

Análise comparativa da capacidade funcional e cognitiva de idosos em uma unidade de referência geriátrica na cidade de Salvador - Bahia

Comparative analysis of functional and cognitive capacity of elderly in a geriatric unit of reference in the city of Salvador - Bahia

Igor de Matos Pinheiro¹; Ana Luiza Azevedo do Vale²; Fábio Santos de Jesus³; Crésio de Aragão Dantas Alves⁴

¹Mestrando em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – ICS/UFBA; ²Especialista em Práticas Educacionais na área de Saúde; ³Fisioterapeuta das Obras Sociais Irmã Dulce. Salvador, BA; ⁴Professor Adjunto de Pediatria – Fac.de Medicina/UFBA

Resumo

Introdução: O processo do envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas conduz ao declínio funcional e/ou cognitivo, resultando em redução da qualidade de vida e diminuição da autonomia e independência. **Objetivo:** Comparar a capacidade funcional e cognitiva de idosos em uma unidade de reabilitação geriátrica na cidade de Salvador-Bahia. **Metodologia:** Estudo observacional descritivo de corte transversal, utilizando análise de prontuários. Foram selecionados os prontuários de indivíduos idosos internados na Unidade de Reabilitação do Centro Geriátrico das Obras Sociais Irmã Dulce, entre janeiro e dezembro de 2011. Dados coletados: sociodemográficos, tempo de internação, diagnóstico clínico, escores do Índice de Barthel Modificado (IBM) e do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), na admissão e alta hospitalar. **Resultados:** 38 prontuários preencheram os critérios de inclusão. 73,68% dos pacientes eram do sexo masculino. A idade variou de 62 a 94 anos e o tempo de internação de 34 a 179 dias. As patologias mais prevalentes foram: hipertensão arterial (68,42%), acidente vascular cerebral (57,89%), restrição de mobilidade (42,10%), incontinência dupla (28,94%), diabetes mellitus (23,98%) e demência vascular (21,05%). As alterações observadas nos escores do IBM não modificaram os níveis funcionais dos idosos. Alterações cognitivas foram observadas em 81,57% na admissão e 63,15% na alta hospitalar. Apenas indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade modificaram os níveis de cognição. **Conclusão:** O processo do envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas influencia na funcionalidade e cognição da população estudada. Os resultados forneceram elementos para estabelecimento de objetivos e planos terapêuticos que favoreçam a reabilitação do idoso.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Reabilitação. Atividades cotidianas. Cognição. Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The aging process associated with chronic degenerative diseases leads to functional decline and/or cognitive impairment resulting in reduced quality of life and decreased autonomy and independence. **Objective:** To compare the functional and cognitive capacity of elderly in a geriatric rehabilitation unit in the city of Salvador, Bahia. **Methodology:** This is an observational descriptive cross-sectional analysis using medical records. The medical records of elderly patients admitted in the Rehabilitation Unit of the Geriatric Center of Obras Sociais Irmã Dulce were selected from January to December 2011. The charts were evaluated for sociodemographic, length of stay, clinical diagnosis, scores of the Modified Barthel Index (MBI) and the Mini-Mental State Examination (MMSE) on admission and discharge. **Results:** A total of 38 records met the inclusion criteria. 73.68% of the patients were male. The age ranged from 62 to 94 years and length of stay from 34 to 179 days. The most prevalent diseases were hypertension (68.42%), stroke (57.89%), restriction of mobility (42.10%), double incontinence (28.94%), diabetes mellitus (23.98%) and vascular dementia (21.05%). The observed changes in the MBI scores did not change the functional levels of the elderly. Cognitive changes were observed in 81.57% on admission and 63.15% on discharge. Only individuals with 1-3 years of education changed levels of cognition. **Conclusion:** The process of aging associated with chronic degenerative diseases influences on the functionality and cognition of the studied population. The results provided evidence for the establishment of goals and treatment plans that promote the rehabilitation of the elderly.

Keywords: Health Services for the Aged. Rehabilitation. Activities of Daily Living. Cognition. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo complexo e dinâmico que acomete todos os órgãos e sistemas, envolvendo alterações morfofuncionais com desestruturação progressiva do organismo (MACIEL; GUERRA, 2007; SANTOS, 2010). Este fenômeno tem caráter multidimensional e multicausal, afeta os indivíduos de diversas formas e envolve prejuízos biopsicossociais (ALENCAR; CARVALHO, 2009).

