

Perfil sociodemográfico, clínico, de avaliação cognitiva e funcional de idosas institucionalizadas em ILPI's



*Débora Pedrolo Parisi,
Mauricio Correa Lima e
Melissa Pinheiro Heringer*

Em 1950 a expectativa média de vida para ambos os sexos no Brasil girava em torno de até 50 anos, ao alcançar a idade de 60 anos poderia se esperar uma progressão de vida por mais 15 anos. Em 2013 a expectativa de vida aumentou para uma média de 74,8 anos e ao atingir 60 anos, a progressão de vida poderia alcançar mais 20 anos para os homens e 23 anos para as mulheres. ¹ Entre os anos 1940 e 1960 houve um declínio da taxa de mortalidade e a taxa de fecundidade se mantinha constante, somente em 1960 houve significativa redução da taxa de fecundidade, o que explica, em parte, o crescimento da diferença etária da população atualmente.

Em países desenvolvidos o crescimento da população idosa se dá de forma lenta e gradual e em países em desenvolvimento acontece de forma rápida e sem preparo social para atender essa população. As pesquisas indicam que em 2020 o Brasil terá 30 milhões de idosos (6º lugar no ranking mundial). A cada ano aumenta em 650 mil o número de idosos no Brasil, e em 2010 as mulheres já correspondiam a 55,8% da população idosa no Brasil.²

O avanço da tecnologia em relação à saúde e às mudanças comportamentais também foram fundamentais para redução das taxas de natalidade e de mortalidade, assim como o aumento da expectativa de vida. ³

Parte do processo de envelhecimento biológico inclui o comprometimento do funcionamento de todos os sistemas do organismo, e o mais afetado é o

Sistema Nervoso Central, devido às alterações dos sistemas de neurotransmissores e a hipotrofia cerebral, e que ocorrem, principalmente, em regiões responsáveis pela cognição - lobo frontal, temporal e sistema límbico – e podem ser encontradas tanto alterações cognitivas mínimas, como as que representam significativo prejuízo. ³

Borges *et. al.* (2007) e Ávila *et. al.* (2006), analisam o processo de envelhecimento em relação ao surgimento de alterações cognitivas - demência, déficit de memória, compreensão e aprendizagem – e concluem que essas alterações podem estar correlacionadas com diferentes fatores, como idade, nível de instrução, atividade física e renda. ⁴

A perda da independência, para a realização das atividades básicas de vida diária e autocuidado, associada ao processo de envelhecimento aumenta a carga de cuidados por parte da família ou do sistema de atenção à saúde, e, neste panorama, observa-se que alguns idosos (poucos) buscam a moradia em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), ou são encaminhados pelos familiares. ⁵

Projeções acreditam que 40% de idosos acima de 65 anos precisarão ser institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idosos. No Brasil no ano de 2000 as pesquisas encontraram 103 mil idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) ¹ representando 0,8% da população.⁶

Assim surge a necessidade de avaliação da capacidade cognitiva com o objetivo de iniciar medidas precoces de intervenções que visem à independência, prevenção de maiores danos cognitivos e a autonomia, para aumentar a expectativa de vida com qualidade. ⁴

Este estudo teve por objetivo avaliar o perfil sociodemográfico, cognitivo, clínico e funcional em mulheres institucionalizadas em lares de longa permanência.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal observacional que avaliou o perfil sociodemográfico, alterações cognitivas, funcionais e depressão, de mulheres acima de 60 anos institucionalizadas, e que foram solicitadas a participar deste estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista - UNIP (Nº 64997717.8.0000.5512). As idosas foram informadas a respeito dos objetivos da pesquisa, e as que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido proposto pela UNIP. Utilizou-se a definição de idoso constante do art. 2º da Lei nº 8.842/94: aquela pessoa com 60 anos ou mais¹².

