

Capacidade funcional de idosos com diagnóstico indicativo de Alzheimer



Functional capacity of elderly with Alzheimer's diagnosis

FisiSenectus . Unochapecó
Ano 2, n. 1 - Jan/Jun. 2014
p. 33-41

Fátima Ferretti. ferrettifisio@yahoo.com.br

Doutora em Saúde Coletiva pela Unifesp e docente do programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil.

Ana Paula Maihack Gauer . anagauer@unochapeco.edu.br

Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde. Bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina. Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil.

Eli Fernanda Tomazeli. elifernandat@gmail.com

Fisioterapeuta Pós-Graduada em Fisioterapia do Trabalho e Ergonomia pelo Instituto Brasileiro de Therapias e Ensino.

Clodoaldo Antônio de Sá. clodoaldo@unochapeco.edu.br

Doutor em Ciência do Movimento Humano pela UFSM e docente do programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil.

Vanessa da Silva Corralo . vcorralo@unochapeco.edu.br

Doutora em Bioquímica Toxicológica pela UFSM e docente do programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), SC, Brasil.

Resumo

Objetivos: Avaliar a capacidade funcional de idosos com diagnóstico indicativo de Alzheimer e relacionar o nível de independência funcional com os anos de sintomas em função do sexo e da faixa etária. **Métodos:** Participaram desse estudo 50 idosos com diagnóstico indicativo de Alzheimer, sendo 36 do sexo feminino e 14 do sexo masculino (idade $80,0 \pm 7,21$ e $77,35 \pm 8,89$ anos, respectivamente). Os instrumentos de coleta utilizados foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), protocolo de Barthel, Lawton e Time Up and Go (TUG). **Resultados:** Os resultados do MEEM evidenciaram um maior comprometimento cognitivo para o grupo com mais de nove anos de sintomas em relação ao grupo com até quatro anos ($p=0,013$). Quanto à avaliação funcional a partir do protocolo de Barthel e avaliação da mobilidade (TUG), não foram evidenciadas diferenças ($p>0,05$) entre os grupos etários analisados. Com relação à análise da capacidade funcional, avaliada pelo protocolo de Lawton, demonstrou-se que os grupos com cinco a oito anos e com mais de nove anos de sintomas, apresentaram um comprometimento funcional significativamente maior ($p<0,05$) que o grupo com até quatro anos de sintomas. O tempo de sintomas correlacionou-se positivamente ($p<0,05$) com a capacidade cognitiva e funcional. **Conclusão:** Com base nos resultados, pode-se inferir que o nível de independência funcional de idosos com diagnóstico indicativo de DA está relacionado com a progressão da doença, considerando os anos de sintomas.

Palavras-chave

idoso, doença de Alzheimer, atividades cotidianas.

Abstract

Objectives: To evaluate the functional capacity of elderly patients with Alzheimer's diagnosis and relate the level of functional independence, with years of symptoms by gender and age. **Methods:** A total of 50 elderly participated in this study with Alzheimer's diagnosis, 36 females and 14 males (age 80.0 ± 7.21 and 77.35 ± 8.89 years, respectively). The instruments used for the data collection were the Mini Mental State Examination (MMSE), protocol Barthel, Lawton and Team Up and Go (TUG). **Results:** The MMSE results revealed a greater cognitive impairment in the group with more than nine years of symptoms relative to the group with up to four years ($p = 0.013$). As regards to the functional evaluation from the Barthel protocol and assessment mobility (TUG), there were no differences ($p > 0.05$) between the age groups analyzed. Regarding to the analysis of functional capacity, as assessed by the Lawton protocol, it was shown that the groups with 5 to 8 years and with over 9 years of symptoms, presented functional impairment significantly higher ($p < 0.05$) than the group with up to 4 years symptoms. O duration of symptoms correlated positively ($p < 0.05$) with cognitive and functional capacity. **Conclusions:** Based on the results, it can be inferred that the level of functional independence of elderly with Alzheimer's diagnosis is related to disease progression, considering the years of symptoms.

