

Artigo original

Cognição e memória: teste e registro da avaliação em idosos hospitalizados

Teresa Cristina Prochet, D.Sc.*, Maria do Carmo Paes Ferreira Coelho**

**Integrante do Grupo de Pesquisa e Estudo sobre Comunicação em Enfermagem do CNPq, Docente Comissionada na Escola de Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Docente da Universidade Nove de Julho – Uninove, **Enfermeira da Prefeitura Municipal de Assis*

Resumo

Estudo do tipo transversal e de campo, realizado com 36 idosos internados num hospital público do interior paulista independente de sexo e do motivo de internação. Teve como objetivos avaliar o nível mental e cognitivo geral do idoso hospitalizado e identificar os tipos de escalas usadas e/ou registros realizados pela equipe de saúde ao avaliar o estado mental do idoso sob sua responsabilidade. Os resultados revelaram que 64% tinham a função cognitiva preservada; 33% sugestivo de déficit cognitivo e 3% com alteração, não sugestiva de déficit cognitivo. O teste de fluência verbal por categoria semântica teve desempenho insatisfatório em 86%. A média de animais lembrados por indivíduo no tempo determinado foi de 11. Os prontuários não continham registro sobre as condições de memória, raciocínio, nível de atenção e expressão facial. O uso de escalas não faz parte da rotina do serviço. Defende-se aqui que a consciência da equipe de avaliar o estado cognitivo do idoso pode colaborar na minimização das fragilidades próprias da idade e assim revelar o compromisso com a profissão e com a qualidade e assistência.

Palavras-chave: gerontologia, idoso, enfermagem, hospital.

Abstract

Cognition and memory: test and registration of hospitalized senior citizens assessment

This was a transverse field study carried out with 36 senior citizens admitted in a São Paulo State countryside public hospital, independently of gender or admission circumstances. The aims of this study were to provide assessment of overall mental and cognitive level of hospitalized senior citizens, and find what types of scales and/or registration are applied by health professionals to assess mental conditions of the elderly patients under their care. Results showed that 64% of the citizens had preserved cognitive function; 33% were likely to have cognitive deficit; and 3% had affected cognitive function with unlikely cognitive deficit. Performance in a semantic categorization verbal fluency test was unsatisfactory in 86% of the subjects. The average number of animals recalled by each subject within a specific lapse of time was 11. Clinical records had no information on memory, critical reasoning, attention level or facial expression. Routine procedures do not include scales.

Artigo recebido em 9 de maio de 2011; aprovado em 23 de maio de 2011.

Endereço para correspondência: Teresa Cristina Prochet, Universidade de São Paulo, Av. Dr Enéas de Aguiar Carvalho 419, 05403-000 São Paulo SP, Tel: (11) 3061-7545, E-mail: tcprochet@usp.br ou prochet@uol.com.br

This paper supports that typical old-age fragility can be mitigated if health teams become aware of the need to assess senior citizens cognitive conditions. This would lead not only to a higher commitment to professional guidelines but also to greater quality and assistance.

Key-words: gerontology, elderly, nursing, hospital.

Resumen

Cognición y memoria: test y registro de evaluación en ancianos hospitalizados

Estudio de tipo transversal y de campo, realizado con 36 ancianos internados en un hospital público de la ciudad de São Paulo independiente del sexo y del motivo de internación, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos. Tuvo como objetivos evaluar el nivel mental y cognitivo general del anciano hospitalizado e identificar los tipos de escalas utilizadas y/u registros realizados por el equipo de salud al evaluar el estado mental del anciano bajo su responsabilidad. Los resultados revelaron que 64% tenían la función cognitiva preservada; 33 % sugestivo de déficit cognitivo y 3% con alteración, no sugestivo de déficit cognitivo. El test de fluencia verbal por categoría semántica tuvo desempeño insatisfactorio con 86%. La media de animales que recordaban por individuo en el tiempo determinado fue de 11. Las historias clínicas no contenían registro sobre las condiciones de memoria, raciocinio, nivel de atención y expresión facial. El uso de escalas no es parte de la rutina del servicio. Abogamos aquí que la consciencia del equipo de evaluar el estado cognitivo del anciano puede colaborar con la minimización de las fragilidades propias de la edad y así revelar el compromiso con la profesión y con la calidad de la atención.