O estudo foi realizado em sete lares de longa permanência da cidade de São Paulo, escolhidos por conveniência dos autores, com total de 152 idosos moradores. Foi adotado como critérios de exclusão: moradoras abaixo de 60

¹ Estudo realizado pelo IPEA, no período 2007-2010, registra que existiam 3.548 instituições de longa permanência no território brasileiro, com 83.870 de moradores, ou seja, 0,5% da população idosa. 65,2% das Instituições eram filantrópicas.

anos; com afasias, demências, diagnosticadas pelo médico; sexo masculino; idosas não contactuantes; limitações visuais, auditivas e cognitivas severas; e aquelas que não aceitaram participar da pesquisa. O grupo analisado na pesquisa contou, assim, com 44 idosas, que se interessaram em participar e assinaram o termo de consentimento, respondendo aos questionários propostos.

A pesquisa foi realizada entre os meses de março e abril de 2017, e as idosas responderam o questionário sociodemográfico, o teste *Montreal Cognitive Assesment* (MoCA), a Escala de Depressão Geriátrica e o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ.

O perfil sociodemográfico foi avaliado a partir de entrevista com as idosas e/ou cuidadores que tem como objetivo caracterizar o perfil dessa população, a fim de conhecer melhor os possíveis indicadores que impactam na qualidade de vida e seu perfil clínico.

A avaliação cognitiva foi realizada através do teste MoCA - *Avaliação Cognitiva Montreal* (Montreal Cognitive Assesment) – instrumento de rastreio para deficiência cognitiva leve que avalia de forma ampla os seguintes domínios cognitivos: atenção e concentração; funções executivas; memória; linguagem; habilidades viso-construtivas; conceituação; cálculo e orientação. O tempo de aplicação do MoCA é de aproximadamente 10 minutos. O escore total é de 30 pontos; sendo o escore de 26 ou mais considerado normal. 7, 8

Foi utilizada a Escala de Depressão em Geriatria (GDS) para identificar em idosos a depressão como fator de risco para a mortalidade, de forma completa, com 30 sintomas. O tempo de aplicação varia entre 10 a 15 minutos e possui a pontuação 0 (ausência de depressão) e 30 pontos (pontuação máxima de depressão).

Almeida e Almeida (1999) e Stoppe Júnior *et. al.* (1994) sugerem, a partir de estudos da validação da escala em São Paulo, que a presença de sintomas depressivos surge com escore igual ou acima de 10 pontos.^{9, 10}

A capacidade funcional foi avaliada através do Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária de KATZ, em que determina o nível de dependência e independência do idoso perante as tarefas de banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. 11

Foi utilizada a Estatística Descritiva para análise dos dados. A distribuição dos escores se mostrou normal pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Para comparação entre os valores dos escores foi utilizado o Teste *t* de *Student* para amostras independentes. Foi adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$. Os dados foram analisados através dos *softwares* BioEstat 5.3® e Microsoft Excel®.

Resultados

Foram visitadas sete Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) da cidade de São Paulo, e avaliadas um total de 45 senhoras institucionalizadas, sendo uma excluída por estar abaixo dos 60 anos de idade, totalizando 44

idosas, com idades entre 60 e 100 anos, e média±dp de 81,9 ± 9,2 anos. Os dados da amostra são mostrados nas Tabelas 1 e 2.

A **tabela 1** corresponde ao primeiro questionário aplicado, a fim de caracterizar o perfil da população estudada e traçar de forma quantitativa os dados sociodemográficos.

Tabela 1. Caracterização dos dados sociodemográficos das idosas.

Características	Idosas	
	N°	%
Idade (anos)		
60-70	5	11%
71-80	15	34%
81-90	16	36%
91-100	8	18%
Estado Civil		
Viúva	29	66%
Solteira	11	25%
Divorciada	3	7%
Casada	1	2%
IMC		
Baixo peso	13	30%
Normal	20	45%
Sobrepeso	11	25%
Escolaridade		
< 10 anos de estudo	29	66%
> 10 anos de estudo	15	34%
Tempo na Instituição		
< 1 ano	15	34%
1 a 5 anos	20	45%
6 a 10 anos	7	16%
> 10 anos	2	5%
Atividade Física preventiva		
< 5 anos	14	32%
5 a 10 anos	7	16%
Mais de 10 anos	9	20%
Nunca	14	32%
Doenças crônicas		
HAS	30	68%
DM	8	18%

Estatística descritiva

A **tabela 2** mostra a média e o desvio padrão da idade e dos dados antropométricos.