Recebido em 29/06/2012; revisado em 20/08/2012.

Correspondência / Correspondence: Secretaria do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia. Av. Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP 40.110-100. Salvador, Bahia, Brasil. Tel.: (55) (71) 3283-8959, Fax: (55) (71) 3283-8894. E-mail - ppgorgsistem@ufba.br

Avanços nas áreas científicas e tecnológicas permitiram maior longevidade da população mundial, predispondo o idoso a doenças crônicas-degenerativas. Associado ao processo fisiológico do envelhecimento, estas doenças conduzem ao aparecimento de sinais e sintomas patológicos, que geram impacto direto na capacidade funcional e/ou cognitiva e resultam em redução da qualidade de vida e diminuição da autonomia e independência dos sujeitos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; ALVES et al., 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; PAULO; YASSUDA, 2010).

Capacidade funcional pode ser definida como potencialidade do indivíduo para desempenhar suas atividades de vida diária (AVD's) sem necessidade de ajuda. Com o declínio funcional, o idoso pode se tornar mais vulnerável e dependente (ALVES et al., 2007). A dependência é o principal fator de impacto sobre a saúde e qualidade de vida, sendo um importante indicador de saúde em idosos (MILLA'N-CALENTI et al., 2010).

Considera-se capacidade cognitiva os domínios que resultam no desempenho saudável do cérebro, como a atenção e concentração, função executiva e motora, processos de informações rápidas, linguagem, habilidade visual e espacial e memória (SAWADA et al., 2009). O declínio cognitivo está fortemente associado à idade e ao nível educacional, podendo comprometer as AVD's (LEVY et al., 1994; ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

O idoso com comprometimento funcional e/ou cognitivo necessita de uma adequada intervenção da equipe de saúde, na busca de reabilitar seu máximo potencial. De acordo com Young (1996), reabilitação pode ser definida como um conjunto complexo de processos, geralmente envolvendo várias disciplinas, que visa a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas com dificuldades nas atividades de vida diária, causada por doenças crônicas. Esta abordagem multidisciplinar geralmente é realizada em Centros de Reabilitação.

A avaliação da capacidade funcional e cognitiva permite maior compreensão das necessidades de saúde do idoso, auxiliando na elaboração de planos e estratégias para melhor intervenção e atendimento específico para esse grupo populacional (FREITAS et al., 2006; ARAÚJO et al., 2007; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; TALMELLI et al., 2010). Dentre os diversos instrumentos que avaliam a capacidade funcional e cognitiva, destacam-se o Índice de Barthel Modificado (IBM) e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), respectivamente (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; CINCURA et al., 2009).

Diante da necessidade da análise da funcionalidade e da cognição do idoso para definição de métodos de intervenção, o objetivo deste estudo foi comparar a capacidade funcional e cognitiva de idosos em uma unidade de reabilitação geriátrica na cidade de Salvador-Bahia.

MATERIAIS e MÉTODOS

Estudo observacional descritivo de corte transversal, utilizando a análise de prontuários. A população compreendeu os pacientes idosos do Centro Geriátrico Júlia Magalhães (CGJM) das Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), localizado na cidade de Salvador-Bahia. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da instituição participante (Parecer nº 25/11).

Foram selecionados para pesquisa os prontuários de indivíduos idosos (idade e" 60 anos), internados na Unidade de Reabilitação do CGJM no período de janeiro a dezembro de 2011. Esta Unidade tem como objetivo reabilitar o indivíduo ao seu máximo potencial funcional e cognitivo, mediante intervenção terapêutica da equipe multidisciplinar de saúde.

Os prontuários que preencheram os critérios de seleção foram incluídos na pesquisa. Excluíram-se os prontuários dos indivíduos com menos de 30 dias ou mais de 180 dias de internação (tempo máximo de permanência na unidade), que tivessem sido transferidos da Unidade ou que evoluíram para óbito. Prontuários incompletos também foram excluídos do estudo.

Inicialmente, foi realizada uma análise de todos os prontuários dos pacientes internados na Unidade de Reabilitação do CGJM no período designado acima, para identificar aqueles que preenchiam os critérios de inclusão. Dos prontuários previamente selecionados, foram coletadas as seguintes informações: dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade), tempo de internação, diagnóstico clínico da admissão, escore do Índice de Barthel Modificado (IBM), na admissão e alta hospitalar, e Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), na admissão e alta hospitalar.

