



## Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo\*

*Functional assessment of elderly with cognitive deficit*

*Evaluación funcional de ancianos con déficit cognitivo*

Ana Macli Leite Macêdo<sup>1</sup>, Ednéia Albino Nunes Cerchiari<sup>2</sup>, Márcia Regina Martins Alvarenga<sup>3</sup>, Odival Faccenda<sup>4</sup>, Maria Amélia de Campos Oliveira<sup>5</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o perfil social e a capacidade funcional de idosos com déficit cognitivo. **Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, transversal, com 503 idosos de 60 anos e mais com *deficit* cognitivo, residentes em Dourados, (MS) e assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas domiciliares, com um questionário estruturado para variáveis sociodemográficas e condições de saúde, o Miniexame do Estado Mental e a Medida de Independência Funcional. **Resultados:** Foram identificados 215 idosos com *deficit* cognitivo, dos quais 32 (14,9%) apresentavam algum grau de dependência. Houve maior grau de dependência no sexo masculino e na faixa etária de 80 anos e mais. As dimensões locomoção e cognição apresentaram os menores valores. **Conclusão:** Os diagnósticos cognitivos e funcionais são fundamentais para o planejamento de ações que favoreçam a promoção e manutenção da capacidade funcional do idoso. **Descritores:** Atenção primária à saúde; Saúde do idoso; Cognição; Avaliação geriátrica

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the social profile and functional capacity of elderly with cognitive deficit. **Methods:** A quantitative, descriptive, transversal study with 503 elderly of 60 years and older with *cognitive deficit*, living in Dourados, (MS), Brazil, and assisted by the Family Health Strategy (FHS). Data collection was performed by means of home interviews, with a structured questionnaire for sociodemographic variables and health conditions, the *Mini Mental State Examination* and the *Functional Independence Measure*. **Results:** We identified 215 elderly patients with cognitive deficit, of whom 32 (14.9%) presented some level of dependency. There was a greater level of dependence in the male gender and those aged 80 years and more. The dimensions of movement and cognition presented the lowest values. **Conclusion:** The cognitive and functional diagnoses are fundamental for planning actions that favor the promotion and maintenance of functional capacity of the elderly.

**Keywords:** Primary health care; Health of the elderly; Cognition; Geriatric assessment

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir el perfil social y la capacidad funcional de ancianos con déficit cognitivo. **Métodos:** Estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo, transversal, realizado con 503 ancianos de 60 años y más con déficit cognitivo, residentes en Dourados, (MS) y asistidos por la Estrategia Salud de la Familia (ESF). La recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas domiciliarias, con un cuestionario estructurado para variables sociodemográficas y condiciones de salud, el Mini examen del Estado Mental y la Medida de Independencia Funcional. **Resultados:** Fueron identificados 215 ancianos con déficit cognitivo, de los cuales 32 (14,9%) presentaban algún grado de dependencia. Hubo mayor grado de dependencia en el sexo masculino y en el grupo etáreo de 80 años y más. Las dimensiones locomoción y cognición presentaron los menores valores. **Conclusión:** Los diagnósticos cognitivos y funcionales son fundamentales para la planificación de acciones que favorezcan la promoción y manutención de la capacidad funcional del anciano.

**Descriptores:** Atención primaria de salud; Salud del anciano; Cognición; Evaluación geriátrica

\* O estudo intitulado "Estado funcional de idosos com déficit cognitivo assistidos pelas Equipes de Saúde da Família de Dourados" foi desenvolvido no laboratório de pesquisa do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul pela aluna Ana Macli Leite Macedo, em Dourados (MS), Brasil.

<sup>1</sup> Enfermeira, graduada pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul – UEMS – Dourados (MS), Brasil.

<sup>2</sup> Psicóloga/psicanalista, Doutora. Professora do Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS – Dourados (MS), Brasil.

<sup>3</sup> Doutora, professora do curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS – Dourados (MS), Brasil.