Tabela 2. Caracterização antropométrica da amostra.

	n=44	
	Média	DP
Idade (anos)	81,9	9,2
Massa corporal (Kg)	60,3	11,1
Estatutura(m)	1,56	0,07
IMC (kg/m ²)	24,4	4,2

Estatística descritiva

A **figura 1** corresponde ao gráfico da média do score total do teste MoCA, separados entre dois grupos: 20 idosas com menos de 80 anos e 24 idosas com mais de 80 anos.

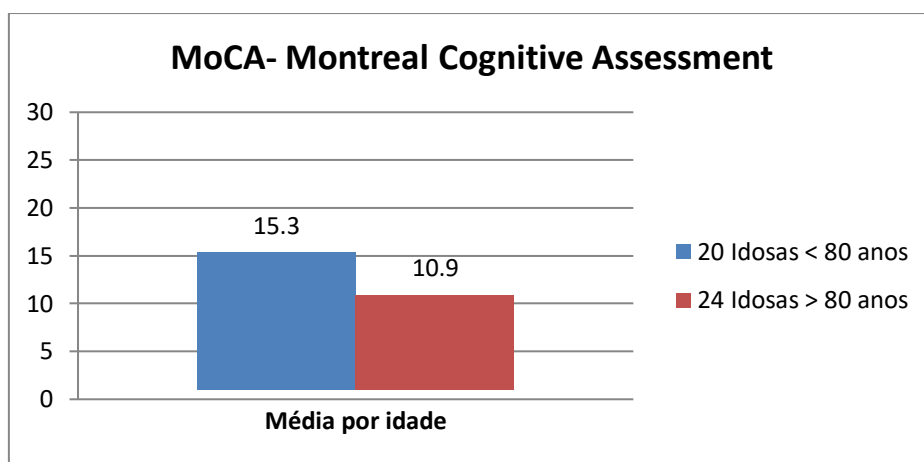


Figura 1: Média de pontos do teste MoCA

Na escala de depressão geriátrica, as idosas foram divididas entre dois grupos 20 idosas com menos de 80 anos e 24 idosas com mais de 80 anos.

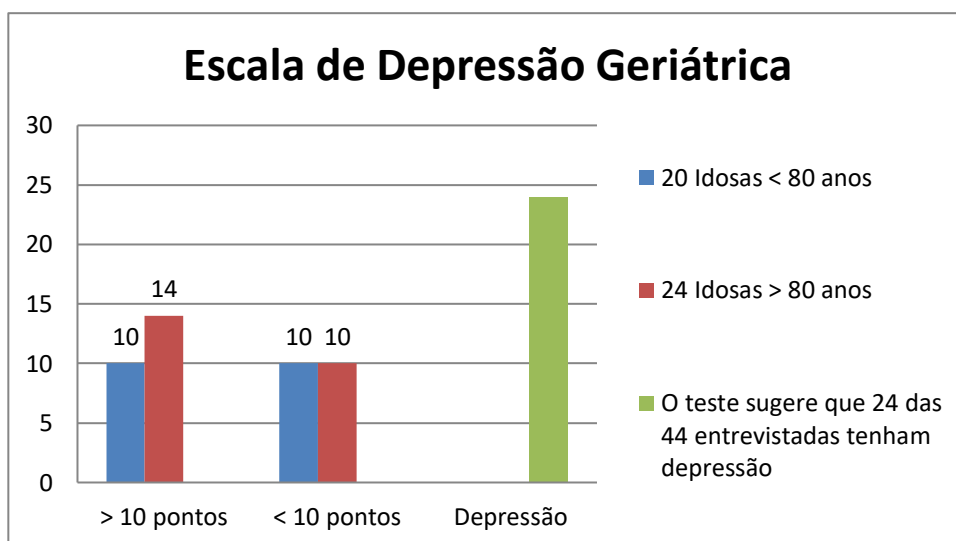


Figura 7: Escala de depressão Geriátrica (GDS 30)

A **tabela 3** corresponde ao Índice de funcionalidade de Katz que avaliou a independência funcional das idosas para as atividades de vida diária.

