

# COGNIÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS QUE RESIDEM SÓS E COM FAMILIARES

---

## COGNITION AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY PEOPLE WHO LIVE ALONE AND WITH RELATIVES

---

## COGNICIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL DE ANCIANOS QUE RESIDEN SOLOS Y CON FAMILIARES

Bruna Stamm<sup>1</sup>  
Marinês Tambara Leite<sup>2</sup>  
Leila Mariza Hildebrandt<sup>3</sup>  
Rosane Maria Kirchner<sup>4</sup>  
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini<sup>5</sup>  
Margrid Beuter<sup>6</sup>

**Objetivo:** avaliar a associação entre cognição e capacidade funcional de idosos que residem sós e com familiares. **Método:** estudo transversal, analítico, realizado com uma amostra de 368 idosos residentes em zona urbana de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil, entre março de 2011 e julho de 2012. Para obtenção dos dados utilizou-se um instrumento de caracterização sociodemográfico específico, o Miniexame do Estado Mental e a Escala de Lawton-Brody. **Resultados:** dos idosos participantes, 79,4% residiam com familiar(es) e 20,6% moravam sós. Em relação ao nível cognitivo, 43,8% dos idosos não apresentaram *déficit* e 55,4% possuíam *déficit* cognitivo. Quanto à capacidade funcional, 88,9% dos idosos eram independentes e 11,1% tinham dependência parcial para a realização das atividades instrumentais de vida diária. **Conclusão:** não houve associação significativa entre cognição e capacidade funcional nos idosos que residiam sós e com familiares.

**Descritores:** Idoso. Cognição. Atividades cotidianas. Família.

*Objective: to evaluate the association between cognition and functional capacity of elderly people living alone and with relatives. Method: This study is cross-sectional, analytical with a sample of 368 elderly people living in an urban area of a municipality in the interior of Rio Grande do Sul, Brazil, between March 2011 and July 2012. A Specific sociodemographic characterization, the Mental State Miniexame and the Lawton-Brody Scale were used to obtain the data. Results: of the elderly participants, 79.4% lived with family members and 20.6% lived alone. Regarding the cognitive level, 43.8% of the elderly had no deficit and 55.4% had cognitive deficits. Regarding functional capacity,*

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Especialista em Gestão Pública dos Serviços de Saúde. Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. bruna-stamm@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora do Grupo PET Enfermagem do Centro de Educação Superior Norte-RS, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. tamaraleite@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Ciências da Saúde do Centro de Educação Superior Norte-RS, Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. leilahildebrandt@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Licenciada em Matemática. Doutora em Engenharia Elétrica. Docente Adjunta do Departamento de Zootecnia e Ciências Biológicas do Centro de Educação Superior Norte-RS, Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil. rosanekirchner@gmail.com

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. nara.girardon@gmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. margridbeuter@gmail.com

*88.9% of the elderly were independent and 11.1% had partial dependence for performing the instrumental activities of daily living. Conclusion: there was no significant association between cognition and functional capacity in the elderly who lived alone and with relatives.*

*Descriptors: Elderly. Cognition. Daily activities. Family.*

*Objetivo: evaluar la asociación entre cognición y capacidad funcional de ancianos que residen solos y con familiares. Método: estudio transversal, analítico, realizado con una muestra de 368 ancianos residentes en zona urbana de un municipio del interior de Rio Grande do Sul, Brasil, entre marzo de 2011 a julio de 2012. Para obtener los datos, se utilizó un instrumento de caracterización socio-demográfico específico, llamado de Miniexamen del Estado Mental y la Escala de Lawton-Brody. Resultados: de los ancianos participantes, 79,4% residían con familiar(es) y 20,6% vivían solos. En relación al nivel cognitivo, 43,8% de los ancianos no presentaron déficit y 55,4% poseían déficit cognitivo. Sobre la capacidad funcional, 88,9% ancianos eran independientes y 11,1% tenían dependencia parcial para la realización de las actividades instrumentales de vida diaria. Conclusión: no hubo asociación significativa entre cognición y capacidad funcional en los ancianos que residían solos y con familiares.*

*Descriptores: Anciano. Cognición. Actividades cotidianas. Familia.*

## Introdução

Em diferentes países, desde algum tempo, existe a necessidade de lidar com as questões relativas ao envelhecimento populacional<sup>(1)</sup>. À medida que a população envelhece, aumenta a necessidade de se identificar as tendências demográficas e epidemiológicas. O aumento da proporção de idosos na população traz à tona a discussão a respeito das doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências, como a perda da cognição e a dependência funcional. A capacidade funcional é definida, segundo a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH), pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana<sup>(2)</sup>.

