



**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS

**ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DO ESTADO
COGNITIVO EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB**

CAMPINA GRANDE – PB
2011

RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS

**ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DO ESTADO
COGNITIVO EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco

CAMPINA GRANDE – PB
2011

S237a Santos, Renata Newman Leite Cardoso dos.
Análise da capacidade funcional e do estado cognitivo em idosos do município de Campina Grande - PB [manuscrito] / Renata Newman Leite Cardoso dos Santos.– 2011.

34 f. il. Color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco, Departamento de Fisioterapia”.

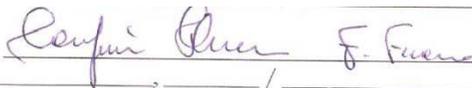
1. Fisioterapia. 2. Idoso. 3. Capacidade Funcional. 4. Estado Cognitivo I. Título.

21. ed. CDD 615.82

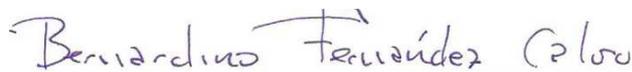
RENATA NEWMAN LEITE CARDOSO DOS SANTOS

**ANÁLISE DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DO ESTADO
COGNITIVO EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA
GRANDE – PB**

Aprovada em: 28/11/2011.



Prof^a Dr^a Carlúcia Ithamar Fernandes Franco / UEPB
Orientadora



Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo / USAL
Examinador Externo



Prof^a Dr^a Maria Goretti da Cunha Lisboa / UEPB
Examinadora Interna

RESUMO

O envelhecimento é um processo fisiológico, dinâmico e progressivo envolvendo diversos fatores que promovem alterações no corpo humano, acarretando declínio das funções motoras e cognitivas. Este estudo objetivou traçar o perfil sociodemográfico e clínico e investigar a capacidade funcional e o estado cognitivo em idosos do município de Campina Grande - PB. A pesquisa foi transversal, exploratória e quantitativa, realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campina Grande – PB. A amostra foi composta por 316 idosos. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior á 60 anos e estar cadastrado nas UBSFs; enquanto que os critérios de exclusão foram: disfunção que limitasse a realização dos testes, patologia psiquiátrica e/ou demência. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: Formulário de Pesquisa, para caracterização sociodemográfica e clínica; *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* – BOMFAQ, para avaliar a capacidade funcional; e o Mini Exame do Estado Mental – MEEM, para rastreio cognitivo. Os idosos apresentaram idade média de $71,4 \pm 8,0$ anos, gênero feminino (71,2%), analfabetos (47,2%), associação entre idade, capacidade funcional e estado cognitivo. Relacionado à função motora, 37,0% dos idosos apresentaram incapacidade funcional grave e entre 60-64 anos está o maior comprometimento. Quanto ao estado cognitivo, 90,2% dos idosos apresentaram cognição preservada, o déficit cognitivo aumentou com o aumento da escolaridade. Conclui-se que os idosos estão na sétima década de vida, que a idade está associada com a capacidade funcional e o estado cognitivo, que a capacidade funcional apresenta-se gravemente afetada e o estado cognitivo esteve preservado.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Capacidade Funcional. Estado Cognitivo.

Agradecimentos: PIBIC/UEPB; Secretaria Municipal de Saúde – Campina Grande/PB.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida é realidade em vários países, dentre eles, o Brasil. De acordo com Papaléo-Netto (2007, p. 85), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, onde ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que determinam perda gradual da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente; sendo considerado idoso aquele com 60 anos ou mais de idade nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais nos países desenvolvidos (FHON, 2011).

A mudança na pirâmide etária no Brasil teve início em 1940, com a queda significativa da taxa de mortalidade associada ao declínio da fecundidade. Em 2000, o Brasil possuía 15 milhões de idosos, 8,6% da população brasileira; para 2020 as expectativas indicam uma população de 30 milhões de idosos, representando 13% da população do Brasil. Estas mudanças etárias acarretaram alterações no âmbito social e da saúde, uma vez que os idosos são mais acometidos por doenças crônicas-degenerativas, aumentando a incidência de morbi-mortalidade (CUNHA et al., 2009). Outro fator relevante observado na população idosa brasileira é a alta taxa de analfabetismo e baixa escolaridade, os quais são considerados fator de risco para quadros demenciais, especialmente, a doença de Alzheimer (DINIZ; VOLPE; TAVARES, 2006).