Tabela 3: Índice de Funcionalidade de Katz

Funcionalidade para as AVD's	Idosas	
	Nº	%
Banho		
Capaz	19	43,1%
Necessita de auxílio	20	45,5%
Incapaz	5	11,4%
Vestir-se		
Capaz	21	47,7%
Necessita de auxílio	15	34,1%
Incapaz	8	18,2%
Ir ao banheiro		
Capaz	22	50,0%
Necessita de auxílio	13	29,5%
Incapaz	9	20,5%
Transferências		
Capaz	27	61,4%
Necessita de auxílio	13	29,5%
Incapaz	4	9,1%
Continência		
Capaz	24	54,5%
Incapaz	20	45,5%
Alimentação		
Capaz	38	86,4%
Necessita de auxílio	6	13,6%

Estatística descritiva

Discussão

Para os idosos no Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido associado com limitações funcionais e incapacitantes, como a perda da autonomia e independência, declínio físico e cognitivo e a presença de inúmeras doenças crônicas. ¹⁴ No questionário sociodemográfico deste estudo, as faixas etárias que concentraram o maior número de idosas foram a de 71 a 80 anos, com 15 (34%), e a de 81 a 90 anos, com 16 (36%). Grande parte das idosas institucionalizadas avaliadas na pesquisa ultrapassa a expectativa de vida da população brasileira.¹ Os dados encontrados corroboram com o estudo de Alencar *et. al.* (2012).¹⁴

Devido à maior longevidade feminina, existe uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação financeira precária, nesse estudo 29 idosas (66%) são viúvas, valor acima do encontrado no estudo de Alencar *et. al.* (2012).¹⁴

Com relação à escolaridade, 66% mostrou baixo nível escolar, ou seja, 29 idosas possuem menos de 10 anos de estudo. Todas as entrevistadas, indiferente do nível escolar, possuem escrita e leitura funcional para o próprio nome. A baixa escolaridade entre as idosas ilustra a falta de oportunidade educacional, principalmente feminina, indicando a discriminação sofrida pelas mulheres. Estudos relatam avanços na educação do Brasil atual, porém o índice de analfabetismo e baixa escolaridade ainda são elevados em idosas residentes de ILPI's, que não tiveram esta oportunidade. ²⁴

O tempo de institucionalização, nesse estudo está entre menos de 1 ano, com 15 (34%) e de 1 a 5 anos, com 20 (45%). Valor acima do encontrado no estudo de Oliveira *et. al.* (2012) em que relaciona quanto maior tempo de institucionalização menor será capacidade funcional. ³⁴

Idosas que nunca fizeram atividade física, ou fizeram menos de 5 anos, representam 28 - 64% da pesquisa. Em doenças crônicas pesquisadas 30 idosas (68%) tem HAS e 8 idosas (18%) tem DM. Idosas sedentárias estão expostas a fatores de risco, como doenças crônicas e degenerativas, diminuição da função cognitiva e fisiológica, aumento do perfil lipídico e glicêmico, alteração da qualidade do sono, aumento de chance de desenvolver ansiedade e depressão. ³³

A avaliação cognitiva também deve ser feita devido a demência ser um problema de saúde pública, pela sua complexidade e longa evolução. As queixas de alterações de memória são as mais frequentes e a manutenção de uma boa memória também pode ser associada a autonomia e a independência.

O declínio cognitivo é favorecido por fatores como: transtornos de humor, ansiedade, isolamento e, principalmente, pela depressão também associada à incapacitação funcional. A deficiência cognitiva é o fator que mais contribui para a institucionalização, uma vez diagnosticada é de suma importância o acompanhamento para planejar o tratamento.³²

No teste MoCA, nenhuma das idosas conseguiu atingir a média de 26 pontos - as idosas com menos de 80 anos tiveram média de 15,3; e as com mais de 80 anos tiveram média de 10,9. A média geral das 44 idosas foi de 12,9. Não houve alteração significativa nos domínios de atenção e orientação, já os domínios de função visuoespacial / executiva, nomeação, linguagem, abstração e memória / evocação tardia, obtiveram alteração significativa entre as idosas com menos de 80 anos (20 idosas) e mais de 80 anos (24 idosas).