Palabras-clave: gerontología, anciano, enfermería, hospital.

Introdução

O crescimento da população brasileira idosa ocorreu pela acentuada queda das taxas de mortalidade e de natalidade, observada ao longo do século XX, constituindo-se atualmente um grande desafio a ser enfrentado no país [1].

Políticas de Saúde Pública precisam estar ajustadas às necessidades do idoso e da comunidade na qual ele está inserido, e ainda, em conformidade com os aspectos bio-sócio-econômicos [2].

O envelhecimento é um processo dinâmico e universal, no qual todo indivíduo deseja trilhar desde que sua vitalidade, autonomia e independência estejam preservadas. A ciência tem buscado desvendar como este processo ocorre nos múltiplos órgãos do corpo humano, o que se verifica e é explicado pelas teorias do envelhecimento. O envelhecimento pode ser considerado como um evento que se desenvolve de várias formas e que tem como condição de interferência os fatores intrínsecos e extrínsecos do organismo humano [3].

O organismo humano até atingir esta fase da vida passa por inúmeras alterações que dependem de como este processo se desencadeia, podendo ser bem ou não sucedido, com ou não o mínimo de danos possíveis. O envelhecimento quando ocorre de maneira sem causar prejuízo ao funcionamento do

organismo, intitula-se que atingiu a senescência. Ao contrário, quando há danos funcionais que atingem o organismo tem-se a senilidade [2].

A senilidade está relacionada com a presença de patologias, onde os prejuízos de funções vitais ocorrem podendo afetar um ou mais órgãos, consequentemente, o impedimento do transcurso equilibrado das funções orgânicas. O cérebro é um dos órgãos acometidos e dependendo do tipo, local e extensão da lesão causa danos muitas vezes irreparáveis, como é o caso da deficiência das funções cognitivas, onde a memória se inclui [4].

Dados epidemiológicos confirmam que o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, que perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos [2].

Esta realidade traz aos serviços e aos profissionais de saúde uma demanda diferenciada de ações e atitudes voltadas ao cuidar gerontológico, que tem exigido um conhecimento específico da área e onde a agregação de valores éticos e de competência comunicacional tem sido relevantes para o fornecimento de uma assistência de saúde ampla, coerente e efetiva [5].

Sabe-se que as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento são gradativas, naturais, irreversíveis e distintas a todo ser vivente e que a maneira como elas são manifestadas está em conformidade não só com a carga hereditária do indivíduo, mas, principalmente, com o estilo de vida que cada pessoa constrói no decorrer dos anos, o diagnóstico precoce de doenças, a adaptação e adesão que se teve ao tratamento e ainda, ao acesso e a qualidade dos serviços de saúde do qual foi submetido [6].

É fato que o aumento da longevidade no ser humano pode ocasionar um declínio nas funções cognitivas, em especial a memória, afetando de modo significativo à vida socioeconômica, cultural, física e psicológica deste indivíduo. Isto porque o bom funcionamento cognitivo está muito relacionado com a manutenção e maximização da autonomia e da capacidade funcional da pessoa idosa, ingredientes essenciais para envelhecimento ativo e saudável [7].

A memória ajuda a definir quem se é, sendo essencial para o desenvolvimento da linguagem, do reconhecimento de pessoas e dos objetos existentes [2]. A memória constitui a identidade de uma pessoa, uma vez que o conjunto de experiências armazenadas aliada à facilidade de acessar os dados e sua própria decodificação permitem que o mundo seja interpretado, sentido e que decisões sejam tomadas [2,4].

