analfabetos) (LOURENÇO, 2006). Os



idosos com comprometimento cognitivo pelo MEEM, passaram por mais uma avaliação para serem rastreados quanto ao comprometimento da capacidade funcional, sendo aplicado os índices de Katz [figura 2](#) e Lawton [figura 3](#), avaliando as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), respectivamente.

**Figura 1 – MEEM**

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**  
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_  
Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO**

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

**MEMÓRIA IMEDIATA**

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )

(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

**EVOCAÇÃO**

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

**LINGUAGEM**

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts) .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

**SCORE: (\_\_\_/30)**



O MEEM é um questionário que permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas. É constituído por várias questões, que avaliam a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. É atribuído 1 ponto a resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos, a interpretação da pontuação final depende do nível de escolaridade como já mencionado anteriormente, o ponto de corte para classifica-los com déficit de cognitivo <19 (analfabetos) e <24 (não analfabetos), (LOURENÇO, 2006).

**Figura 2 – Índice de Katz**

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998<sup>(20)</sup>

O índice de Katz permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas ABVD: banho, vestir, utilização do sanitário, transferência de cadeira/cama, controle esfinteriano e alimentação. As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação. Para cada ABVD o idoso é classificado como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). A pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente total), 1-2 (dependente grave), 3-4 (dependente moderado), 5 (dependente leve) e 6 (independente).

Figura 3 – Índice de Lawton

Âmbito de avaliação	Pontos	
	Homens	Mulheres
<b>Uso do telefone</b>		
Utilizar o telefone por iniciativa própria, pesquisar e discar números.	1	1
Saber discar números conhecidos.	1	1
Atender ao telefone, porém não sabe discar.	1	1
Não utiliza o telefone em absoluto.	0	0
<b>Compras</b>		
Realiza todas as compras necessárias de maneira independente	1	1
Somente sabe fazer pequenas compras	0	0
Necessita ir acompanhado para qualquer compra.	0	0
Completamente incapaz de fazer compras.	0	0
<b>Preparo da refeição</b>		
Organiza, prepara e serve qualquer comida sozinha.	-	1
Prepara a comida sozinha somente se os ingredientes são proporcionados.	-	0
Prepara, esquenta e serve a comida, porém não segue uma dieta adequada.	-	0
Necessita que lhe preparem e sirvam a comida.	-	0
<b>Tarefas domésticas</b>		
Realiza as tarefas de casa sozinha, somente com uma ajuda ocasional.	-	1
Realiza tarefas leves (lavar pratos, arrumar camas, ...).	-	1
Realiza tarefas rápidas, porém não mantém um nível de limpeza adequada.	-	1
Necessita de ajuda, porém realiza todas as atividades domésticas.	-	1
Não participa e não faz nenhuma tarefa.	-	0
<b>Lavar a roupa</b>		
Lava a roupa sozinha	-	1
Lava somente peças pequenas sozinha.	-	1
A roupa deve ser lavada por outra pessoa	-	0
<b>Transporte</b>		
Viaja sozinho (a), utiliza transporte público/dirige carro.	1	1
Locomove-se de táxi, não utiliza outro transporte público.	1	1
Viaja somente de transporte público e vai acompanhado (a).	1	1
Limitado(a) a viajar de táxi ou carro, acompanhado de outra pessoa (adaptado).	0	0
Não viaja em absoluto	0	0
<b>Responsabilidade sobre as medicações</b>		
É capaz de tomar a medicação na hora e nas doses corretas.	1	1
Toma a medicação somente se é preparada previamente.	0	0
Não é capaz de tomar a medicação sozinho (a).	0	0
<b>Capacidade de utilizar o dinheiro</b>		
Responsabiliza-se por assuntos econômicos sozinho (a).	1	1
Encarrega-se das compras diárias, mas necessita de ajuda para ir ao banco.	1	1
Incapaz de utilizar o dinheiro.	0	0

Índice que permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por atividades instrumentais de vida diária (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem de roupa, utilização de meios de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros. Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). No caso dos homens não se contabilizam a preparação das refeições, as tarefas domésticas e a lavagem de roupa. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

### 3.3 Recursos Necessários

Os recursos utilizados foram folhas de papel A-4 para impressão do MEEM, índices de Katz e Lawton, grampos, canetas e sala de atendimento médico da Prefeitura de Nova Iguaçu.