Keywords

Exercise. Hypertension. Blood pressure.

Introdução

O mundo todo presencia um momento em que o número de pessoas com mais de 60 anos aumenta progressivamente. Um fator que chama atenção, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, é que o Brasil vem se configurando como um dos países que mais apresenta crescimento da população idosa e da expectativa de vida². Esse crescimento vem associado ao aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, entre estas, uma que preocupa os pesquisadores, seja pelo seu início insidioso ou seu caráter deletério, é a doença de Alzheimer (DA)³. A prevalência dessa enfermidade está associada à idade, 9% acima de 65 anos, 34% com mais de 85 anos e 43% acima de 95 anos são acometidos pela DA⁴. Os principais sintomas da DA são o comprometimento da memória recente e, com a evolução, a memória semântica, a dificuldade de nomeação e de elaboração da linguagem, déficits de atenção, prejuízos nas habilidades visuoespaciais e nas funções executivas⁵.

A DA na sua fase inicial, caracterizada pelos dois a três primeiros anos da doença, leva o paciente a apresentar dificuldades de pensar com clareza, diminuição do seu rendimento funcional em tarefas complexas, além do déficit da memória de evocação, com desorientação no tempo e espaço^{6,7}. Na fase intermediária (3 a seis ou sete anos)

ocorre perda mais acentuada da memória, alterações espaciais e visuais, apraxia, agnosia e afasia⁸. Na fase mais avançada (oito a doze anos) todas as funções mentais estão comprometidas, sendo mais acentuada a alteração de personalidade, apatia, com prejuízo importante da capacidade crítica e de julgamento, perda das funções cognitivas e da capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária que levam o paciente à dependência total do cuidador e/ou familiares⁹.

O declínio cognitivo e da memória inerente à DA está intimamente relacionado à perda da capacidade funcional, ou seja, de desempenhar Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDS) e, posteriormente, Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDS). Capacidade funcional se constitui na independência para a realização das atividades de vida diária e compreende as capacidades necessárias para que o indivíduo realize suas vontades, no que diz respeito aos aspectos físicos, intelectuais, emocionais e cognitivos, todos, fatores essenciais para a preservação do nível de independência dos pacientes com DA³. Alguns instrumentos são utilizados para avaliar a capacidade funcional, dentre estes destacam-se o índice de Barthel e de Lawton.

A avaliação funcional determina não só o comprometimento funcional, mas também o nível de necessidade de auxílio ao paciente e pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os

níveis de capacidade da pessoa no desempenho das atividades do cotidiano¹¹. Em um estudo realizado sobre independência funcional em 67 idosos com DA, os autores¹² demonstraram que 82,08% apresentaram déficit cognitivo, classificando-os em um nível de dependência completa conforme o protocolo utilizado. Torna-se evidente que melhores níveis de independência e capacidade cognitiva são importantes para manter o provimento das necessidades básicas da vida diária dos idosos com DA.

Nesse sentido, estudos que avaliam a capacidade funcional, identificando os níveis de independência, são fundamentais para o planejamento de ações de cuidado e atenção voltadas à melhoria da condição de vida do idoso e de sua família. Para tanto este estudo propõem-se a avaliação da capacidade funcional de idosos com diagnóstico indicativo de Alzheimer e relação desta com nível de independência funcional e com os anos de sintomas em função do sexo e da faixa etária.

Materiais e métodos



População e Amostra

A população foi constituída por 104 idosos de ambos os sexos, residentes em Chapecó, com diagnóstico indicativo de DA e que utilizavam as medicações donepezila e rivastigmina cadastrados no banco de dados da Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. A partir dos critérios de exclusão (idosos residentes no meio rural e não encontrados nos endereços cadastrados), a amostra foi constituída por 50 sujeitos, sendo 36 do sexo feminino e 14 do masculino.