<sup>4</sup> Estatístico, Doutor. Professor do curso de Ciência da Computação, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS – Dourados (MS), Brasil.

<sup>5</sup> Livre-docente. Professora Titular da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo – USP – São Paulo (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

Denomina-se envelhecimento populacional a mudança na estrutura etária de uma determinada população em que há aumento do número relativo das pessoas idosas. Esse processo vem acontecendo há várias décadas em todo o mundo. No Brasil, ocorreu de forma especialmente rápida, sem ser acompanhado por mudanças políticas e sociais compatíveis com o novo perfil demográfico.<sup>(1)</sup>

Essa realidade demanda a proposição de políticas públicas, em especial, as de saúde, pelo fato de os idosos serem um grupo particularmente vulnerável ao adocimento.<sup>(2,3)</sup>

A perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, da autonomia, é o principal problema que pode afetar os idosos.<sup>(3)</sup> Dificuldades ou limitações na realização das atividades cotidianas podem levá-los a depender de outras pessoas, tanto por causa de enfermidades físicas como por doenças mentais, e ambas as condições constituem importantes fatores de risco à mortalidade e à perda de autonomia.<sup>(4)</sup>

A dependência envolve mais que os aspectos físicos; inclui também fatores cognitivos, condições emocionais, sociais e econômicas.<sup>(2)</sup> Os determinantes sociais, econômicos e culturais somam-se à presença de algumas doenças, deficiências ou problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos idosos.<sup>(3)</sup>

A avaliação funcional é um método sistemático de analisar a capacidade de o idoso funcionar em seu ambiente, identificando habilidades ou deficiências no autocuidado e as necessidades relacionadas às atividades diárias. A avaliação do estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica.<sup>(2,5)</sup> Escalas de diversos tipos, conhecidas como “instrumentos da avaliação funcional”, são utilizadas para averiguação da capacidade de o idoso realizar Atividades da Vida Diária (AVD), que compreendem: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD). A avaliação funcional contribui com subsídios importantes para se planejar a assistência adequada para os idosos com déficit cognitivo. Para cada tipo de AVD, existem instrumentos específicos.<sup>(2,5)</sup>

Em 2006, a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Sua finalidade primordial é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”.<sup>(6)</sup> A Portaria enfatiza que, na pessoa idosa, a saúde expressa-se mais pela condição de independência e autonomia que pela presença ou ausência de doença orgânica. Entende-se por autonomia, a capacidade de autogoverno, que se manifesta na liberdade para agir e tomar decisões

sobre si mesmo, isoladamente do grau de dependência ou incapacidade.<sup>(6)</sup>

A Enfermagem exerce um papel de relevância na identificação e no monitoramento das condições de saúde de diferentes grupos sociais. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a Atenção Básica passou a contar com equipes formadas por médicos e enfermeiras, na proporção de 1:1, permitindo às enfermeiras assumir uma função mais assistencial em substituição ao papel gerencial que tradicionalmente desempenhavam nas Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, ampliou-se sua ação clínica, ao mesmo tempo em que aumentaram as demandas assistenciais para as equipes, que passaram a atuar de forma proativa, identificando as necessidades de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais do território e não mais no atendimento à demanda espontânea.

A atenção à saúde do idoso na rede de Atenção Básica, em especial, o cuidado no domicílio, representa mais um desafio para o Sistema de Saúde, particularmente, às equipes da ESF. À enfermeira cabe um papel de extrema relevância nesse processo, pelas características próprias de sua ação profissional como: o monitoramento das condições de vida e saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais, a identificação de suas necessidades, a proposição de um projeto de intervenção, pactuado com os diferentes sujeitos envolvidos e o provimento de cuidados à saúde, seguido da avaliação dos resultados alcançados.