### 3.4 Cronograma

A coleta de dados foi feita em 3 meses (12 semanas), iniciada em julho de 2015 e terminando em outubro de 2015. Eram realizadas 3 vezes por semana, durante as consultas médicas, totalizando 10 pacientes.

DATA	NUMERO DE PACIENTES
Semana 1	13
Semana 2	19
Semana 3	24
Semana 4	38
Semana 5	47
Semana 6	55
Semana 7	67
Semana 8	70
Semana 9	79
Semana 10	89
Semana 11	95
Semana 12	100

### 3.5 Resultados

O resultado encontrado na pesquisa foi dos 100 idosos avaliados pelo MEEM, em números absolutos, o valor encontrar de déficit cognitivo foi de 24% (24 indivíduos), sendo 76% (76 indivíduos) não apresentaram perda de cognição pela

MEEM. Quando separados pela escolaridade, 54% (54 indivíduos) são alfabetizados e 46% (46 indivíduos) não alfabetizados, dentre os alfabetizados 25,92% (14 indivíduos) e no grupo dos não alfabetizados 28,57% (10 indivíduos) apresentaram déficit cognitivo.

Aplicando os índices de Katz nos idosos que apresentaram déficit cognitivo, obteve o seguinte resultado em números absolutos: dos 14 alfabetizados, 2 apresentaram dependência moderada e os outros 12 apresentaram independência, para suas ABVD. Dos 10 não alfabetizados, 2 também apresentaram dependência moderada e os outros 8 apresentaram independência, para suas ABVD.

Sendo assim, também nos mesmos pacientes aplicando o índice de Lawton, que obtiveram déficit cognitivo, os resultados em números absolutos foram: dos 14 alfabetizados, 2 apresentaram dependência moderada, 4 apresentaram de dependência leve e 8 apresentaram independência, para suas AIVD. Dos 10 não alfabetizados, 2 apresentaram dependência grave, 2 apresentaram dependência moderada, 4 apresentaram dependência leve e 2 apresentaram independência, para suas AIVD.

### **3.6 Discussão**

Ao avaliarmos os dados obtidos do estudo, observamos que 24% dos indivíduos apresentam comprometimento cognitivo uma prevalência bastante importante nos idosos da área correspondida pela PSF, mostrando a grande importância de investir na saúde do idoso. O ponto de corte sugerido por *Lourenço e Veras 2006* foi significativo pois não ocorreu grande discrepância no resultado do MEEM nos idosos alfabetizados e não alfabetizados, 25,92% e 28,57% apresentaram déficit de atenção respectivamente, sendo um bom parâmetro para rastreio na população. Quando comparamos os índices de Katz e Lawton, observou-se uma maior prevalência nas AIVD do que nas ABVD considerando todos idosos com déficit cognitivo comprometido, 58,33% e 16,66% respectivamente, o que está de acordo com outras pesquisas (MILLÁN-CALENTI, 2010; FREITAS, 2012). Hierarquicamente, as perdas ocorrem de atividades instrumentais de vida diária para

atividades básicas de vida diária, devido às AIVD exigirem maior integralidade física e cognitiva comparada às ABVD.

#### **4. CONCLUSÃO**

É importante pesquisar fatores relacionados ao envelhecimento, como forma de cuidado a população idosa. Durante o envelhecimento é possível observar mudanças no desempenho de algumas habilidades cognitivas, o declínio cognitivo deve ser investigado já que se encontra associado a uma série de prejuízos como tontura, instabilidade, depressão, entre outros (MACHADO, 2011). Fica evidente a necessidade da busca precoce do declínio cognitivo a fim de identificar a causa base e fazer o tratamento eficaz.

Concluimos que o presente estudo mostrou a grande prevalência de déficit cognitivo e perda da capacidade funcional na população idosa. Portanto não foi possível avaliar a causa desses danos, porém, sabidamente grande parte dos idosos faz tratamento para doenças crônicas como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, deficiência de vitaminas, aterosclerose, hipotireoidismo, sequelas de acidente vascular encefálico e outras causas que podem levar a perda da cognição e capacidade.