Instrumento de coleta

A capacidade cognitiva foi avaliada por meio do MEEM adaptado de Crum et al. 1993¹³. Para avaliação da capacidade funcional foram utilizados os protocolos de Barthel (HARGREAVES, 2006)¹⁴ e Lawton (LAWTON; BRODY, 1969)¹⁵. A mobilidade foi avaliada a partir do teste Time Up and Go (POD-SIADLO; RICHARDSON, 1991)¹⁶. Foram coletadas,

ainda, informações acerca da escolaridade e do tempo de início dos sintomas da DA

Procedimentos para coleta de dados

Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, o projeto foi encaminhado à Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. De posse desses documentos, a DIAF enviou aos pesquisadores uma lista com os nomes e dados cadastrais dos idosos com diagnóstico indicativo de DA. A partir de um contato prévio com os pacientes e/ou seus cuidadores, foi realizada uma visita em domicílio, na qual todos os objetivos e procedimentos do estudo foram explicados. Após o conhecimento dos propósitos do estudo, os pacientes ou seus representantes legais, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Posteriormente foi aplicado o MEMM¹³ para avaliação da capacidade cognitiva e os protocolos de Barthel¹⁴ e Lawton¹⁵ para capacidade funcional. Após a avaliação das capacidades cognitiva e funcional, cada sujeito realizou o teste de mobilidade Time Up and Go¹⁶.

A interpretação dos resultados do MEEM se deu mediante escore do instrumento que varia de zero a 30 pontos. Os pontos de corte para o MEEM segundo o nível de escolaridade são de no mínimo 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (até oito anos de instrução formal) e 26 para indivíduos de alta escolaridade (mais de oito anos)⁷.

A avaliação das Atividades de Vida Diárias (AVDs) foi realizada utilizando o protocolo de Barthel. O escore do instrumento varia de 0 a 100 pontos. Sendo que zero corresponde ao máximo de dependência AVDs e quanto mais se aproxima dos 100 pontos maior o nível de independência. A classificação do nível de independência utilizou o critério proposto por Hargreaves (2006)¹⁴ que estabelece 100 pontos como totalmente independente; 99 a 76 pontos para dependência leve; 75 a 51 pontos em dependência moderada; 50 a 26 pontos para dependência severa e 25 pontos ou menos como dependência total.

Para a análise das AIVDs foi utilizada a escala de Lawton. A soma dos escores varia entre 9 a 27

pontos, sendo que resultados entre 19 e 27 pontos classificam o sujeito como independente, entre 10 e 18, como semidependente e, entre 01 e 09, como dependente¹⁷.

O escore do teste Time Up and Go (TUG), que avalia o equilíbrio sentado, transferências da posição sentado para a posição em pé, estabilidade na deambulação e mudança do curso da marcha sem utilizar estratégias compensatórias, foi medido em segundos. Dessa forma, os indivíduos independentes e sem alterações no equilíbrio deveriam realizar o teste em dez segundos ou menos. Aqueles com independência em transferências básicas necessitariam de 11 a 20 segundos e os indivíduos que necessitaram de mais de 30 segundos para realizar o teste foram classificados como dependentes em muitas atividades de vida diária e com comprometimento da sua mobilidade¹⁸.

Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva com média e desvio padrão, a análise de variância Anova, com o teste de post hoc de Tukey e a correlação de Pearson. Para todas as análises foi utilizado o pacote estatístico SPSS® versão 18.0 e foi adotado um nível de significância de 0,05. Cabe destacar que o presente projeto foi aprovado no comitê de ética sob o protocolo 178/10.

Resultados

Foram avaliados 50 sujeitos, 36 do sexo feminino (idade $80,0 \pm 7,21$ anos) e 14 do sexo masculino (idade $77,35 \pm 8,89$ anos), cujas características estão descritas na Tabela 1.

Os dados apresentados na Tabela 2 indicam que tanto a capacidade cognitiva quanto a capacidade funcional não apresentaram correlação significativa ($p > 0,05$) com a idade e o tempo de escolaridade (em anos) dos sujeitos. O tempo de início dos sintomas correlacionou-se significativamente ($p < 0,05$) com os escores do MEEM e da escala de Lawton.