Entre as áreas que compõem a funcionalidade, encontram-se as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) que estão relacionadas à capacidade de administrar o ambiente de vida, dentro e fora do lar. As AIVD vinculam-se com ações de cuidado com a casa, familiares dependentes, administração e higienização do ambiente, cuidar da roupa, da alimentação, usar equipamentos domésticos, fazer compras, utilizar transporte pessoal ou público, controlar a própria medicação e finanças<sup>(2)</sup>.

Dentre as diversas perdas que ocorrem com o processo de envelhecimento, as perdas

cognitivas são as que desencadeiam maior impacto negativo aos idosos, nos familiares e na sociedade, pela amplitude de suas repercussões e indisponibilidade de tratamentos eficazes, que possam reverter os *déficits* já instalados<sup>(3)</sup>. Algumas perdas podem ser altamente resistentes ao longo do tempo, como as habilidades práticas e motoras, enquanto outras deterioram-se mais rapidamente com a idade, como o aprendizado de informações não familiares, expressão da linguagem (nomeação) e conteúdo abstrato<sup>(4)</sup>.

No que se refere às questões envolvidas no envelhecimento, o Declínio Cognitivo Leve (DCL) ou Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é um *déficit* esperado para a idade e escolaridade do idoso<sup>(5-6)</sup>. Estudo evidenciou que existe relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional nas atividades diárias, de tal forma que diante de danos cognitivos leves, as perdas são detectadas, prioritariamente, nas AIVD<sup>(7)</sup>.

Embora a velhice não seja considerada uma enfermidade, nessa etapa da vida aumenta o risco de adoecer e de perder a autonomia e a funcionalidade. Em consequência, os idosos requerem mais atenção e cuidado. Diante dessa situação, é importante a presença efetiva da rede social, uma vez que idosos sem suporte familiar ou com uma estrutura sociofamiliar inadequada

têm maior mortalidade, depressão, alterações cognitivas e uma percepção pior de seu estado de saúde do que aqueles que possuem suporte de familiares<sup>(8-9)</sup>. Estudos têm destacado que idosos que moram com a família apresentam melhor desempenho funcional e cognitivo<sup>(9,11)</sup>. Estas evidências suscitam a importância da família no cuidado ao idoso, principalmente na segurança, na qualidade de vida e em outros aspectos envolvidos com a saúde e com as necessidades desses indivíduos.

As adaptações decorrentes do envelhecimento estão relacionadas com o papel que o idoso assume na sociedade e com a aceitação dos familiares. Na velhice, o indivíduo tende a necessitar mais de suporte e a família ainda é a maior provedora de apoio ao idoso<sup>(10)</sup>. Neste estudo, tem-se o entendimento de que “[...] família é quem seus membros dizem que são”<sup>(12,24)</sup>.

Dessa forma, avaliar as diferentes habilidades cognitivas na população idosa contribui para identificar perfis neuropsicológicos e funcionais da transição que podem ocorrer entre o envelhecimento benigno e as síndromes demenciais<sup>(13)</sup>. O rastreamento das condições cognitivas e funcionais é fundamental para o planejamento de ações e intervenções que favoreçam a promoção e a manutenção da capacidade funcional do idoso<sup>(14-15)</sup>.

Diante dos aspectos apontados, o presente estudo tem por objetivo avaliar a associação entre capacidade cognitiva e funcional de idosos que residiam sós e com familiares.

## Método

Trata-se de estudo transversal, analítico, realizado em município do norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de março de 2011 a julho de 2012.

A amostra compreendeu 368 idosos, de ambos os sexos, residentes em zona urbana, calculada com base na população de 4.421 idosos, sendo realizado o cálculo amostral para estudos analíticos com amostra probabilística, do tipo aleatória simples, por meio da fórmula:  $n0=1/(E0)^2$  e  $n=(N*n0)/(N+n0)$ . Foram considerados:

$N$ =tamanho da população (4.421 idosos),  $E0$ =erro amostral tolerável (5%),  $n0$ =primeira aproximação do tamanho da amostra (400 idosos) e  $n$ =tamanho da amostra (368). Os participantes foram localizados pela identificação e endereço fornecidos pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos, ter condições de verbalização, de compreensão e não estar institucionalizado.