O Índice de Barthel Modificado utilizado no estudo foi proposto por Shah, Vanclay e Cooper (1989), com versão traduzida e validada em língua portuguesa (CINCURA et al., 2009). Este instrumento avalia dez atividades básicas de vida diária: alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências cama-cadeira, subir e descer escadas, deambulação ou manuseio da cadeira de rodas (alternativo para deambulação). O IBM difere da versão original proposta por Mahoney e Barthel (1965) por alterar o sistema de pontuação com variação de 10 a 50, com uma escala de resposta de um a cinco pontos para cada item, aumentando a sensibilidade na detecção das mudanças. Na versão original, a pontuação da escala varia de 0 a 100, com intervalos de cinco pontos em cada item. Ao final da aplicação, é realizado o somatório dos pontos em cada item, fornecendo um escore total, sendo possível classificar o indivíduo em níveis funcionais: dependência total – 10 pontos; dependência severa – 11 a 30 pontos; dependência moderada – 31 a 45 pontos; ligeira dependência – 46 a 49 pontos; independência total – 50 pontos (CINCURA et al., 2009). O IBM foi analisado por meio do total do escore (somatória dos pontos) obtido pelos pacientes e pelos respectivos níveis funcionais.

O Mini-Exame do Estado Mental, desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Bertolucci e colaboradores (1994), examina a função cognitiva por meio dos itens: orientação temporoespacial, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo, linguagem e praxia construcional. Sua pontuação varia de 0 a 30, tendo níveis de corte diferentes de acordo com a escolaridade do indivíduo: 18 pontos – analfabeto; 21

pontos – 1 a 3 anos de escolaridade; 24 pontos – 4 a 7 anos; 26 pontos – maior que 7 anos (CARAMELLI; NITRINI, 2000; NITRINI et al, 2005; DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2007;). Com estes pontos de corte é possível determinar a presença de declínio cognitivo. Assim como o IBM, foi utilizado para análise o total do escore do MEEM, obtido pelos pacientes em seus respectivos níveis de escolaridade.

As variáveis dependentes foram os escores do IBM e do MEEM. Estas juntamente com os dados sociodemográficos e clínicos foram analisadas pela frequência absoluta e relativa, mediana e intervalo interquartil por melhor representarem os dados – amostragem não-probabilística. Idade e escolaridade foram categorizadas para comparação entre diferentes classes durante análise do IBM e do MEEM, respectivamente. Foi utilizado o *software* BioEstat versão 5.0 para análise dos dados.

RESULTADOS

Foram selecionados 79 prontuários de pacientes idosos. Destes, 41 foram excluídos do estudo por

apresentarem as seguintes condições: 5 pacientes tinham menos de 30 dias de internação; 11 tinham mais de 180 dias de internação; 10 foram transferidos da Unidade e 15 pacientes evoluíram para óbito. Após esta análise, 38 prontuários preencheram os critérios de inclusão.

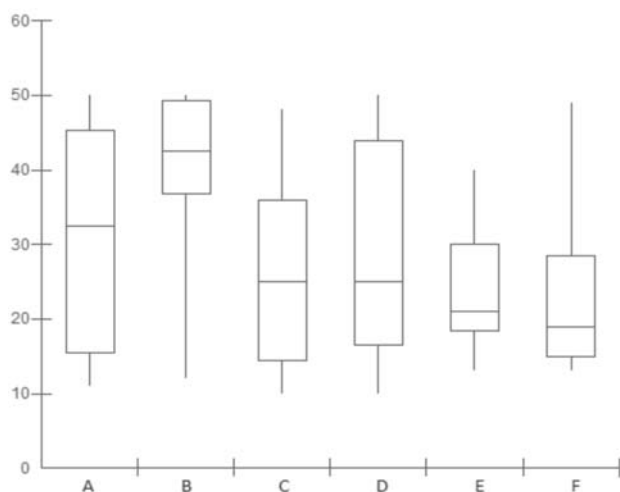
A maioria dos pacientes era do sexo masculino (73,68%). A idade variou de 62 a 94 anos (mediana: 75,0; intervalo interquartil: 10,75 anos). O tempo de internação variou de 34 a 179 dias (mediana: 95,5; intervalo interquartil: 92,5 dias).