Na Tabela 3 são mostrados dados relativos à capacidade cognitiva (MEEM), capacidade funcional (Protocolos de Barthel¹⁴ e Lawton¹⁵) e mobilidade (Time) dos sujeitos em função do sexo. Não foram evidenciadas diferenças estatisticamente signifi-

cantes ($p > 0,05$) entre os sexos para capacidade cognitiva, capacidade funcional e mobilidade.

Para análise da capacidade cognitiva, nível de independência funcional e mobilidade em função do tempo de início dos sintomas (Tabela 4), os sujeitos foram divididos em três grupos: até quatro anos, de quatro a nove anos e mais de nove anos de início dos sintomas. A análise dos dados evidenciou que a capacidade cognitiva avaliada pelo MEEM reduziu 59,71% ($p < 0,05$) no grupo com mais de nove anos em relação ao grupo com até quatro anos de início dos sintomas. O grupo intermediário (de quatro a nove anos de sintomas) não diferiu significativamente ($p > 0,05$) dos grupos de até quatro anos e com mais de nove anos.

A avaliação da capacidade para realização de atividades da vida diária (Tabela 4), realizada com base na escala de Lawton¹⁵, evidenciou que os grupos com quatro a nove anos e mais de nove anos de início dos sintomas, reduziram significativamente ($p < 0,05$) a capacidade funcional quando comparados com o grupo com até quatro anos de sintomas (26,97 e 37,69%, respectivamente). Não foram demonstradas diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$) entre os grupos avaliados em função do tempo de início dos sintomas para mobilidade avaliada pelo teste Time Up and Go¹⁶.

A Figura 1 mostra a distribuição percentual do nível de mobilidade dos sujeitos da amostra em função do sexo, quando avaliados pelo teste Time Up and Go. Pode-se observar que 47% das mulheres e 36% dos homens avaliados apresentaram comprometimento funcional.

Discussão

Neste estudo, 72% dos sujeitos analisados foram do sexo feminino (idade $80,0 \pm 7,21$ anos) e 28% do sexo masculino (idade $77,35 \pm 8,89$ anos). Embora a presente pesquisa não tenha se proposto a estudar a prevalência da DA, os dados apresentados demonstram que o sexo feminino é mais acometido pela doença. De fato, alguns fatores de risco estão associados ao maior risco para DA, entre eles, o sexo feminino, o traumatismo crânio encefálico, a etnia caucasiana, o alumínio e a ate-

rosclerose¹⁸. Outros estudos apresentaram dados semelhantes em relação à maior prevalência de DA entre as mulheres^{3,9}. Essa maior prevalência de DA entre o sexo feminino pode ser explicada, em grande parte, pela maior sobrevivência das mulheres e pelo baixo nível de escolaridade^{3,19}, muito embora, na literatura a qual se teve acesso, não tenham sido encontradas relações entre a capacidade funcional e sexo.

Nesta pesquisa, a capacidade cognitiva e funcional e a mobilidade não foram associadas à escolaridade e à idade dos pacientes (Tabela 2). Um estudo realizado por Abreu et al.⁷ com 530 indivíduos destacou a relevância da escolaridade na pontuação do escore total do MEEM, fato este não observado no presente estudo. Por outro lado, houve relação entre o tempo de início dos sintomas com os escores do MEEM e de Lawton (Tabela 2).

O nível de independência funcional relativo às atividades da vida diária (Tabela 3) foi maior para o sexo feminino. Embora na literatura não tenha sido identificado resultado semelhante, uma possível justificativa é a busca de autonomia e a realização de maior número de atividades diárias pelas mulheres.

O maior comprometimento cognitivo observado no grupo com mais de nove anos de sintomas em relação ao grupo com até quatro anos está coerente com a evolução da patologia. A DA se caracteriza pela perda gradual e progressiva da memória e da capacidade cognitiva, associada a um maior comprometimento do sistema nervoso central²⁰.