A demência desencadeia o declínio funcional, perda gradativa da autonomia e independência. As alterações cognitivas são reflexos do curso de vida e convívio social que o idoso teve ao longo de sua vida. O grau de instrução pode estar associado ao declínio cognitivo mais rápido no processo de envelhecimento, pois a alfabetização torna os idosos mais dependentes para ler, se localizar, ter cuidados com a sua saúde e facilidade na comunicação.

Um estudo de coorte relacionou a idade, sexo e escolaridade com declínio cognitivo de 1461 idosas por 10 anos seguidos e os autores concluíram que o

baixo grau de instrução, gênero, idade e educação se associam com o declínio cognitivo. ¹⁶

O risco de se desenvolver declínio cognitivo é comumente associado a fatores intrínsecos ou extrínsecos, associando-o a fatores sócio demográficos – idade; nível baixo de escolaridade; hipertensão; predominância no sexo feminino; atividades intelectuais pobres; isolamento; fraco contato social; tabagismo; sedentarismo. Constata-se, assim, que a melhor escolaridade e participação em atividades, são importantes para a saúde do idoso e vetores do envelhecimento saudável. ^{28, 29, 30, 31}

Na ILPI, o idoso perde sua identidade social pela falta de interação com o mundo externo, limitando sua participação e empobrecendo as relações com amigos e familiares. A limitação afeta a qualidade de vida e a cognição nos idosos institucionalizados quando comparados aos que moram com suas famílias. No entanto, muitas vezes a ILPI se torna a única solução de sobrevivência em meio a dificuldades econômicas e familiares. A depressão juntamente com o déficit cognitivo piora o quadro de qualidade de vida, o caráter funcional do paciente e aumenta a mortalidade. ²⁶

A demência e a depressão se associam com frequência na geriatria, e uma pode simular a outra, trazendo obstáculos para fechar um diagnóstico. Quando a depressão - ligada a incapacidade e declínio funcional - acomete o idoso acarreta a diminuição da qualidade de vida e aumento internações hospitalares, fragilidades que podem levar a institucionalização. ²⁶

Por meio da Escala de Depressão Geriátrica verificou-se que 24 de 44 idosas apresentam sintomas depressivos (55%), valor acima do encontrado por Greenberg *et. al.* (2004) na aplicação da EDG-30 em pacientes idosos institucionalizados nos Estados Unidos. ²⁷

Por meio do Índice de funcionalidade de Katz, que avalia o desempenho das atividades de vida diária constatou-se que a maioria das idosas é independente para realizar as sete tarefas, sendo a capacidade para alimentação a com maior porcentagem (86,4%); para independência e continência maior porcentagem (45,5%) para incapacidade, quando comparada com as demais atividades de vida diária, o que corrobora com os estudos de Guedes *et. al.* e Asmar *et. al.* ^{13 14}

A maioria das idosas, 86,4% relatou independência para alimentação, sendo a função mais preservada, o que condiz com o estudo feito no Reino Unido que constatou uma ordem progressiva de perda nas atividades, iniciando-se pelo banho, transferência, vestir-se, higiene e, por último, alimentação. ^{15 16}

As funções mais complexas como banho e vestir-se são culturalmente aprendidas de acordo com a época e a população, e tendem a declinar primeiro, ficando preservadas as funções que tem mais impacto na sobrevivência, no caso da alimentação. ^{17 18}

A continência depende do trato urinário inferior como também da capacidade cognitiva, mobilidade, capacidade de ir ao banheiro, e mecanismos fisiológicos, por isso pode ser frequentemente acometida. 23

O índice de dependência dos idosos pode ser justificado pelo processo de envelhecimento e de doenças associadas, como também pela forma de abordagem realizada nas ILPI's, em que os funcionários passam a realizar as tarefas pelo idoso devido à praticidade e rapidez, pois eles demandam tempo e paciência ao apresentar dificuldades.