Os dados foram obtidos no domicílio de cada idoso, com o auxílio de um questionário que continha questões sociodemográficas, o Miniexame do Estado Mental (MEEM), para a avaliação cognição, e a Escala de Lawton e Brody, para avaliar a capacidade de realizar as AIVD. O MEEM é um instrumento que possibilita detectar perdas cognitivas, composto de perguntas agrupadas em sete categorias, cada uma delas avalia componentes da função cognitiva relacionadas à orientação temporo-espacial (5 pontos cada), retenção ou registro de dados (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva e visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de 0 a 30 pontos. Possui pontuação de cortes diferenciados, em que o ponto de corte para idosos sem escolaridade é 20. Escores abaixo desse valor são indicadores para *déficit* cognitivo. Para idosos com escolaridade, o ponto de corte é 25, sendo que escores abaixo desse valor são indicativos de declínio cognitivo<sup>(16)</sup>. Para o presente estudo, adotaram-se estas pontuações e os idosos foram classificados em “com *déficit* cognitivo” e “sem *déficit* cognitivo”.

A Escala de Lawton e Brody<sup>(17)</sup> baseia-se no autorrelato das capacidades necessárias para viver em comunidade e avalia a capacidade para a realização das AIVD. A escala contém questões relativas à capacidade para preparar as refeições, realizar as tarefas domésticas, lavar roupa, manusear medicamentos, usar o telefone, manusear dinheiro, fazer compras e usar os meios de transporte. Cada uma dessas ações é classificada de 1 a 3, em que 1 representa dependência para tal função, 2 significa que o idoso precisa de ajuda e 3 exprime total independência para a função.

A pontuação máxima é 27 pontos e o escore tem significado apenas individualmente, como caráter comparativo para a evolução do quadro geral, possuindo dependência total o idoso que apresentar pontuação =  $\leq 5$ , dependência parcial se pontuação =  $>5 < 21$  (entre 5 e 21) e independência se pontuação =  $>21$  (maior que 21)<sup>(17)</sup>. Neste caso, utilizaram-se as variáveis “dependência parcial” e “independência” para apresentar os resultados.

Para a análise e organização dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (versão 21.0). Foi realizada análise com frequência absoluta e relativa das variáveis qualitativas. Para verificar a associação entre os grupos (residiam com familiar e residiam sós) e as variáveis (capacidade cognitiva e capacidade funcional) foi realizado o teste de qui-quadrado de Pearson, com correção de Yates quando ocorreram valores esperados  $< 5$ . Adotou-se o intervalo de confiança de 95% para os resultados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o número do Processo n. 23081.004702/2011-76, e observou as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados

Participaram do estudo 368 idosos. Destes, 292 residiam com familiares (61,0%) e 76 (39,0%) residiam sós. Quanto ao sexo, dos idosos que residiam com familiares, 178 (61,0%) eram do sexo feminino e 114 (39,0%) do sexo masculino; e dos idosos que residiam sós, 61 (80,2%) eram do sexo feminino e 15 (19,8) eram do sexo masculino. Neste estudo, residir com familiares incluiu esposo ou companheiro, filho(s), neto(s), irmão(s), cunhado(s), primo(s) e amigo(s).

Em relação à idade, os idosos que residiam sós, 33 (43,4%), possuíam de 70 a 80 anos e os idosos que residiam com familiar, 140 (47,9%), possuíam de 60 a 70 anos. A maioria, 161 (43,8%), dos participantes do estudo possuía idade entre 60 e 70 anos; e 273 (74,2%) tinham o ensino fundamental incompleto.

A renda familiar prevalente foi de até um salário mínimo, a qual, para os idosos que residiam sós, representou 43 (57,9%) indivíduos e para os que habitavam com familiares, 112 (39,0%).