Há evidências de que não existe uma região única para a memória e que muitas partes do cérebro participam da representação de um evento singular. Isto não significa que todas as regiões sejam igualmente envolvidas no armazenamento da informação: diferentes áreas armazenam diferentes aspectos das memórias. Estudos de lesão, em humanos e em animais de laboratório, e as novas técnicas de imageamento funcional têm estabelecido, por exemplo, que as regiões do córtex cerebral que estão envolvidas na percepção e no processamento da cor, da forma e do tamanho dos objetos estão próximas, se não forem idênticas, às regiões importantes para a memória de objetos. Acredita-se que o engrama de uma memória declarativa esteja distribuído entre diferentes regiões encefálicas, e que estas regiões são aquelas especializadas para determinados tipos de percepção e processamento da informação [8].

Quanto à duração, a memória pode ser de dois tipos, a primeira de curta duração ou operacional caracterizada pela duração de segundos até alguns minutos, pela não produção de registro neural

permanente útil para o momento, raciocínio, podendo ou não ser esquecida logo após sua utilização momentânea e a segunda, a de longa duração, que pode durar por semanas, meses e até anos. Este tipo de memória se dá pela intensidade que a informação é levada ao cérebro, envolve mudança estrutural das conexões neurais e não somente da mudança química da sinapse [9].

Resultados de estudos revelaram que um modo de transferência de memória de curto para longo prazo, acelerando e potencializando o grau de transferência é a repetição mental, pois o cérebro humano possui a tendência natural de um modo em especial, com os eventos que mais chamam a atenção [10].

Conforme a memória é armazenada, esta também vai sendo codificada de acordo com as informações novas e as anteriores, agrupando-se com aquelas que sejam similares ou que se identifiquem e este processo não ocorre de maneira aleatória [9].

As memórias, porém, não são armazenadas de forma integral e, mesmo estabelecidas e consolidadas, não são permanentes. Este é o fenômeno do esquecimento: somos melhores na generalização e na abstração de conhecimentos do que na retenção de um registro literal de eventos [8,11]. O esquecimento é fisiológico e ocorre continuamente, enfraquecendo o traço de memória do que foi aprendido. De fato, esquecer é uma função essencial ao bom funcionamento da memória: seria impossível, e pouco prático, evocar com riqueza de detalhes todas as informações que necessitamos num único dia [11].

Quanto ao conteúdo, a memória pode ser explícita/declarativa, onde a informação armazenada é obtida de forma consciente, sendo revelada verbalmente (episódica e semântica) ou implícita/não declarativa expressa pela habilidade em fazer uma determinada tarefa, como dirigir automóvel, andar de bicicleta dentre outros [9].

O conteúdo emocional das memórias também afeta a maneira como são armazenadas e, portanto, a sua evocação, a facilidade com que são lembradas. As pessoas recordam especialmente bem eventos acompanhados de elevada emocionalidade. As emoções melhoram a memória declarativa (aquela para fatos, ideias e eventos, e toda a informação que pode ser trazida ao reconhecimento consciente e expressa através da linguagem) através da ativação da amígdala (um conjunto de núcleos nervosos situados nos lobos temporais) [8].

Pode se afirmar que a memória é uma faculdade cognitiva importante porque ela forma a base da aprendizagem, e armazenamento mental do passado, presente e futuro. O desuso perde sua eficácia e com o tempo pode se deteriorar, portanto a memória precisa não somente ser avaliada como também estimulada [2].

As queixas de memória nos idosos fazem parte de um dilema a ser explorado pela ciência, e esta deve ser diferenciada do normal e do patológico. Alguns aspectos da cognição humana também declinam com o envelhecimento, enquanto que outros permanecem preservados [10].