Este estudo apresenta indicadores fomentadores de debates para a avaliação da capacidade funcional de idosos com déficit cognitivo, portanto, teve por objetivo identificar as condições sociais e de saúde de idosos com déficit cognitivo e sua relação com determinantes socioeconômicos e o grau de dependência funcional.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, do tipo transversal, realizado na região urbana de Dourados, Mato Grosso do Sul. Este município é o segundo maior do estado, e possuía, no período da pesquisa, um total de 181.869 habitantes<sup>(7)</sup>, dos quais 13.328 (7,3%) eram pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Das trinta equipes de saúde da família existentes na área urbana, na época da pesquisa, apenas 28 participaram do estudo, pois nem todas estavam com os cadastros das famílias residentes na área de abrangência.

O critério de inclusão utilizado foi idosos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais de idade, não institucionalizados e assistidos por Equipes de Saúde da Família (ESF). Foram excluídas as pessoas incapazes de se comunicar, e aqueles que se recusaram a participar ou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para escolha da amostra, foi usada a técnica de amostragem aleatória simples, tendo sido sorteados 672

idosos. Destes, cinco (0,7%) recusaram-se a participar do estudo, 135 (20,1%) não se encontravam no domicílio no momento da coleta de dados e 29 (4,3%) foram excluídos por incapacidade de comunicação; desse modo, a amostra final foi de 503 participantes. O número foi suficiente para detectar diferenças de, pelo menos, 9%, com nível de significância de 5% e poder do teste de 80%, considerando-se uma proporção estimada de 16,5% idosos com declínio cognitivo em relação à população acima de 60 anos.<sup>(8)</sup> Para os resultados foi considerada a avaliação do estado mental dos idosos com base no Miniexame do Estado Mental (MEEM), com pontuação indicativa de déficit cognitivo.

Os instrumentos usados foram um questionário para dados sociodemográficos, o Miniexame de Estado Mental (MEEM) para a avaliação do déficit cognitivo, e a Medida de Independência Funcional (MIF), para avaliação da funcionalidade.

No questionário para dados sociodemográficos, para a caracterização da população estudada as variáveis foram: idade (categorizada nas faixas 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), sexo, renda mensal *per capita* até 0,5 Salário Mínimo (SM), de 0,6 a 1,0 SM e acima de 1,0 SM, e o número e tipos de doenças autorreferidas.

O MEEM é um instrumento que avalia as funções cognitivas. É composto por questões agrupadas, de acordo com as funções cognitivas: orientação temporal e espacial, registro de memória de fixação, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e praxia construtiva. A pontuação total deste escore varia de 0 a 30 pontos. Para o rastreio do estado cognitivo em idosos deve-se adequar o ponto de corte à escolaridade, conforme as “Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil”.<sup>(9)</sup> Desse modo, foram adotados 20 e 25 como pontos de corte para não letrados e alfabetizados, respectivamente, respeitando a mediana do resultado do MEEM para ambas as condições.<sup>(10)</sup>

Portanto, dos 503 idosos entrevistados foram selecionados para este estudo os idosos cujo escore do MEEM foi menor que 20 pontos para indivíduos não letrados, e menor que 25 pontos, aos alfabetizados.<sup>(10)</sup> O MEEM foi usado com a finalidade de permitir a identificação da subamostra, não sendo, portanto, uma variável de estudo, propriamente dita, por ter sido utilizado apenas para rastreio da população.

A MIF é um instrumento de avaliação funcional que analisa o grau de independência do indivíduo em 18 Atividades de Vida Diária.<sup>(11)</sup> É dividido em dois domínios: MIF motora e MIF cognitiva, que se subdividem em dimensões (subescalas) para avaliação da independência no autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social.<sup>(11)</sup>

As atividades são avaliadas em uma escala de sete níveis de dependência, em que o nível 1 indica depen-

dência completa e o nível 7, independência completa. Os itens da MIF são somados para criar um escore total que varia de 18 (dependência total) a 126 pontos, que indica independência completa. O resultado total da MIF mede o nível de dependência, que, conforme alguns autores é assim classificado<sup>(12)</sup>: a) **18 pontos** – dependência completa (assistência total); b) **19 a 60 pontos** – dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa); c) **61 a 103 pontos** – dependência modificada (assistência de até 25% na tarefa) e d) **104 a 126 pontos** - independência modificada a completa. Após a identificação e classificação dos idosos com dependência, estes foram categorizados em independentes (com escore total  $\geq 104$  pontos) e algum grau de dependência para o autocuidado (escore total  $< 104$  pontos).