Quanto aos aspectos de saúde, 321 idosos (87,2%) referiram fazer uso de medicamentos. Em relação à presença de doenças, 67 (88,1%) idosos que residiam sós e 241 (82,5%) idosos que residiam com familiares relataram uma ou mais doenças. As doenças prevalentes mais citadas foram, para os idosos que residiam sós e com familiares, respectivamente: doenças cardiovasculares (72,3% e 65,7%) e osteoarticulares (30,2% e 17,5%).

A prática de atividade física foi investigada e a maioria dos idosos admitiu não possuir o hábito de realizar exercícios: 41 (53,9%) idosos que residiam sós e 171 (58,5%) idosos que residiam com familiares.

Em relação ao nível cognitivo, 161 (43,8%) idosos não apresentaram *déficit*, 204 (55,4%) possuíam *déficit* cognitivo e três (0,8%) não responderam. Quanto à capacidade funcional, 327 (88,9%) idosos eram independentes e 41 (11,1%) apresentaram dependência parcial para a realização das AIVD. Em relação ao número de episódio de quedas, 51 (67,1%) idosos que residiam sós e 144 (49,3%) que residiam com familiares, já caíram.

Na Tabela 1, são apresentadas as associações entre os grupos: residiam sós e moravam com familiar, e as variáveis: cognição e capacidade funcional.

**Tabela 1** – Associação entre idosos que residiam sós e idosos que residiam com familiar, com cognição e capacidade funcional. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012. (N=365)

Variável	Residiam sós	Residiam com familiar	p-valor
	n= 76	n= 292	
<b>Miniexame do Estado Mental*</b>			
Com <i>déficit</i> cognitivo	49	157	0,313
Sem <i>déficit</i> cognitivo	24	135	
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária</b>			
Dependência parcial	06	35	0,157
Independência	70	257	

Fonte: Elaboração própria.

\* Três participantes que residiam sós não responderam; p-valor: qui-quadrado.

Verificou-se que não houve associação significativa entre cognição,  $\chi^2(1) = 3,7$  ( $p = 0,157$ ) e capacidade funcional,  $\chi^2(1) = 1,0$  ( $p = 0,313$ ), nos idosos que residiam sós e com familiares.

## Discussão

Verificou-se que houve predomínio de idosos que residiam com familiares (61,0%) quando comparados a idosos que residiam sós (39,0%). O contexto familiar representa um elemento essencial para o bem-estar dos idosos, que encontram, nesse ambiente, suporte e familiaridade para as diferentes situações que vivenciam e também relações que garantem espaço de pertencimento com os familiares<sup>(11)</sup>.

Em estudo de revisão que objetivou estabelecer bases de argumentação para entender as razões que levam um idoso a morar sozinho, destacou-se que melhores condições socioeconômicas e de saúde, idade mais avançada e ausência de filhos parecem contribuir para que o idoso more sozinho<sup>(10)</sup>.

Para alguns idosos, a coresidência familiar é necessária, uma vez que ajuda a resolver questões do dia a dia de natureza afetiva, física ou financeira, assim como para compartilhar a convivência diária<sup>(10)</sup>. Para outros, o convívio pode ser indesejado, mas apresentar-se como a única opção, em detrimento de uma institucionalização. Morar sozinho pode ser uma alternativa de idosos que mantêm sua independência e autonomia ou mesmo ser inevitável para aqueles que, mesmo sentindo-se sós ou abandonados,

não possuem outras pessoas com as quais possam coresidir<sup>(11)</sup>.

Vale destacar que as relações familiares e de amizade são significativas para o enfrentamento das situações cotidianas e do sentimento de solidão que pode emergir na velhice. Assim, o contexto familiar é o primeiro local de cuidados, aquele que está cada vez mais reduzido ao seu núcleo essencial e à prestação de cuidados de qualidade ao membro mais velho e que apresenta alguma dependência<sup>(18)</sup>.

Em relação à população estudada, a maioria dos idosos que residiam sós apresentou-se entre 70 a 80 anos de idade. Em arranjos familiares de idosos mais velhos, uma investigação revelou que, após os 80 anos de idade, aumenta a dependência física, econômica ou psicológica, levando à necessidade de a família ir morar com o idoso ou vice-versa, favorecendo as gerações mais novas e mais velhas<sup>(19)</sup>.