Em relação à capacidade funcional, avaliando-se as atividades instrumentais da vida diária, os idosos estudados foram classificados como semidependentes em ambos os grupos (Tabela 4). Utilizando a mesma escala, um estudo realizado com idosos que apresentam demência encontrou dado que difere deste, demonstrando que o grupo com demência, na fase inicial, atingiu 23 pontos, sendo considerado independente. Com demência em fase intermediária pontuou 16 e o com demência grave pontuou 11, considerados semidependentes²¹.

Esses resultados podem ser justificados pela diversidade de outras variáveis que interferem na

relação entre o nível cognitivo, avanço da doença e a habilidade funcional, como o nível de escolaridade, idade e tempo de progressão da enfermidade, bem como pelo uso de medicação. Estudos sobre fatores determinantes da capacidade funcional em idosos sugerem que há uma complexa rede causal para a ocorrência do declínio da funcionalidade¹⁹. No entanto, a maioria desses estudos afirma a associação entre os déficits cognitivos e a incapacidade em AVDs²¹.

A mobilidade é um fator importante para manutenção da independência no dia a dia. Quanto melhor se locomove e desloca com equilíbrio e segurança, mais fácil, se torna desempenhar as atividades²². No presente estudo observou-se que o grupo composto por idosos que apresentam sintomas a mais de nove anos precisaram de 20 segundos a mais que o grupo com cinco a oito anos de sintomas para percorrer os três metros do percurso no definido no Time Up And Go, demonstrando que a evolução da doença em anos impactou na mobilidade dos idosos.

Em estudo realizado em Minas Gerais com 107 idosos com demência grave, os idosos apresentaram piores desempenhos ao teste, mostrando que a função motora foi influenciada pelo processo demencial²³. Outro estudo realizado com 28 idosos (77,8 ± 8,3 anos) diagnosticados com DA que avaliou a função cognitiva, mobilidade e capacidade funcional, encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de mobilidade e o tempo de diagnóstico da DA (r= 0,401). Essa relação pode ser explicada pelo fato de que nas fases iniciais da doença as estruturas neurais que suportam a função motora são poupadas, sofrendo degeneração com a progressão da doença³. Outro fator que pode influenciar o grau de mobilidade para melhor ou pior é a existência de outras doenças crônicas, comuns do processo de envelhecer, as quais, associadas ao quadro demencial e ao maior uso de medicamentos, agrava o quadro deletério da DA.

Conclusão



Nesse sentido, cabe destacar, que a hipótese do estudo foi confirmada, pois os resultados de-

monstraram que o nível de independência funcional de idosos com diagnóstico indicativo de Alzheimer está relacionado com a progressão da doença, considerando os anos de sintomas. Aqueles que tinham mais de nove anos de sintomas foram os que obtiveram a menor pontuação nos protocolos utilizados.

Refletir sobre estratégias que minimizem os efeitos limitantes da DA, considerando que a expectativa de vida e o número de idosos com maior idade vêm aumentando, desafia tanto as áreas de conhecimento como os pesquisadores a trabalharem com diferentes modelos de pesquisas para minimizar o sofrimento do idoso e da família que convive com a DA. Torna-se fundamental realizar pesquisas sobre os protocolos de exercícios mais adequados para garantir o maior nível de independência possível, dentro de cada fase evolutiva da enfermidade. Também cabe destacar que protocolos de atuação em equipes multidisciplinares, diferenciadas por fase, pode ser escopo de outros estudos que trarão respostas importantes para essa realidade: Cognitivo versus independência funcional versus anos de DA.

As limitações do estudo se deram pela dificuldade de localização dos pacientes, pois muitos não tinham cadastrado seu endereço atualizado, bem como, pela necessidade de ter o responsável no domicílio durante a coleta de dados, o que levou os pesquisadores a várias visitas para finalizar uma etapa da pesquisa.