O envelhecimento leva a alterações físicas, sociais, cognitivas e comportamentais, que afetam diretamente a posição social e o papel desempenhado pelo indivíduo, qualificando-o ou não para o exercício ou interferindo diretamente nas suas condições de autonomia e independência. A funcionalidade é indicador importante para saúde do idoso, sendo considerada como a capacidade de realizar atividades na sociedade. As doenças que acometem a população idosa geram diferentes impactos na vida cotidiana, com severidade variada. Dentro desta concepção, envelhecimento saudável é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (PARAYBA; VERAS, 2008).

O comprometimento cognitivo é comum na população idosa em decorrência do processo de envelhecimento. Estudos demonstraram associação do déficit cognitivo com graus variados de dependência funcional (LANKS et al., 2005; CASTRO et al., 2008). Este estudo objetivou traçar o perfil sociodemográfico e clínico, e investigar a capacidade funcional motora e o estado cognitivo em idosos do município de Campina Grande - PB.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O aumento da população idosa no mundo trouxe desafios políticos, econômicos e sociais próprios da idade. Nos países em desenvolvimento o envelhecimento populacional teve um crescimento exponencial, produzindo mudança na estrutura etária da população. No Brasil, assim como, em outros países em desenvolvimento, observava-se uma população extremamente jovem, entretanto, com o declínio da fecundidade e da natalidade, iniciou um processo contínuo de estreitamento da base pirâmide etária da população (VERAS et al., 2005).

A redução nas taxas de mortalidade precoce, associada ao declínio das taxas de natalidade e fecundidade vem produzindo acentuado envelhecimento populacional, resultando em transição epidemiológica com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade (CUNHA et al., 2009), aumentando assim os custos com tratamento, hospitalizações e reabilitação. A população de 75 anos ou mais obteve o maior crescimento relativo dentro deste segmento populacional, indicando que a população idosa também está envelhecendo (IBGE, 2002).

O envelhecimento pode ser considerado como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que modificam progressivamente o organismo (PAPALÉU NETO, 2007). As principais mudanças biológicas causadas pelo envelhecimento são: alterações nas capacidades biomecânicas, sensoriais e psicomotoras; mudanças na velocidade do processamento da informação, que se reflete em maior lentidão dos movimentos, déficits de atenção e maior lentidão e precisão na tomada de decisões e controle das ações; perdas de memória e diminuição da capacidade de aprendizagem; diminuição da massa muscular, da densidade óssea e da força muscular; declínio da coordenação motora, do equilíbrio, da mobilidade articular e das funções hepática e renal; maior rigidez das cartilagens, dos tendões e dos ligamentos; redução da capacidade termorreguladora, maior trabalho ventilatório aos esforços, menor número e tamanho dos neurônios, diminuição da acuidade visual e auditiva e redução na flexibilidade (REBELATTO et al, 2004; BRITTO et al, 2005).

O desempenho funcional no envelhecimento vai se deteriorando de forma gradativa. O declínio ocorre imperceptível, na maioria das vezes, concomitantemente a restrição para realizar as atividades. A evolução no declínio funcional (insidioso ou rápido) depende de uma série de fatores: constituição genética, hábitos e estilos de vida, meio ambiente, contexto socio-econômico e cultural. Envelhecer com capacidade funcional é um fator indispensável para uma boa qualidade de vida.

A incapacidade funcional é definida como incapacidade de realizar atividades rotineiras, devido a agravo físico ou de saúde. As atividades são agrupadas em atividades básicas de vida diária (ABVD) – que caracterizam a habilidade para realizar tarefas de autocuidado (banhar-se, vestir-se, ir

ao banheiro, ser continente e alimentar-se) e de mobilidade; e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – que incluem as tarefas que permitem a vida em comunidade (compreendendo a limpeza da casa, as compras, o preparo da comida, o uso do telefone, a administração de finanças) (IWASA et al., 2008; GIACOMIN et al.; 2008). Estudos apontam elevado número de pessoas idosas funcionalmente incapacitadas (CALERO et al.; 2011). Uma situação que se observa com frequência é que idosos portadores de doenças crônicas se vêem como portadores de boa qualidade de vida. Julgam-se assim porque tem autonomia e podem executar de forma independente e satisfatória suas atividades do dia-a-dia, mantendo suas relações/atividades sociais e exercitando seus direitos e deveres de cidadãos.

Os idosos têm como parâmetros de saúde uma vida independente, sobre a qual possuem controle, sem necessidade de serem cuidados. Ao mesmo tempo, a perda da autonomia e da independência, que segue condições agudas e crônicas, aumenta com o avançar da idade. O indivíduo que envelhece mantendo-se autônomo e independente, as dificuldades enfrentadas por ele, sua família e a sociedade são mínimas. Quando essa sobrevivência é acompanhada de doenças crônicas, gera uma redução da capacidade funcional. Portanto, envelhecer saudável está intimamente ligado à manutenção ou a restauração da autonomia e independência, que constituem bons indicadores de saúde, principalmente, para os idosos (FARINASSO et al., 2006).