No que se refere a episódio de quedas, 67,1% dos idosos que residiam com familiares e 49,3% dos idosos que residiam sós caíram, diferentemente de pesquisa realizada com 138 idosos participantes do projeto Veranópolis, no Rio Grande do Sul, que avaliou a funcionalidade e a prevalência de quedas utilizando, entre outras, a escala de Lawton e Brody. No grupo investigado, dentre os participantes que residiam com familiares, 31,9% relataram queda no último ano. O estudo também concluiu que, para os idosos, morar com um familiar é um importante preditor de risco aumentado de quedas<sup>(20)</sup>.

Um estudo holandês<sup>(22)</sup> explorou o impacto da queda para idosos mais velhos residentes na comunidade e para sua família, que apresentavam *déficit* cognitivo e tinham sofrido uma queda recente. Dentre os resultados encontrados, destaca-se que a maioria dos participantes não soube informar a causa da queda, devido aos próprios problemas cognitivos que apresentavam. Os autores sugerem ainda que ações e programas que visem à prevenção de quedas entre os idosos, especialmente aqueles com deficiências cognitivas, devem incluir a família, objetivando capacitá-la para atuar como coterapeuta, superar os problemas relativos à incapacidade funcional e a aprendizagem cognitiva prejudicada dos idosos.

Os resultados do presente estudo evidenciaram que não houve associação significativa entre cognição ( $p=0,157$ ) e capacidade funcional ( $p=0,313$ ) nos idosos que residiam sós e com familiares. Essa condição pode estar associada ao fato de a família, geralmente, assumir as responsabilidades do cuidado ao idoso, principalmente nos casos em que este se apresenta dependente ou com a saúde fragilizada. Em muitos casos, ao acolher o idoso em sua residência, a família pode beneficiá-lo, bem como limitar seu potencial de autonomia e funcionalidade. Assim, morar sozinho representou ter maior independência e autonomia.

A prevalência de fatores associados ao *déficit* cognitivo foi avaliada em pesquisa com 1.593 idosos, mediante a aplicação do MEEM no domicílio, e a probabilidade de apresentar *déficit* cognitivo ( $p < 0,05$ ) foi maior, entre outros fatores, em idosos sem companheiro e que residiam sós<sup>(21)</sup>. Outro estudo que avaliou o estado mental de 74 idosos encontrou uma prevalência de declínio cognitivo em 36,5%; destes, 18,9% eram casados<sup>(23)</sup>.

A necessidade de auxílio – físico, financeiro e emocional – faz com que muitos idosos deixem de residir em seus próprios lares para morar com seus familiares. Entre outros fatores, a incapacidade funcional ou cognitiva tende a tornar o idoso dependente de maior necessidade de cuidados<sup>(19)</sup> e, conseqüentemente, mais suscetível a novos arranjos domiciliares<sup>(8)</sup>. Nesse

novo cenário, os idosos precisam adaptar-se a uma nova dinâmica familiar e a uma rotina diária diferente.

Estudo realizado no Brasil evidenciou que a variável “mora só” mostrou-se um fator de proteção para o comprometimento da capacidade funcional, ratificando, com isso, que um idoso que consegue morar só demonstra ser independente e autônomo<sup>(24)</sup>.

Desenvolver estudos acerca da capacidade cognitiva e funcional de idosos que moram sós ou com familiares pode contribuir para o planejamento de ações e intervenções que favoreçam a promoção da saúde e a manutenção destas funções. Também, pode servir para monitorar as condições de vida e de saúde de idosos residentes na comunidade, cabendo à família o relevante papel de prestar o suporte social e o cuidado ao idoso.

## Conclusão

Os resultados demonstraram que a maioria dos idosos residia com familiares, possuía idade entre 60 e 70 anos, ensino fundamental incompleto, apresentaram *déficit* cognitivo e eram independentes para a realização das atividades instrumentais da vida diária. Verificou-se que não houve associação significativa entre cognição e capacidade funcional nos idosos que residiam sós e com familiares.

Nesse escopo, o estudo reforçou a importância de incluir e inserir a família como sujeito ativo no processo de envelhecimento, principalmente na medida em que o idoso aumenta sua idade, uma vez que essa pode influenciar diretamente na qualidade de vida dos idosos. Afinal, é nessa fase da vida que as dificuldades físicas, financeiras e afetivas tendem a surgir com maior intensidade.