Referências



1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Cadernos de Atenção Básica; Ministério da Saúde, 2004.
2. Joia LC, Ruiz DT. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev. Saúde Pública. 2007; 41 (1): 131-138.
3. Borges LL, Albuquerque CR, Garcia PA. O impacto do declínio cognitivo, da capacidade funcional e da mobilidade de idosos com doença de Alzheimer na sobrecarga dos cuidadores. Fisioter Pesq. 2009; 16(3): 246-251.
4. Caixeta L. Doença de Alzheimer. Porto Alegre: Artmed, 2012.
5. Hernandez SSS, Coelho FGM, Gobbi S, Stella F. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. Rev. bras. fisioter. 2010; 14(1): 68-74.
6. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto contexto - enferm. 2006; 15(4): 587-594.
7. Abreu IDDE, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev. Psiquiatr.clin. 2005; 32(3): 131-136.
8. Papaléo Netto, M. Tratado de gerontologia. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007.
9. Perroni GGG. Capacidade funcional de indivíduos idosos portadores da Doença de Alzheimer. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
10. Sanchez MAS. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Textos Envelhecimento. 2000; 3(3): 35-54.
11. Scattolin FAA, Diogo MJD, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(11): 2705-2715.
12. Talmelli LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44 (4):933-9.
13. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein M F. Population-bases norms for the MEEM State Examination by age and educacional level. Journal of American Medical Association. 1993; 269 (18), 2386-2391.

14. Hargreaves, LHH. Geriatria. Brasília. 2006. 619 p.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9 (3):179-86.
16. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *JAGS*. 1991; 39 (2): 142- 148.
17. Freitas ICC, Paula K CC de, Soares JL, Parente A da CM. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. *Rev. bras. Enferm*. 2008; 61(4): 508-513.
18. Green RC, Cupples LA, Go R, Benke KS, Edeki T, Griffith PA et al. Risk of dementia among white and African American relatives of patients with Alzheimer disease. *JAMA*. 2002; 287 (3): 329-36.
19. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37(1): 40-48.
20. Kocaelli H, Yaltirik M, Yargic Li, Özbas H. Alzheimer's disease and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002; 93 (5): 521-524.
21. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Rev. Bras. Fisioter*. 2007; 11(4): 267-273.
22. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev. bras. Fisioter*. 2006;10(1): 91-96.
23. Pereira LS, Marra TA, Faria CD, Pereira DS, Martins MA, Dias JM, et al. Adaptação transcultural e análise da confiabilidade do Southampton Assessment of Mobility para avaliar a mobilidade de idosos brasileiros com demência. *Cad Saude Publica*. 2006;22(10):2085-95.

Anexos

Tabela 1. Perfil dos idosos com diagnóstico indicativo de Alzheimer em função do sexo

Variável	Feminino		n	Masculino
	N	%		%
Idade				
60 a 70 anos	3	8,3	4	25,5
71 a 80 anos	12	33,3	5	35,7
Mais de 80 anos	21	58,3	5	35,7
Escolaridade				
Analfabetos	6	16,6	2	14,2
Até 5 anos	29	80,5	9	64,2
Mais de 5 anos	1	2,7	3	21,4
Estado Civil				
Casado	12	33,3	8	57,1
Viúvo	22	61,1	4	28,5
Outros	2	5,5	2	14,2
Doença Crônica				
Não apresenta	7	19,4	0	0
Apresenta	29	80,5	1	100

(clique para voltar ao texto)

Tabela 2. Correlação entre idade, tempo de início dos sintomas e escolaridade com capacidade cognitiva, funcional e mobilidade (Time), Chapeco/SC(2012).

		MEEM	Barthel	Lawton	Time
Idade	r	-0,072	-0,039	-0,228	-0,013
	p	0,621	0,79	0,111	0,926
Tempo de Sintomas	r	-0,394*	-0,209	-0,358*	0,061
	p	0,005	0,145	0,011	0,672
Escolaridade	r	-0,16	-0,198	-0,138	-0,047
	p	0,267	0,168	0,34	0,748

(clique para voltar ao texto)

Tabela 3. Capacidade cognitiva, funcional e mobilidade em idosos com doença Alzheimer em função do sexo, Chapecó/SC (2012).