A incapacidade funcional nas ABVDs e nas AIVDs está relacionada ao aumento da mortalidade e morbidade. Um idoso de 75 anos independente tem uma expectativa de vida de cinco anos a mais que um idoso da mesma idade com dependência para ABVDs, a expectativa de vida de um idoso dependente de 75 anos é similar a de um idoso de 85 anos e independente (MILLÁN-CALENTI, et al., 2010; KEELER, et al., 2010). Portanto, a capacidade funcional surge como um novo componente no modelo de saúde dos idosos e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade. O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar (ALVES et al., 2007).

Associado ao déficit funcional observa-se o declínio cognitivo em vários casos. Estima-se que 3% desta população apresentem algum grau deste comprometimento (CASTRO; GUERRA, 2008). O funcionamento cognitivo é um determinante fundamental da capacidade funcional. Dele dependem o desempenho físico e o social. Estudos demonstram que o declínio do estado cognitivo representa maior risco para o desenvolvimento de demências (LARRIEU et al.; 2002; BENNETT et al.; 2002). O declínio no desempenho nas tarefas cognitivas é acentuado pela disfunção da memória operacional que prejudica o desenvolvimento de estratégias de codificação de material novo e busca de informações previamente armazenadas (CHARCHAT-FICHMAN et al.; 2005). A deterioração

cognitiva deve ser documentada e quantificada todas as vezes que se quer avaliar a saúde de uma pessoa idosa. O comprometimento cognitivo leve é caracterizado como a transição entre o envelhecimento normal e a demência, o qual é exemplificado pela perda de memória anormal para a idade e o nível educacional do indivíduo. No Brasil e em outros países, estudos populacionais sobre estado cognitivo e demência são escassos e não há estimativas precisas sobre sua prevalência (CASTRO, 2008).

A qualidade de vida dos idosos depende de vários fatores, em especial da capacidade funcional e do estado cognitivo. A dependência funcional e o declínio cognitivo são bem correlacionados com a mortalidade. (GUEHNE et al., 2006). A inter-relação do comprometimento cognitivo e dependência funcional têm sido demonstrado (MILLÁN-CALENTI et al.; 2012). Da mesma forma, a relação entre declínio cognitivo com outras condições de saúde comuns aos idosos, como, hipertensão arterial (PRINCE et al., 2003), acidente vascular encefálico (ZHU et al., 1998; UNVERZAGT et al., 2001) e insuficiência cardíaca (DI CARLO et al., 2000).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi do tipo transversal, exploratório, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 316 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) do município de Campina Grande – PB. A escolha da amostra se deu pelo método aleatório probabilístico, sendo realizado um sorteio com os idosos cadastrados em cada UBSFs. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior á 60 anos e estar cadastrado nas UBSFs; enquanto que os critérios de exclusão foram: disfunção que limitasse a realização dos testes, patologias psiquiátrica e/ou demência diagnóstica por médico neurologista, psiquiatra ou geriatra.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados: Formulário de Pesquisa (APÊNDICE A) para caracterização sociodemográfica (idade, sexo, nível educacional) e clínica (número de doenças, quantidade de medicamentos utilizados por dia e percepção de saúde), *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* – BOMFAQ (ANEXO I), proveniente do *Wolder Americans Resources end Service* (OARS), validado no Brasil por Blay et al. (1988), para avaliar a capacidade funcional dos idosos. Trata-se de um questionário multidimensional concebido nos Estados Unidos, entretanto, no presente estudo utilizou-se apenas a parte referente á AVDs, a qual inclui 15 atividades. Na BOMFAQ, o participante informa o grau de dificuldade e a necessidade de ajuda na realização de ABVD: levantar da cama, comer, pentear o cabelo, vestir-se, tomar banho, andar no plano, subir um lance de escadas, cortar as unhas dos pés; e

AIVDs, também denominadas atividades de vida prática: ir ao banheiro em tempo, preparar refeições, medicar-se na hora, fazer compras, andar perto de casa, fazer limpeza e tomar condução. O somatório de dificuldades (0 = sem dificuldade; 1 = pouca dificuldade ou muita dificuldade) compôs o valor dessa variável quantitativa discreta, tendo como escore: 0 – sem dificuldade, 1 a 3 – dificuldade leve, 4 a 6 – dificuldade moderada e 7 ou mais – dificuldade grave.