As patologias mais prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica (68,42%), acidente vascular cerebral (57,89%), restrição de mobilidade (42,10%), incontinência dupla (28,94%), diabetes mellitus (23,98%) e demência vascular (21,05%). Na Tabela 1 são apresentados os principais diagnósticos de acordo com as categorias do CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão), da Organização Mundial de Saúde (1998).

Tabela 1 - Principais diagnósticos de acordo com as categorias do CID10

Diagnóstico Clínico	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Doenças do aparelho circulatório		
- Hipertensão arterial sistêmica	26	68,42%
- Acidente vascular cerebral	22	57,89%
Doenças do aparelho respiratório		
- Doença pulmonar obstrutiva crônica	1	2,63%
Doenças do sistema nervoso		
- Doença de Parkinson	4	10,52%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo		
- Osteoartrose	7	18,42%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		
- Diabetes mellitus	9	23,68%
- Obesidade	4	10,52%
Transtornos mentais e comportamentais		
- Demência vascular	8	21,05%
Doenças do aparelho geniturinário		
- Hipertrofia da próstata	2	5,26%
- Insuficiência renal crônica	1	2,63%
Doenças do olho e anexos		
- Catarata	4	10,52%
- Glaucoma	2	5,26%
Doenças do aparelho digestivo		
- Megaesôfago	2	5,26%
- Hérnia inguinal	2	5,26%
Neoplasias (tumores)		
- Neoplasia	4	10,52%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários		
- Anemia	1	2,63%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias		
- Herpes zoster	1	2,63%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório		
- Incontinência dupla	11	28,94%
- Restrição de mobilidade	16	42,10%
Causas externas de morbidade e de mortalidade		
- História de quedas	7	18,42%

Fonte: Organização Mundial de Saúde: CID 10 (1998)



Legenda: A e B – 60 a 69 anos (n=12); C e D – 70 a 79 anos (n=19); E e F – 80 a 95 anos (n=7); A, C, E = admissão hospitalar; D, F = alta hospitalar.

Figura 1 - Análise comparativa da capacidade funcional na admissão e na alta hospitalar, de acordo com a idade

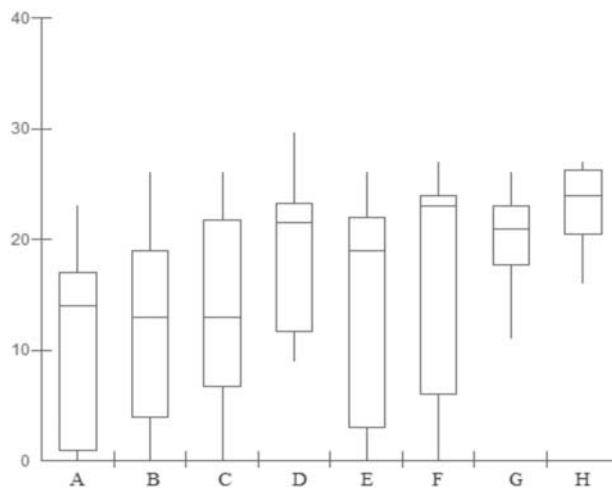
A Figura 1 apresenta as medianas e intervalos interquartílicos da capacidade funcional, analisada por meio do IBM de acordo com a idade. Não houve variação da mediana dos escores na faixa etária de 70 a 79 anos. A melhora observada na mediana dos escores de idosos entre 60 e 69 anos e o declínio entre os idosos com 80 a 95 anos não foram capazes de alterar os níveis funcionais destes indivíduos.

A Figura 2 apresenta as medianas e intervalos interquartílicos do MEEM, de acordo com a escolaridade. De acordo com os níveis de corte baseados na escolaridade, 31 idosos (81,57%) apresentaram alteração cognitiva na admissão hospitalar, enquanto, no momento da alta, foram 24 (63,15%) idosos. Apenas os indivíduos com 1 a 3 anos de escolaridade, apresentaram alteração nos escores capazes de modificar seus níveis cognitivos.

DISCUSSÃO

O presente estudo comparou a capacidade funcional e cognitiva de idosos na admissão e na alta hospitalar, em uma unidade de reabilitação geriátrica. Observou-se melhora nos escores do Índice de Barthel Modificado dos idosos com idade entre 60 e 69 anos, manutenção dos escores nos indivíduos com 70 a 79 anos e diminuição dos escores dos idosos com 80 a 95 anos, porém sem alteração nos níveis funcionais. Todos os idosos apresentaram melhora dos escores do Mini-Exame do Estado Mental durante o período de internação, exceto os idosos analfabetos.