Variável	Masculino		Feminino		p
	n	M (± DP)	N	M (± DP)	
MEEM	14	11,0 (± 8,9)	36	10,6 (± 6,3)	0,150
Barthel	14	56,6 (± 41,1)	36	71,8* (± 30,0)	0,019
Lawton	14	12,6 (± 4,8)	36	14,7 (± 5,7)	0,173
Time	14	24,0 (± 24,1)	36	23,5 (± 24,6)	0,614

(clique para voltar ao texto)

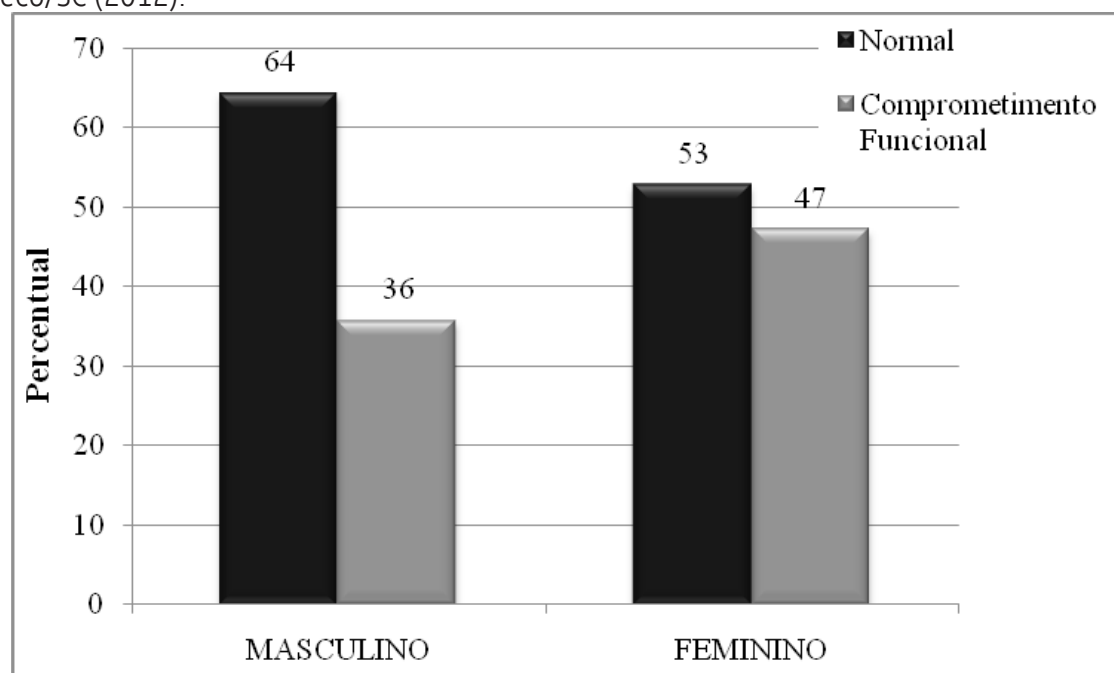
Tabela 4: Capacidade cognitiva, nível de independência funcional e mobilidade de idosos com diagnóstico de Alzheimer em função do tempo de início dos sintomas, Chapecó/SC (2012).

Variável	Até 4 anos		De 4 a 9 anos		Mais de 9 anos		p
	n	Média (±DP)	n	Média (±DP)	n	Média (±DP)	
Meem	16	13,9 (±6,6)	26	10,8 (± 7,0)	8	5,6* (± 5,0)	0,013
Barthel	16	79,6 (±29,0)	26	67,9 (± 36,0)	8	48,3 (± 27,6)	0,072
Lawton	16	17,8 (±6,6)	26	13,0* (± 4,3)	8	11,1* (± 3,5)	0,003
Time	16	28,6 (± 21,1)	26	24,1 (± 25,3)	8	45,2 (± 28,8)	0,971

Diferente da categoria até 4 anos.

(clique para voltar ao texto)

Figura 1. Distribuição percentual do nível de comprometimento funcional dos sujeitos por sexo, Chapecó/SC (2012).



(clique para voltar ao texto)