A aplicação dos questionários foi realizada no domicílio por uma equipe devidamente treinada e em companhia dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Realizou-se a coleta dos dados entre os meses de junho de 2007 e março de 2008. Os domicílios visitados foram sorteados (cerca de 20 idosos por ESF); as entrevistas foram individuais e realizadas em sessão única; os dados foram digitados em um banco de dados e tabulados em *software* de análise estatística. Para atender aos objetivos propostos, procedeu-se à análise descritiva baseada nas frequências absolutas e percentuais e medidas descritivas (mediana, média e desvio-padrão).

Para comparar os valores médios da avaliação funcional entre os sexos, utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes. No caso da faixa etária, o teste de Kruskal-Wallis foi usado para calcular a análise de variância e o U de Mann-Whitney, com  $p < \alpha/3$ , para testar os valores das faixas etárias duas a duas. A utilização dos referidos testes é justificada pela falta de homogeneidade entre as variâncias. No caso da renda *per capita*, usou-se a correlação de Pearson. Todos os resultados foram analisados considerando o nível de significância  $\alpha < 5\%$ .

Em observação aos aspectos éticos, o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, tendo recebido o número do Processo 593/2006. Antes do preenchimento dos questionários, os idosos e suas famílias foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, caso concordassem em participar, foi solicitado ao idoso ou seu responsável que assinasse o TCLE.

## RESULTADOS

Dos 503 idosos entrevistados, 215 (42,7%) tiveram resultado indicativo de perda cognitiva, sendo 116 (54,0%) não letrados e 99 (46,%) alfabetizados, conforme o rastreio pelo MEEM. A maioria era do sexo feminino ( $n=159$ , 74,0%), tinha entre 60 e 69 anos ( $n=82$ , 38,1%), e vivia com renda *per capita* de até um salário mínimo

(n=146, 67,9%) o que, na época da coleta de dados, correspondia a R\$ 380,00.

Em relação ao número de doenças autorreferidas, a média foi de 2,9 (desvio-padrão = 1,8) por pessoa. Apenas nove idosos (4,2%) com déficit cognitivo não referiram morbidades, enquanto 95,8% informaram ser portadores de, pelo menos, uma condição crônica. Quanto às doenças mais prevalentes, 161 (74,9%) idosos mencionaram hipertensão arterial, 83 (38,6%) apresentaram problemas de coluna, 55 (25,6%) osteoartrose, 50 (23,3%) Diabetes e 48 (22,3%) referiram distúrbios digestivos.

Em relação ao resultado da MIF total, 183 (85,1%) eram independentes e 32 (14,9%) apresentavam algum grau de dependência, sendo sete (3,3%) idosos com dependência modificada (assistência de até 50% na tarefa) e 25 (11,6%) com dependência modificada para assistência até 25% na realização para o autocuidado. A média do resultado da MIF total foi de 114,3 (desvio padrão = 17,2).

Os resultados dos domínios e dimensões da MIF, conforme a distribuição por sexo são apontados nos dados da Tabela 1. É possível notar valores maiores para o sexo feminino, porém esta diferença é significativa apenas para a MIF total, o domínio motor e as dimensões autocuidado, transferência e marginalmente significativo para controle do esfíncter. O domínio cognitivo e as outras dimensões não apresentaram resultados significativos.