A idade variou de 62 a 94 anos, com mediana de 75 anos, corroborando os estudos de Alves e colaboradores (2007), onde a idade variou de 60 a 96 anos, com mediana de 72 anos; e o de Torres e colaboradores (2009), com variação de 60 a 106 anos e média de 80,79 anos (desvio-padrão de 9,77 anos). Na análise por faixa etária, os resultados encontrados



Legenda: A e B – Analfabeto (n=13); C e D – 1 a 3 anos (n=8); E e F – 4 a 7 anos; G e H – mais de 7 anos (n=4); A, C, E, G = admissão hospitalar; B, D, F, H = alta hospitalar.

Figura 2 - Análise comparativa da capacidade cognitiva na admissão e na alta hospitalar, de acordo com a escolaridade

divergem da literatura pesquisada. Neste trabalho, observou-se uma maioria dos idosos entre 70 a 79 anos (50%), enquanto Cruz e Diogo (2009) e Floriano e Dalgarrondo (2007) observaram predomínio da faixa etária entre 60 e 69 anos (43,2% e 48,8%, respectivamente).

Sabe-se que as mulheres têm expectativa de vida maior que os homens (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Diversas publicações apresentam uma prevalência do sexo feminino em sua população, como relatado por Murakami e Scatiolin (2010) e Rosa e colaboradores (2003), onde 63,5% e 64,4% dos participantes eram do sexo feminino, respectivamente. Porém, Cruz e Diogo (2009) e Santos (2007) observaram predomínio do sexo masculino de 61,4% e 53,1%. No presente estudo, 73,68% dos participantes também foram do sexo masculino. Isso pode ser explicado pelo fato de a unidade de internamento da instituição, onde o estudo foi realizado, ter na ocasião 75% dos leitos destinados para homens.

As diversas patologias que acometeram os idosos estudados contemplaram diversas categorias do CID-10, sendo destacadas as doenças crônico-degenerativas sobre as demais. De acordo com Alves e colaboradores (2007), essas patologias influenciam diretamente na capacidade funcional e cognitiva (ALVES et al. 2007). Os perfis de morbidade e mortalidade, presença da incapacidade funcional e cognitiva, dentre outros indicadores mais específicos, definem as condições de saúde de uma população idosa (LIMA-COSTA; BARRRETO; GIATTI, 2003; FREITAS et al., 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônico-degenerativa de maior prevalência no mundo, sendo responsável por altos índices de morbimortalidade, sobretudo em idosos (LYRA JÚNIOR et al., 2006). No Brasil, observa-se prevalência de 60% em indivíduos acima de 65 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA

DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). No presente estudo, a HAS foi o diagnóstico clínico mais prevalente acometendo 68,42% dos idosos avaliados.

O acidente vascular cerebral (AVC) é a principal doença cérebro-vascular. Ele apresenta frequência elevada na população idosa, apresentando aumento exponencial com a idade (CRUZ; DIOGO, 2009). Neste trabalho, foi o segundo diagnóstico clínico mais presente entre os idosos. Os indivíduos acometidos apresentam diferentes níveis de alteração cognitiva e funcional (HAJEK; GAGNON; RUDERMAN, 1997). A restrição de mobilidade pode limitar o paciente nas suas atividades funcionais, o que pode resultar em incapacidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). O controle dos esfíncteres vesical e anal pode estar comprometido, levando à incontinência dupla (FREITAS et al., 2006). Restrição de mobilidade, incontinência dupla e demência vascular foram algumas das patologias mais prevalentes na população estudada.

O diabetes mellitus é uma doença crônico-degenerativa relacionada com complicações vasculares e neuropáticas que também pode resultar em incapacidade funcional (FERRAZ et al., 2000; ALVES et al., 2007). Alves e colaboradores, em 2007, observaram uma prevalência de 17,5% para o diabetes mellitus, valor próximo ao encontrado no presente estudo (23,68%).