É necessário capacitar de forma adequada esses trabalhadores para que possam promover ações nas quais o idoso seja estimulado a fazer uso de sua autonomia, preservando a independência, e não os julgando como incapaz e, além disso, é de grande importância a implementação de atividades extras que desafiem a sua capacidade, pois ao controlar de forma exagerada os riscos de queda, as Instituições reduzem as oportunidades de mobilidade, resultando em dependência para as AVD's.^{19 20 21 22}

A grande incidência de idosas independentes pode evidenciar um perfil diferenciado neste estudo, já que foram excluídas da pesquisa as que apresentavam demência diagnosticada pelo médico e limitações visuais e auditivas severas. 16

A institucionalização de idosos em ILPIs pode diminuir sua autonomia, é necessário, assim, direcionar a atenção à saúde do idoso e identificar suas reais necessidades de cuidados, incapacidade funcional, por meio da atividade de vida diária, e a independência na sua execução, e que envolvem fatores emocionais, sociais e físicos. É de grande importância iniciar medidas precoces de intervenções que visem à independência, prevenção de maiores danos cognitivos e a autonomia. 4 8

Conclusão

Com o presente estudo observou-se a necessidade de criação de um suporte multiprofissional que possa oferecer diagnósticos adequados para os idosos institucionalizados de forma individualizada, objetivando o estímulo cognitivo, motor e o tratamento preventivo de agravantes demenciais, depressivos e motores, promovendo a sua autonomia, relação interpessoal e qualidade de vida.

Referências

- 1 – Camargos SCM e Gonzaga RM. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(7): 1460-1472, jul, 2015.
- 2 - Melo VCN, Teixeira DMK, Barbosa LT, Montoya AJA e Silveira BM. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2016; 19(1): 139-151.

- 3 - Cruz TD, Cruz MF, Ribeiro LA, Veiga LC, Leite GCI. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad. Saúde Colet.*, 2015, Rio de Janeiro, 23 (4): 386-393 387.
- 4 - Domiciano RB, Braga PAKD, Silva NP, Santos APM, Vasconcelos BT e Macena MHR. Função cognitiva de idosas residentes em instituições de longa permanência: efeitos de um programa de fisioterapia. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(1):57-70
- 5 - Josino BJ, Costa BR, Vasconcelos BT, Domiciano RB, Brasileiro CI. Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, 28(3): 351-360, jul./set., 2015.
- 6 - Cornélio FG e Godoy I. Perfil das instituições de longa permanência para idosos em uma cidade no Estado de São Paulo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(3):559-568.
- 7 - Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I. The Montreal cognitive assessment: MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:695–9.
- 8 - Freitas S, Simoes MR, Alves L, Santana I. Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2013; 27:37–43.
- 9 – Junior HSAJ e Gomes CG. Sintomatologia depressiva e comprometimento cognitivo de idosos institucionalizados. *Rev. SBPH* vol.18 no.1, Rio de Janeiro – Jan./Jul. – 2015.
- 10 - Sousa LR, Medeiros MGJ, Moura LCA, Souza MLC e Moreira FI. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*, 56(2): 102-107, 2007.
- 11 - Valcarenghi VR, Santos CSS, Barlem DLE, Pelzer TM, Gomes CG, Lange C. Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul Enferm* 2011; 24(6):828-33.
- 12 - Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. [citado 2003 Nov 22]. Disponível em http://www.sbgg.org.br/profissional/legislacao/lei_idoso.pdf
- 13 - Guedes JM, Silveira RC. Análise da Capacidade Funcional da População Geriátrica Institucionalizada na Cidade de Passo Fundo – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2004; 10-21.
- 14 – Alencar AM, Bruck SNN, Pereira CB, Câmara MMT e Almeida SR. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(4):785-796

15 - Jagger, C.; Arthur, A. J.; Spiers, N. A.; Clarke, M. Patterns of Onset of Disability in Activities of Daily Living with Age. *American Geriatrics Society*, New York, v.49, n. 4, p.404-409, 2001.