**Tabela 1.** Influência da variável sexo nos domínios e dimensões da MIF nos idosos com déficit cognitivo. Dourados (MS) – 06/2007 e 03/2008

Domínios e Dimensões da MIF	Masculino	Feminino	Valor de p
	Média (DP)	Média (DP)	
<b>MIF Motora</b>	78,1 (19,9)	84,8 (10,3)	0,018
Autocuidado	36,2 (9,1)	39,9 (5,3)	0,006
Controle esfíncter	12,4 (3,2)	13,2 (1,6)	0,069
Transferência	18,8 (4,7)	20,2 (2,0)	0,035
Locomoção	10,7 (3,7)	11,6 (2,8)	0,127
<b>MIF Cognitiva</b>	30,7 (5,5)	31,4 (4,9)	0,371
Comunicação	13,2 (1,8)	13,3 (1,7)	0,576
Cognição social	17,5 (4,4)	18,1 (3,6)	0,336
<b>MIF Total</b>	108,8 (22,5)	116,2 (14,5)	0,023

DP: desvio padrão

Os dados da Tabela 2 apresentam as médias dos resultados da MIF, conforme a faixa etária dos idosos. Observa-se que os valores foram menores nas faixas etárias mais avançadas. De modo geral, observou-se que o escore entre as duas primeiras faixas etárias não apre-

sentou diferença significativa nos domínios e dimensões. Da segunda faixa para a terceira, não mostraram diferença significativa o controle de esfíncter, a transferência e a locomoção. Da primeira faixa etária para a terceira, só não apresentou diferença significativa o controle de esfíncter.

Em relação a renda *per capita*, não se observou correlação significativa com nenhum domínio e dimensão da avaliação funcional ( $p > 0,050$ ).

**Tabela 2.** Influência da variável faixa etária nos domínios e dimensões da MIF nos idosos com déficit cognitivo. Dourados (MS) – 06/2007 e 03/2008

Domínios e Dimensões da MIF	Faixa etária [em anos]			Kruskal-Wallis	Mann-Whitney
	a=60 a 69 Média (DP)	b=70 a 79 Média (DP)	c=80 e mais Média (DP)		
<b>Motora</b>	85,9 (10,2)	83,7 (13,3)	77,7 (17,3)	<0,001	a=b; b>c; a>c
Autocuidado	40,2 (4,7)	39,3 (6,3)	36,3 (8,8)	<0,001	a=b; b>c; a>c
Controle de esfíncter	13,2 (1,9)	13,0 (1,9)	12,5 (2,7)	0,122	a=b; b=c; a=c
Transferência	20,3 (2,2)	19,8 (3,1)	19,1 (3,8)	0,052	a=b; b=c; a>c
Locomoção	12,2 (2,4)	11,6 (3,1)	9,7 (3,4)	<0,001	a=b; b=c; a>c
<b>Cognitiva</b>	32,3 (4,1)	31,9 (3,8)	28,6 (6,8)	0,001	a=b; b>c; a>c
Comunicação	13,6 (1,3)	13,4 (1,3)	12,8 (2,4)	0,002	a=b; b>c; a>c
Cognição social	18,7 (3,1)	18,5 (3,0)	16,0 (4,8)	0,002	a=b; b>c; a>c
<b>MIF Total</b>	118,3 (11,8)	115,6 (15,7)	106,3 (22,8)	<0,001	a=b; b<c; a<c

DP: desvio padrão

## DISCUSSÃO

São vários os estudos que identificam o predomínio da população feminina entre idosos com declínio cognitivo ou problemas mentais.<sup>(13-15)</sup> A explicação pode ser que a longevidade nas mulheres é mais acentuada, o que também favorece a prevalência de déficit cognitivo agravado relacionado ao avanço da idade. A amostra deste estudo, composta apenas por pessoas com algum déficit cognitivo, também se revelou predominantemente feminina.