A avaliação cognitiva criteriosa permite o conhecimento de sinais e sintomas que podem caracterizar a falha de memória nos idosos hospitalizados e identificar alterações que favorecem ao diagnóstico preciso o que favorece a intervenção precoce do problema. Não se pode esquecer também que a memória preservada facilita o desempenho físico e social do idoso que com certeza é dependente da integridade de suas funções cognitivas [12].

A avaliação das funções cognitivas do idoso se faz por meio de testes de triagem, podendo ser adaptado de acordo com a característica da clientela, fácil aplicação e de baixo valor monetário, e com informações essenciais que se julgam importantes para determinados clientes [13].

O profissional de saúde deve considerar que o idoso, ao saber que vai ser submetido à avaliação, pode sentir-se desconfortável, ficar receoso de não conseguir ter um bom desempenho e/ou do avaliador comunicar-lhe algo temido [2].

Uma das principais causas do mau desempenho dos testes psicológicos está ligada aos déficits sensoriais, portanto o examinador deverá atentar para alguma deficiência sensorial deste idoso, pois do contrário este será prejudicado com um escore inferior ao normal, não revelando corretamente à função cognitiva [9].

Diante destes fatos torna-se necessário que a equipe de saúde conheça métodos que auxiliarão não só no atendimento eficaz dessa clientela, cada vez mais presentes nos serviços de saúde, mas principalmente, que possa intervir na detecção precoce de déficits de memória, que o possa classificá-lo e assim colaborar para a manutenção ou mesmo maximização da qualidade de vida do indivíduo. Para isso é necessária que a avaliação cognitiva seja parte integrante da avaliação geral e clínica do idoso.

Objetivos

Avaliar o nível cognitivo mental geral do idoso hospitalizado

Identificar os tipos de escalas usados e/ou registros realizados pela equipe de saúde ao avaliar o estado mental do idoso sob sua responsabilidade.

Material e métodos

Estudo do tipo transversal e de campo, desenvolvido com 36 idosos internados na unidade clínica de um hospital público do interior paulista após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer CEP nº 220/2009).

Além do questionário para traçar o perfil sócio-demográfico do idoso e do roteiro de análise de registro no prontuário do idoso para verificar as condições mentais, utilizaram-se dois instrumentos para a avaliação cognitiva. O primeiro foi o Mini Exame do Estado Mental de Folstein (MEEM) [14], traduzido ou adaptado por Bertolucci *et al.* [15], que é constituído por escala padronizada com perguntas que analisa orientação têmporo-espacial; registro de memória imediata; atenção e cálculo; memória recente e linguagem. O segundo foi o Teste de Fluência Verbal [13] por categorias semânticas, que verifica o declínio cognitivo, avaliando a capacidade da memória de longa duração, a organização, a autorregulação e a memória operacional.

O tratamento de dados baseou-se na ordenação e tabulação de dados usando Excel versão 2003. As variáveis quantitativas foram descritas utilizando-se a distribuição de frequência e de percentual ou medidas de tendência central.

Resultados e discussão

Dos 36 idosos estudados, 55% eram mulheres, a idade média foi de 72 anos, 58% nunca foram à escola, são considerados analfabetos, mas que aprenderam a assinar o nome e a fazer cálculo devido à necessidade do dia-a-dia. Quanto ao estado civil 46% eram viúvos, sendo as mulheres a maioria, 36% eram casados, onde 31% desses residem também com seus filhos além do marido/esposa e os demais 18% solteiros e ou divorciados.

Estes resultados estão em concordância com os dados do IBGE [16] quando afirmam que 55% dos idosos são mulheres, com um número maior de viúvas e menor nível de escolaridade.

Murta [17] ressalta que em 1930 o ensino fundamental era restrito para seguimentos sociais específicos, visto que 2/3 da população brasileira viviam na zona rural, tendo que auxiliar seus pais nas atividades laborais para o sustento da família, e deixando a atividade escolar em segundo plano. O grande número de idosos com nível escolar precário constitui uma das responsabilidades institucionais dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a concretização do envelhecimento populacional brasileiro, houve uma mudança substancial com relação ao gênero, visto sua grande maioria ser constituída por mulheres com idade superior a 65 anos. Muitas delas vivem sozinhas sem a companhia do parceiro [2].