Em seguida foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO II), desenvolvido por Folstein et al. (1975), traduzido e adaptado no Brasil por Brucki et al. (2003) para avaliar os aspectos cognitivos das funções mentais: orientação, registro, atenção e cálculo, memorização e linguagem. Consiste em questões subdivididas em seis itens, onde para cada acerto é somado um ponto ao total. A idade e o nível de escolaridade foram utilizados como parâmetros para os pontos de corte, neste estudo foram utilizados: 11 pontos para analfabetos sendo, 13 para analfabetos entre 60-64 anos e 10 para maiores de 65 anos; 17 para baixa e média escolaridade (1-7 anos) sendo 20 pontos para 60-64 anos e 16 para idosos maiores de 65 anos; 25 para alta escolaridade (> 8 anos), sendo 25 pontos para 60-64 anos e 24,5 para maiores de 65 anos, como proposto por Castro-Costa et al. (2008).

Os dados da pesquisa foram analisados através do *software Graph Pad Prism 4.0* e o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0, sendo expresso em média, desvio-padrão da média, frequência e considerando significantes quando $p < 0,05$. No presente estudo foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução N°. 196, de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde / MS. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número 0397.0.133.000-10 (ANEXO III). Os sujeitos da pesquisa foram informados dos procedimentos, seus resultados e da liberdade de saírem da pesquisa sem ônus a qualquer momento, sendo registrada sua concordância em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foi ainda solicitada, aos diretores das instituições envolvidas, através de uma Carta de Anuência, a autorização para realização da pesquisa nas dependências das mesmas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Caracterização Sociodemográfica e Clínica em Idosos do Município de Campina Grande - PB

Relacionado às características sociodemográficas (Tabela 1), verificou-se que os idosos apresentaram idade variando entre 60 e 95 anos, com média de $71,4 \pm 8,0$, corroborando com os estudos de Alves et al. (2007), Nunes et al. (2009) e Dutra (2009), onde os idosos encontravam-se com idade em torno de 70 à 78 anos. Nesse estudo evidenciou-se também predominância do gênero feminino (72,5%), mostrando concordância com o padrão demográfico brasileiro atual. Concomitantemente, Paskulin e Vianna (2007), observaram predominância de 67,8% em mulheres idosas, assim como, Marin et al. (2008) e Lima-Costa et al. (2003), constataram que 61,8% e 68,9% dos idosos entrevistados foram do gênero feminino, respectivamente, representando a chamada “feminização da velhice”, que tem sido crescente no Brasil (VICTOR et al., 2009).

Quanto ao nível cultural, 47,2% dos idosos nesse estudo eram analfabetos, seguidos dos de baixa escolaridade. Da mesma forma, Costa et al. (2006), Piccini et al. (2006), Monteiro (2002), evidenciaram que 46,3%, 41,0% e 51,0%, respectivamente, eram analfabetos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 evidenciou que dentre a população analfabeta no Brasil, os idosos lideram com 42,6%.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos em idosos do município de Campina Grande – PB (n= 316).

CARACTERÍSTICAS	Nº IDOSOS	VALOR (%)	BOMFAQ (média ± d.p.m.)	MEEM (média ± d.p.m.)
Gênero				
Feminino	225	71,2	$5,4 \pm 4,8$	$20,9 \pm 4,8$
Masculino	91	28,8	$6,2 \pm 5,2$	$21,0 \pm 5,1$
Nível Cultural				
Analfabetos	149	47,2	$5,3 \pm 4,9$	$19,8 \pm 4,2$
Sabe ler, escrever e contar	58	18,4	$6,2 \pm 5,1$	$21,1 \pm 4,9$
Nível de fins de estudos primários	74	23,4	$6,5 \pm 4,9$	$23,1 \pm 4,6$
Nível de fins de estudos de ensino fundamental	23	7,3	$3,4 \pm 3,9$	$22,5 \pm 4,9$
Nível de fins de ensino médio	06	1,9	$5,3 \pm 4,5$	$23,6 \pm 3,3$
Nível de aprovados em vestibular	01	0,3	$11,0 \pm 0,0$	$21,0 \pm 0,0$
Nível universitário	05	1,6	$4,8 \pm 6,3$	$19,6 \pm 5,6$

No que diz respeito aos dados clínicos (Tabela 2), verificou-se que os idosos referiram ter $2,1 \pm 1,5$ doenças. Segundo Aratani et al. (2006), os idosos apresentaram diagnóstico médio de $3,4 \pm 1,9$ doenças. Peroni (2006) afirmou que cerca de 80% dos idosos com idade igual ou maior que 75 anos são acometidos de uma ou mais doenças, entretanto, a gravidade varia de indivíduo para outro.