As limitações do estudo referiram-se ao desenho transversal, que não permitiu relação de causa e efeito, por estar restrito aos idosos que residiam em zona urbana e vinculados às ESF da cidade pesquisada. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de investigações que ampliem a região geográfica de origem dos

participantes, uma vez que os resultados apresentados não podem ser tomados como absolutos e que possam incluir a família dos idosos como participante ativo.

### Colaborações

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Bruna Stamm, Marinês Tambara Leite, Leila Mariza Hildebrandt e Rosane Maria Kirchner;

2. redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Bruna Stamm, Marinês Tambara Leite, Leila Mariza Hildebrandt, Rosane Maria Kirchner, Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini e Margrid Beuter;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Bruna Stamm.

### Referências

- Dijkstra A, Hakverdioğlu G, Muszalik M, Andela R, Korhan EA, Kędziora-Kornatowska K. Health related quality of life and care dependency among elderly hospital patients: an international comparison. *Tohoku J Exp Med*. 2015 [cited 2015 Nov 12];235(3):193-200. Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/235/3/235\\_193/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/235/3/235_193/_pdf)
- World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS; 2005.
- Rodakowski J, Skidmore ER, Reynolds CF, Dew MA, Butters MA, Holm MB, et al. Can performance of daily activities discriminate between older adults with normal cognitive function and those with Mild Cognitive Impairment? *J Am Geriatr Soc*. 2014 July [cited 2015 Nov 12]; 62(7):1347-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107156/pdf/nihms574406.pdf>
- Schlindwein-Zanini R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Rev Neurociênc*. 2010 [citado 2014 jun 18];18(2):220-6. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/262%20revisao.pdf>
- Petersen RC, Doody R, Kurz A, Mohs RC, Morris JC, Rabins PV, et al. Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol*. 2001 [cited 2015 Dec 28];58(12):1985-92. Available from: <http://archneur.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=781015>
- Bier N, Grenier S, Brodeur C, Gauthier S, Gilbert B, Hudon C, et al. Measuring the impact of cognitive and psychosocial interventions in persons with mild cognitive impairment with a randomized single-blind controlled trial: rationale and design of the MEMO+ study. *International Psychogeriatrics*. 2015 [cited 2015 Dec 28];27(3):511-25. Available from: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9539857&fileId=S1041610214001902>
- Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 [cited 2015 Dec 13];56(10):638-43. Available from: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/10/M638.long>
- Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Funcionalidade familiar de idosos com sintomas depressivos. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):469-76.
- Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm*. 2013 nov-dez [citado 25 abr 2017];66(6):907-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/15.pdf>
- Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Est Pop*. 2011 [citado 2015 jun 12];28(1):217-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1>
- Reis LA, Gomes NP, Reis LA, Menezes TMO, Couto TM, Aguiar ACSA, et al. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. *Aquichan*. 2015;15(3):393-402.
- Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 5a ed. São Paulo: Roca, 2015.
- Fichman HC, Fernandes CS, Oliveira RM, Caramelli P, Aguiar D, Novaes R. Predomínio de comprometimento cognitivo leve disexecutivo em idosos atendidos no ambulatório da geriatria de um hospital público terciário na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Neuropsico Latino-Am*. 2013;5(1):31-40.
- Macêdo AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):358-63.

15. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):64-71.
16. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):777-81.
17. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-85.
18. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Jul-Set [citado 2017 abr 25];21(3):543-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08>
19. Pedrazzi EC, Della Motta TT, Ventrúscolo TRP, Fabrício-Wehbe SCC, Cruz IR, Rodrigues RAP. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18(1):1-8.
20. Mezari MC, Avozani TV, Bruscatto NM, Moriguchi EH, Raffone, AM. Estudo da funcionalidade e da prevalência de quedas em idosos da cidade de Veranópolis - RS: uma proposta para promoção da saúde. *RBCEH.* 2012;9(1):129-42.
21. Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(4):880-8.
22. Faesa MC, Reelicka MF, Banningha LWJW, Giera M, Esselinkc RA, Rikkerta MGO. Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: Foundations for an intervention to prevent falls. *Aging Ment Health.* 2010;14(7):834-42.
23. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):109-21.
24. Ribeiro DKMN, Lenard MH, Miche T, Setoguch LH, Grden CRB, Oliveira ES. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):89-95.

Recebido: 8 de agosto de 2016

Aprovado: 17 de maio de 2017

Publicado: 5 de julho de 2017