Sobre o aspecto proporcional do número de homens e o aumento do número de mulheres, Roach [18] explica que projeções para o futuro é que haverá para cada três mulheres dois homens, com tendência a aumentar esta diferença com o passar dos anos.

Com relação ao aspecto econômico, notou-se que um número elevado foi de 86% de aposentados, 6% exercia algum tipo de atividade profissional. Verificou-se que 64% sobrevivem com uma baixa renda familiar, no valor inferior a dois salários mínimos, no entanto, 80% possuíam moradia própria e 14% eram favorecidos por moradia cedida.

Adaptar-se a aposentadoria na concepção do idoso é uma etapa difícil, pois adequar o tempo, a renda familiar e ao conforto ou mesmo a algumas restrições de hábitos que em sua vida serão modificados, trazem aos idosos temores e por vezes enfermidades. Os recursos financeiros são importantes em qualquer idade, na terceira idade a escassez deste pode afetar ainda mais a dieta, saúde, moradia, segurança e a independência, influenciando as escolhas da vida [3,6].

Nos homens o impacto da aposentadoria é maior, pois muitos destes desenvolvem sintomas depressivos em face das dificuldades de refazerem seus projetos de vida de forma produtiva e socialmente útil. As mulheres ao contrário têm a percepção diferente em relação à aposentadoria, pois estas quase sempre retornam ao trabalho que a “natureza” lhes impôs, continuando apta a desenvolvê-lo, mantendo desta forma um sentimento de utilidade por toda sua vida [19].

O resultado do teste do MEEM que avalia a função cognitiva obteve a média de 20,5 para os homens e de 21,9 pontos para as mulheres, sendo que a média geral foi de 21,3 e mediana de 23 pontos.

Os escores do teste do MEEM foram analisados conforme o grau de escolaridade dos indivíduos avaliados, gerando os seguintes resultados: 64% tinham a função cognitiva preservada; 33% sugestivo de déficit cognitivo, sendo os homens os de menor desempenho e 3% com alteração, porém não sugestivo de déficit cognitivo.

Os testes foram aplicados em indivíduos isentos de diagnósticos de patologias oriundas do sistema nervoso central e os mesmos estavam lúcidos e dispostos a responder o questionário, bem como de participar dos testes.

Esse resultado vai ao encontro de pesquisa que revelou que cerca de 2/3 dos idosos queixaram-se de falhas de memória, mas apenas a metade deles apresenta diminuição de sua capacidade funcional em decorrência dessa alteração, inclusive com suspeita do declínio cognitivo leve [12].

Outro estudo que reforça os resultados desta pesquisa foi um inventário canadense sobre saúde e envelhecimento que detectou que 30% de indivíduos idosos tinham algum grau de incapacidade cognitiva, mesmo sem diagnóstico de demência com aplicação do escore de MEEM [3].

Na aplicação do teste de Fluência Verbal por categoria semântica, o desempenho geral dos idosos foi em média de 11 animais lembrados por indivíduo no tempo determinado de sessenta segundos. Na distribuição de frequência 86% não obtiveram resultados satisfatórios dentro do período proposto. Os idosos utilizaram a faixa média de 15 e 20 segundos para o desempenho da tarefa, o restante do tempo os mesmos justificavam que sabiam, mas que não recordavam no momento.

Para os autores, Taussik e Wagner [20], a memória semântica é a mais preservada do que a episódica. Segundo eles com o passar dos anos o idoso ao solicitar a evocação de palavras a partir de uma definição é percebido uma redução significativa na cognição. A evocação de nomes é a dificuldade mais conhecida como o “fenômeno da ponta da língua” constituindo falhas frequentes nos idosos, mesmo nos mais jovens. A tarefa de propor algo a ser realizado, revela dificuldades que sofreu um aumento linear com a idade, assim para alcançar os objetivos usam de recursos por meio de pistas ou de marcadores para êxito da realização solicitada.