O percentual de não letrados foi maior nos idosos com declínio cognitivo; a escolaridade baixa associou-

-se com maior incapacidade funcional; o nível de renda está associado à saúde física e mental e que idosos com renda mais baixa apresentaram maior número de doenças crônicas, depressão e dependência funcional.<sup>(3-4,13)</sup>

Com o envelhecimento é esperado que os idosos apresentem alguma doença crônica. Todavia neste estudo, apenas a minoria não apresentou morbidade. Há que se pontuar que todos tinham algum déficit cognitivo, mas isso não equivale à identificação de morbidade ou diagnóstico médico, por se tratar de uma avaliação realizada por teste de rastreio. Mas, mesmo aqueles que não citaram morbidades, o próprio estado mental deficitário já indicou que não estavam em situação favorável no estado global da saúde.

Em consonância com outras pesquisas<sup>(4,15-17)</sup> os achados deste estudo apontaram a hipertensão e os problemas do sistema musculoesquelético (artrite/osteoartrose, problemas de coluna), como condições crônicas mais frequentemente referidas.

Ainda são poucos os estudos que utilizam a MIF na Atenção Básica, situação que resulta em limitação importante para a comparação dos resultados obtidos. No entanto dos diversos estudos de avaliação funcional de idosos, a grande maioria não faz associação com a avaliação do estado mental da população. Para fundamentar a discussão, foram analisados apenas os estudos que mais se aproximavam das características deste trabalho.

Com base na classificação que considera independentes os indivíduos com escore igual ou superior a 104, predominaram, neste estudo, idosos com déficit cognitivo independentes funcionalmente, o que é positivo, pois os idosos com dependência para sete ou mais AVDs possuem três vezes mais risco de morte que os indivíduos independentes. A dependência é uma condição que pode ser alterada com ações de prevenção e reabilitação, que retardam as complicações que levam à morte, diferentemente de outras condições sociodemográficas que não podem ser modificadas.<sup>(12,16)</sup>

Grandes estudos populacionais de avaliação funcional, como o Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) e os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), representativos da população idosa brasileira, mostram a tendência de maiores limitações funcionais básicas e instrumentais no sexo feminino, limitações essas que progridem com a idade.<sup>(18-21)</sup>

Diversos são os estudos que demonstram um comprometimento maior da capacidade funcional em relação ao aumento da idade, o que implica uma situação de maior vulnerabilidade e, conseqüentemente, de maior risco.<sup>(4,15)</sup>

No presente estudo, a dimensão motora apresentou valores menores para o sexo masculino e nas faixas etárias mais avançadas. Foi possível observar escore reduzido, sobretudo em relação à dimensão cognição social, que se

refere à memória, resolução de problemas e interação social. Esse escore menor ocorreu no grupo de faixa etária mais avançada. A dimensão da MIF, bem como os outros instrumentos de avaliação das AIVD, está ligada a atividades que demonstram a autonomia do idoso, ou seja, a capacidade de gerir sua própria vida. O resultado sugere que idosos do sexo masculino com declínio cognitivo e do grupo acima de 80 anos podem ter maior tendência para dependência funcional e, conseqüentemente, para a perda de autonomia, já que ambas estão relacionadas.

Uma pessoa idosa será considerada saudável quando for capaz de gerir sua própria vida e determinar quando e como realizar suas atividades diárias, a despeito da morbidade que apresenta. Por conseqüente, será saudável quem conseguir um tratamento bem-sucedido, viver feliz e integrado socialmente.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa identificou 215 idosos (42,7%) com perda cognitiva, sendo a maioria em mulheres, com baixa escolaridade e renda, além de múltiplas patologias. Cerca de 15,0% apresentaram algum grau de dependência, sendo a locomoção e a cognição social as áreas mais afetadas. Com base nesses resultados, destaca-se a importância em realizar o diagnóstico funcional e cognitivo da população idosa, tal como preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, além de conhecer os problemas e necessidades que, de alguma forma, interferem nesse diagnóstico e engajar-se na execução de alternativas que favoreçam sua saúde, o envelhecimento saudável e ativo, com qualidade de vida e autonomia. Essas medidas incluem o apoio do Sistema de Saúde às famílias de idosos, a educação em saúde para manutenção da capacidade funcional, a educação permanente e a sensibilização dos profissionais da saúde pública, sobretudo os integrantes das ESF, para esse novo desafio na área da saúde.