16 - Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Martins MAA, Tirado MGA. Evaluation of the activities of daily living of elderly people with different levels of dementia. *Rev. Bras. Fisioterapia*, 2007; 11 (4): 267-273.

17 - Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, White KL et al. Studies of illness in the aged — The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial functions. *JAMA*. 1963; 185(12):914-9.

18 – Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(2): 184-200.

19 – Pavarini, SCI. *Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado* [tese]. Campinas(SP): UNICAMP, 1996.

20 – Caldas, CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(13):773-81.

21 - Maffioletti VLR, Loyola CMD. A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações éticas. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2003; 7(2):283-92.

22 - Cozzani M, Castro EM. Estratégias adaptativas durante o andar na presença de obstáculos em idosos: impacto da institucionalização e da condição física. *Rev Bras Educ Fis Esp*. 2005; 19(1):49-60.

23 - Oliveira DLC, Goretti, LC, Pereira LSM. Performance in Daily Living Activities and Mobility Among Institutionalized Elderly People With Cognitive Impairments: pilot study. São Carlos, *Rev.Bras. Fisioter*. 2006;10(1):91-96.

24 – Polaro, IHS; Fideralino TCJ; Nunes OAP; Feitosa SE; Gonçalves THL. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA *Rev. bras. geriatr. gerontol*. vol.15 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012.

25 - Jeroen S. Kok, Marieke J. G. van Heuvelen, Ina J. Berg and Erik J. A. Scherder Small scale homelike special care units and traditional special care units: effects on cognition in dementia; a longitudinal controlled intervention study Kok et al. *BMC Geriatrics* (2016) 16:47.

26 - Rocha PJ, Klein JO, Pasqualotti A. Quality of life, depression and cognition based on gerontological education mediated by a pole radio in homes for the aged. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2014; 17(1):115-128.

27 - Greenberg L, Lantz MS, Likourezos A. Screening for depression in nursing home palliative care patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 17:212-8, 2004.

- 28 - Adak S, Illouz K, Gorman W, Tandon R, Zimmerman EA, Guariglia R, Moore MM, Kaye JA. Predicting the rate of cognitive decline in aging and early Alzheimer disease. *Neurology*. 2004 Jul 13;63(1):108-14.
- 29 - Andel R, Vigen C, Mack WJ, Clark LJ, Gatz M. The effect of education and occupational complexity on rate of cognitive decline in Alzheimer's patients. *J Int Neuropsychol Soc*. 2006 Jan;12(1):147-52.
- 30 - Elias PK, Elias MF, Robbins MA, Budge MM. Blood pressure-related cognitive decline: does age make a difference? *Hypertension*. 2004 Nov; 44(5):631-6. *Epub* 2004 Oct 4.
- 31 - Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Rev. Enf. Ref.* vol.serIV no.5 Coimbra jun. 2015.
- 32 - Pelzer MT. *Assistência cuidativa humanística de enfermagem para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer a partir de um grupo de ajuda mútua* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
- 33 - Hanna K.M. Antunes, Ruth F. Santos, Ricardo Cassilhas, Ronaldo V.T. Santos, Orlando F.A. Bueno e Marco Túlio de Mello Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte* _ Vol. 12, Nº 2 – Mar/Abr, 2006.
- 34 – Oliveira AE, Silva RR, Carvalho CGA, Carvalho RCGA, Maciel MFL, Alves CVE, Barros BES, Barros AFM, Capacidade Funcional de Idosas de Instituição de Longa Permanência no Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil: Estudo Piloto. *R. bras ci Saúde* 16(s2):83-88, 2012.

Data de recebimento: 12/7/2019; Data de aceite: 27/08/2019

Débora Pedrolo Parisi - Mestre em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo; Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP).

Maurício Correa Lima - Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo; Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP).

Melissa Pinheiro Heringer – Graduada em Fisioterapia pela UNIP e Especializada em Fisioterapia Gerontológica pelo HCFMUSP. Universidade Paulista – UNIP. E-mail: gero.melissapinheiro@gmail.com