A avaliação da capacidade funcional é um importante marcador do processo do envelhecimento e da qualidade de vida, sendo frequentemente utilizada na decisão de institucionalização de indivíduos idosos (ROSA et al., 2003; GUIMARÃES et al., 2004). Escolheu-se o Índice de Barthel Modificado para avaliação da capacidade funcional por ser um instrumento válido, com alto grau de confiabilidade, além de baixo custo e fácil aplicação na prática clínica (NISHIDA, AMORIM, INOUE, 2004; PATEL et al., 2006; ARAÚJO et al., 2007). A pontuação mínima do IBM - 10 pontos - causa menor impacto psicológico no indivíduo quando comparado às outras escalas funcionais, que permitem a pontuação zero na sua classificação. Esta condição favorável na aplicação do IBM também foi critério de escolha do instrumento de avaliação.

Diversos estudos avaliam a capacidade funcional de idosos em programas multidisciplinares, buscando caracterizar sua população e verificar os fatores associados à incapacidade (OCAÑA et al., 2006; ALVES et al., 2007; MACIEL; GUERRA, 2007; CRUZ; DIOGO, 2009). Yagura e colaboradores (2003) analisaram o benefício da reabilitação hospitalar multidisciplinar em pacientes idosos, com até um ano de AVC, e observaram melhora funcional nas AVD's. Na presente pesquisa, a manutenção dos níveis funcionais pode ser considerada uma resposta benéfica, diante da alta prevalência de doenças crônico-degenerativas que, inevitavelmente, tendem à progressão e ao declínio funcional.

O Mini-Exame do Estado Mental é um instrumento de aplicação rápida que apresenta boa consistência interna e confiabilidade (BERTOLUCCI et al., 1994; ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005). No trabalho de Correia e colaboradores (2008), 68,8% dos participantes apresentavam transtorno cognitivo, dados

semelhantes aos de Freitas e colaboradores (2010), que descreveram uma prevalência de 72% de idosos. No presente artigo, 81,57% dos indivíduos, na admissão, e 63,15%, na alta hospitalar, apresentavam declínio cognitivo.

De acordo com Diniz, Volpe e Tavares (2007), a escolaridade e a idade são as variáveis que influenciam na pontuação do MEEM. Baixas pontuações no MEEM estão associadas a indivíduos com menor escolaridade e maior idade. Esses autores observaram que os idosos analfabetos apresentaram pior desempenho quando comparados aos que possuem algum grau de escolaridade, corroborando os resultados desta pesquisa.

No presente estudo, foi observada uma variação no tempo de internação de 34 a 179 dias. Yagura e colaboradores (2003) agruparam os pacientes em 3 grupos com tempo de internação diferentes (90, 180 e mais de 180 dias) e observaram melhora funcional nas AVD's em todos os grupos. Beaupre e colaboradores (2005) demonstraram que o tempo de internação não é o melhor preditor de sucesso do programa de reabilitação. Variáveis como idade, cognição e complicações clínicas (infecções, por exemplo) podem afetar de forma decisiva os objetivos e o tempo de recuperação (PRIGATANO et al., 1997; OZYEMISCI-TASKIRAN et al., 2011).

Uma das limitações deste estudo foi que o diagnóstico clínico encontrado nos prontuários não apresentava o estadiamento clínico das patologias ou não relatava extensão e nem tempo da lesão, impossibilitando avaliar influência das patologias crônico-degenerativas na limitação funcional e cognitiva. Também não foi possível estabelecer um grupo controle para comparação entre grupos. Todos os pacientes da unidade foram selecionados e todos receberam intervenção da equipe multidisciplinar, não sendo possível afirmar que a melhora, manutenção ou piora funcional e cognitiva esteja relacionada a este tipo de abordagem. Observou-se ainda uma heterogeneidade dos dados da população estudada, devido ao número de participantes reduzido, não sendo possível aplicar testes estatísticos para análise dos dados.

Apesar das limitações acima, este estudo teve de positivo a compreensão das necessidades funcionais e cognitivas para estabelecimento de prognóstico de reabilitação e julgamento clínico adequado, que servirão de base para decisões sobre tratamentos e cuidados necessários da população estudada. Além disso, a utilização de escalas com um alto grau de confiabilidade e validade, como o Índice de Barthel Modificado e o Mini-Exame do Estado Mental, permitiu maior fidedignidade dos dados, refletindo o perfil funcional e cognitivo da população.

Novos estudos controlados, com maior número de indivíduos e maior especificação dos dados poderão vir a comprovar ou refutar os achados do presente estudo.