O município de Dourados carece de recursos sociais e de saúde para atender a essa parcela populacional. Este estudo foi apresentado para o Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa, em 2009, com intuito de auxiliar nas discussões para implantação do Centro-Dia, cujo projeto de construção foi aprovado em março de 2010 pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

O diagnóstico cognitivo e funcional pode contribuir para o planejamento de ações que favoreçam a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do idoso. Além disso, existe uma iniciativa de fundamental importância, que pode representar uma oportunidade para o monitoramento das condições de vida e saúde de idosos na Atenção Básica – a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na qual cabe à família a importante tarefa de prestar assistência ao idoso.

## REFERÊNCIAS

1. de Carvalho JA, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Reports in Public Health*. 2003;19(3):725-33.
2. Ramos LR. A mudança de paradigma na saúde e o conceito de capacidade funcional. In: Ramos LR, Toniolo Neto J. *Guia de geriatria e gerontologia*. Barueri (SP): Manole; 2005 p.1-7.
3. Rosa TE, Benício MH, Latorre MR, Ramos LR. [Determinant factors of functional status among the elderly]. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8. Portuguese.
4. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Patussi MP. [Factors associated with functional incapacity among the elderly in Guatambu, Santa Catarina State, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (11): 2781-8. Portuguese.
5. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. [A review of functional status evaluation instruments in the elderly]. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):7-19. Portuguese.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Brasília (DF). Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2006 Out 20. Seção 1. [citado 2008 Out 10]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=20/10/2006&jornal=1&pagina=142&totalArquivos=224>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população 2007 [internet]. Rio de Janeiro:IBGE; 2007 [citado 2008 Ago 10]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem\\_final/tabela1\\_1\\_24.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_24.pdf).
8. Laks J, Batista EM, Guilherme ER, Contino AL, Faria ME, Rodrigues CS, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2005; 63 (2A): 207-12.
9. Brucki MD, Nitri R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61 (3B): 777-81.
10. Santos CS, Cerchiari EA, Alvarenga MR, Faccenda O, Oliveira MA. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm*. 2010;15(3): 406-12.
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SS, Sakamoto H, Pinto PP, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004; 11(2): 72-6.
12. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. [Agreement between observations on the functional capacity of home care elderly patients]. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):655-62. Portuguese.
13. Agüero-Torres H, Fratiglioni L, Guo Z, Viitanen M, von Strauss E, Winblad B. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Public Health*. 1998; 88(10):1452-6.
14. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. [Elder's community capacity to develop daily life activities and daily instrumental life activities]. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1 Suppl 1):43-48. Portuguese.
15. Maciel ACC, Guerra RO. [Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast]. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89. Portuguese.
16. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. [Health status, physical functioning, health services utilization, and expenditures on medicines among Brazilian elderly: a descriptive study using data from the National Household Survey]. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43. Portuguese.
17. Victor JF, Ximenes LB, de Almeida PC, Vasconcelos FF. Sociodemographic and clinical profile of elders who receive Care in a Family Health Unit. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(1):49-54.
18. Barbosa AR, Souza JM, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MF. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1777-85.
19. Duarte YA, Lebrão ML, de Lima FD. [The contribution of living arrangements in the provision of care for elderly persons with functional impairments in São Paulo, Brazil]. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):370-8. Portuguese.
20. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. [Disability among elderly women in Brazil]. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):383-91. Portuguese.
21. Parahyba MI, Simões CC. [Disability prevalence among the elderly in Brazil]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):967-74. Portuguese.