Este evento foi confirmado nos indivíduos entrevistados, pois os mesmos relacionavam sempre algo na busca da tarefa solicitada.

Em relação ao registro da avaliação do estado mental e cognitivo do idoso pelos profissionais de saúde, os resultados apontaram que 39% dos prontuários consultados continham o registro do nível de consciência, 25% orientação temporal, 25% orientação no espaço e 8% expressão verbal. Não havia qualquer registro sobre as condições de memória, raciocínio, nível de atenção e expressão facial.

O uso de escalas não faz parte da rotina do serviço. Ressalta-se que o registro do estado mental, quando realizado, foi feito por 71% dos enfermeiros, 15% dos médicos e 14% por demais membros da equipe.

Ressalta-se aqui a obrigatoriedade ética que os profissionais de saúde possuem no que se refere a registrar todas as atividades que por eles foram executadas [21,22]. Além disso, a avaliação cognitiva envolve aspectos éticos decisivos na manutenção da autonomia do idoso, portanto essa conscientização poderá colaborar na qualidade da assistência prestada [2].

Conclusão

Em vista do contingente de idosos, e o crescente número do quadro de morbidade e mortalidade, e as patologias concernentes ao sistema nervoso elevado, ressaltamos que uma abordagem precisa no atendimento do idoso no recinto hospitalar é imprescindível para minimização de sofrimentos futuros. A avaliação do estado mental nesta instituição não é eficiente e os registros são feitos de forma precária, e o pouco que foi registrado, em sua maioria foi pela enfermagem. O papel da enfermagem é importantíssimo, já que o que percebemos é que a atuação deste profissional é integral para o desenvolvimento do trabalho na instituição.

A consciência da equipe de avaliar o estado cognitivo do idoso pode colaborar na minimização das fragilidades próprias da idade e assim revelar o compromisso com a profissão e com a qualidade e assistência.

Temos que nos ater que a avaliação cognitiva envolve aspectos éticos decisivos na manutenção da autonomia do idoso.

Referências

- Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enfermagem* 2005;18(4):422-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica (19); 2006.
- Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- Cançado FAX, Horta ML. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.112-3.
- Prochet TC. Capacitação em comunicação não-verbal: um caminho para ações de cuidado efetivo/afetivo ao idoso [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
- Stuart-Hamilton I. A psicologia do envelhecimento: uma introdução. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Fernandes MGM, Almeida CB. Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar. *Revista Técnica de Enfermagem* 2001;34(04):24.
- Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 480-630.
- Yassuda MS. Memória e envelhecimento saudável. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.915-16.
- Balthazar MLF, Martinelli JE, Cendes F, Damasceno BP. Lexical semantic memory in amnesic mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2007;65(3a):619-22.
- Izquierdo I. Memória. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Robleto LMG. Avaliação cognitiva do idoso. In: Guimarães RM, Cunha UGV. Sinais e sintomas em geriatria. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 31-4.
- Vieira EB, Koenig AM Avaliação Cognitiva. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.921-6.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatry Res* 1975;12(03):198.
- Bertolucci PHF, Mathias SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:1-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações estatísticas e geocientíficas, 2007 [citado 2009 Ago 10]. Disponível em URL: <http://www.ibge.com.br>
- Murta GF. Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 4ª ed. São Caetano do Sul: Difusão; 2008.
- Roach S. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Py L. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Nau; 2004.
- Taussik I, Wagner GP. Memória explícita e envelhecimento. In: Parente MAP. Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p 80.
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 311 de 08 de fevereiro de 2007. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1931 de 17 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União, Brasília, Poder Executivo, Brasília 13 de out. 2009. Seção 1, p. 173.