CONCLUSÃO

Este artigo demonstrou que o processo do envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas influencia na funcionalidade e cognição

da população estudada. Os resultados apresentados forneceram elementos para estabelecimento de objetivos e planos terapêuticos que favoreçam a reabilitação do idoso, na busca do seu máximo potencial funcional e cognitivo e melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-136, maio/jun. 2005.
- ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 435-444, abr./jun. 2009.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago. 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, jul./ago. 2008.
- ARAUJO, F. et al. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Rev. Port. Saúde Pública**, Lisboa, v. 25, n. 2, p. 59-66, jul./dez. 2007.
- BEAUPRE, L. A. et al. Does standardized rehabilitation and discharge planning improve functional recovery in elderly patients with hip fracture? **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Chicago, v. 86, n. 12, p. 2231-2239, Dec. 2005.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.
- CARAMELLI, P.; NITRINI, R.. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 301, out./dez. 2000.
- CORREIA, M. V. G. et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís – MA. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 131-137, 2008.
- CINCURA, C. et al. Validation of the national institutes of health stroke scale, modified ranking scale and Barthel index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovasc. Dis.**, New York, v. 27, n. 2, p.119-122, 2009.
- CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 666-672, set./out. 2009.
- DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M.; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Minixame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 13-17, 2007.
- FERRAZ, A. E. P. et al. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 2, p. 170-175, abr./jun. 2000.
- FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 162-170, 2007.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading de cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.
- FREITAS, D. H. M. et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 32-35, jan. 2010.
- FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573p.
- HAJEK, V. E.; GAGNON, S.; RUDERMAN, J. E. Cognitive and functional assessments of stroke patients: an analysis of their relation. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Chicago, v. 78, n. 12, p. 1331-1337, Dec. 1997.
- GUIMARÃES, L. H. C. T. et al. Avaliação da capacidade funcional de idoso em tratamento fisioterapêutico. **Rev. Neurociênc.**, São Paulo, v.12, n.3, p. 22-29, jul./set. 2004.
- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987.
- LEVI, R. et al. Aging-associated cognitive decline. **Int. Psychogeriatr.**, New York, v. 6, n. 1, p. 63-68, 1994.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.
- LYRA JÚNIOR, D. P. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-442, maio/jun. 2006.
- MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. C. *Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil*. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 10, n. 2, p. 178-189, jun. 2007.
- MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Md. State Med. J.**, Baltimore, n. 14, p. 61-65, Feb. 1965.
- 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. Geriatr.**, Amsterdam, v. 50, n. 3, p. 306-310, May/June 2010.
- MURAKAMI, L.; SCATTOLIN, F. Avaliação da independência funcional e da qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. Méd. Hered.**, Lima, v. 21, n. 1, p. 18-26, 2010.
- NISHIDA, A. P.; AMORIM, M. Z. M.; INOUE, M. M. E. A. Índice de Barthel e do estado funcional de pacientes pós-acidente vascular cerebral em programa de fisioterapia. **Salusvita**, Bauru, v. 23, n. 3, p. 479-488, 2004.
- NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 3, p. 720-727, set. 2005.
- OCAÑA, M. J. et al. Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. **Gerokomos**, Madrid, v. 17, n. 1, p. 6-23, marzo 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10**. Brasília, 1998.
- OZYEMISCI-TASKIRAN, O. et al. Revisiting length of stay in stroke rehabilitation in Turkey. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Chicago, v. 92, n. 2, p. 257-264, Feb. 2011.

- PATEL, M. D. et al. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. **Age Ageing**, London, v. 35, p. 273-279, 2006.
- PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. **Rev. Psiquiatr. Clin.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 23-26, jan. 2010.
- PRIGATANO, G. P. et al. Prescribed versus actual length of stay and inpatient neurorehabilitation outcome for brain dysfunctional patients. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Chicago, v. 78, n. 6, p. 621-629, June 1997.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.
- SANTOS, M. I. P. O. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 23-29, mar. 2007.
- SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-1039 nov./dez. 2010.
- SAWADA, N. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 581-587, set. 2009.
- SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **J. Clin. Epidemiol.**, Oxford, v. 42, n. 8, p. 703-709, 1989.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Diretrizes brasileiras de hipertensão [série 6]. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.
- TALMELLI, L. F. S. et al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-939, dez. 2010.
- TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.
- YAGURA, H. et al. Benefit of inpatient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, Chicago, v. 84, n. 11, p. 1687-1691, Nov. 2003.
- YOUNG, J. Caring for Older People: Rehabilitation and older people. **BMJ**, London, v. 313, p. 677-681, Sep. 1996.