A capacidade funcional influencia na qualidade de vida dos idosos. Nesse sentido, as equipes de Estratégia de Saúde da Família, devem identificar dados referentes à fragilidade dos idosos e da atenção à saúde dos mesmos, além de seus pontos passíveis de intervenção para eliminação de fatores de risco relacionados com a capacidade funcional.

Com o aumento da longevidade, é essencial realizar a prevenção do déficit cognitivo para os idosos terem uma vida mais saudável, evitando esquecimentos e/ou abusos das doses de seus medicamentos, diminuindo a frequência de internações e descompensações, evitando quedas, sendo mais ativos capacitados e terem melhor qualidade de vida.

São necessárias investigações complementares para que possamos compreender melhor a transição entre o envelhecimento cognitivo normal e o patológico. Muitas pesquisas são necessárias, mas é na atenção básica,

principalmente o PSF que poderá iniciar essas pesquisas e impedir que processos patológicos se desenvolvam.

Assim sendo, devido os dados apresentados, foi criado um grupo educativo de idosos e cuidadores, para fortalecer o vínculo dos idosos ao PSF, e eles poderem estar melhor orientados e assistidos, por parte dos agentes de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médico e os cuidadores. Nesse grupo os cuidadores são capacitados para realizar o cuidado e entender as dificuldades vivenciadas pelos idosos.

As ações realizadas por meio de grupos educativos nas ESF são um processo dinâmico, levando a interação direta com o sujeito necessitado, tornando a informação mais acessível e apropriado com um certo dinamismo, facilitando a aderência e instruindo comportamentos novos diante dos problemas de saúde.

Neste sentido, estimula-se a educação em saúde, o diálogo e a reflexão da equipe multidisciplinar junto ao grupo de apoio a cuidadores tornando um momento de troca de experiências junto a capacidade de entender melhor a situação encontrada quando ambos compreendem o processo de envelhecimento e suas possíveis implicações na sua vida e na pessoa idoso a qual o acompanha.

Apesar das dificuldades impostas, a equipe pôde perceber a importância do Grupo e a necessidade de dar continuidade ao projeto, estruturando as apresentações de forma a atenderem essa referida população. Surge, assim, a necessidade de introduzir projetos como este para que a possa conquistar melhorias na comunidade e nas vidas dos idosos necessitados. Englobando a equipe de saúde multidisciplinar, a população, os idosos, os cuidadores e a própria comunidade, para uma melhor compreensão do processo saúde-doença do idoso e à criação de estratégias que contribuam no enfrentamento dessas mudanças.

## **REFERÊNCIAS**

LOURENÇO, R.A. e Veras, R.P. – Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais, 2006. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000500023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023) [capturado em 22 Outubro 2015].

ESTRELLA, K. *et al* – Programa de prevenção de internação para idosos na saúde suplementar: relato de caso, 2012. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/img\\_tse/v12n3/pdf/relato.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n3/pdf/relato.pdf) [Capturado em 22 de Outubro 2015].

BARBOSA, B.R. *et al* – Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade, 2014. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_arttext) <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462004000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590:S1516-44462004000100008>. [Capturado em 22 Outubro 2015].

DUARTE, Y.A.O.; Andrade, C.L.; Lebrão, M.L. – O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos, 2011. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200021&script=sci_arttext) [Capturado em 22 Outubro 2015].

BRUCKI, S.M.D. *et al* – Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil, 2003. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2003000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014) [Capturado em 22 Outubro 2015].

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al* – O mini-exame do estado mental em uma população geral, impacto da escolaridade, 1994. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1994000100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001) [Capturado em 22 Outubro 2015].

ARGIMON, I.I.L. *et al* – Gênero e escolaridade: estudo através do mini-exame do estado mental (MEEM) em idosos, 2012. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115028213012.pdf> [Capturado em 22 Outubro 2015].

MELO-SOUZA, S.E. *et al* – Tratamento das Doenças Neurológicas (Terceira edição), 2013.

MILLÁN-CALENTI J.C. *et al* – Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality, Arch Gerontol Geriatric 2010; 50(3):306-310.

FREITAS R.S. *et al* – Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. Acta Paul Enferm 2012; 25(6):933-939.