No tocante ao uso de medicamentos observou-se que 41,5% dos idosos faziam uso de um a dois medicamentos por dia, com valores de $2,3 \pm 0,9$ medicamentos. Da mesma forma, Pereira et al. (2007), relataram que 77% dos idosos afirmaram usar regularmente pelo menos um tipo de medicamento. Também se observou que 12,0% dos idosos apresentavam consumo elevado de medicamentos, este dado corrobora com o estudo de Loyola Filho et al. (2006), onde o consumo elevado de medicamentos foi observado em 14,3% dos idosos. Por outro lado, evidenciou-se que 18,7% dos idosos neste estudo não consumiam medicamentos, contrariando os estudos de Gazzola et al. (2006), onde apenas 3,3% não faziam uso de medicamentos.

Relacionado à comparação do estado de saúde do idoso com o de outras pessoas da mesma idade, verificou-se que 37,7% relataram estado de saúde melhor em relação ao grupo de referência. De acordo com Freire (2009), 37,1% dos idosos referiram um estado de saúde melhor, por outro lado, Nunes et al. (2009), observaram que 53,0% dos idosos quando questionados sobre sua saúde em relação a outros idosos, a consideraram igual. Em termos de proporção, os dados foram semelhantes ao estudo de Farinasso (2006), em que 59,3% dos idosos referiram melhor estado de saúde, 24,4% igual estado e, 9,3% um pior estado de saúde, quando comparados com pessoas de mesma idade.

Tabela 2 - Caracterização dos dados clínicos em idosos do município de Campina Grande – PB (n=316).

CARACTERÍSTICAS	Nº IDOSOS	VALOR (%)	BOMFAQ (média ± d.p.m.)	MEEM (média ± d.p.m.)
Nº de doenças				
Nenhuma	25	7,9	$7,7 \pm 5,6$	$20,8 \pm 4,2$
Uma ou duas	196	62,0	$5,9 \pm 5,0$	$20,9 \pm 4,7$
Três ou quatro	75	23,7	$4,8 \pm 4,5$	$21,8 \pm 4,8$
Cinco ou mais	20	6,4	$4,2 \pm 4,0$	$20,5 \pm 4,8$
Nº de medicamentos				
Não faz uso	0	0,0	$0,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$
Um ou dois	131	60,1	$6,3 \pm 5,2$	$20,9 \pm 4,$
Três ou quatro	88	39,9	$4,5 \pm 4,3$	$21,1 \pm 5,2$
Cinco ou mais	0	0,0	$0,0 \pm 0,0$	$0,0 \pm 0,0$
Percepção de saúde				
Muito melhor	29	9,2	$5,5 \pm 5,1$	$19,5 \pm 7,1$

Melhor	122	38,7	5,4 ± 5,0	21,6 ± 4,7
Igual	97	30,7	6,1 ± 5,2	21,3 ± 4,6
Pior	58	18,3	5,5 ± 4,5	20,0 ± 4,4
Muito pior	10	3,1	4,7 ± 5,4	17,6 ± 5,8

No que diz respeito às doenças geriátricas (Tabela 3) observou-se que a hipertensão arterial apresentou maior prevalência com 64,8%, seguido de varizes com 18,6%, diabetes mellitus com 18,3% e osteoartrite com 16,7%. Segundo Aratani et al. (2006) a hipertensão foi o diagnóstico clínico mais prevalente em idosos, seguido de osteoartrite, corroborando em parte com os dados desta pesquisa. A alta prevalência de hipertensão arterial é encontrada em vários estudos (GIACOMIN et al.; 2008; HERVAS et al.; 2005; FHON, 2011). Isto reflete também nas causas de hospitalizações das pessoas de 60 anos ou mais, onde as morbidades do aparelho circulatório aparecem como prevalentes (IBGE, 2010). Alves et al. (2007), observaram que as condições crônicas exerciam significativa influência na dependência funcional e que a doença cardíaca, a doença pulmonar, a hipertensão arterial e a artropatia apresentaram os maiores efeitos.

Tabela 3 – Relação de patologias geriátricas em idosos do município de Campina Grande – PB (n=316).

DOENÇAS	Nº IDOSOS	VALOR (%)
AVE	16	5,0
Osteoartrite	54	17,0
Síndrome do Imobilismo	02	0,6
Hipertensão arterial	201	63,6
Diabetes Mellitus	58	18,3
Cardiopatias	48	15,1
Neoplasias	07	2,2
Varizes	59	18,6
Insônia	50	15,8
Nenhuma	26	7,7
Outras	128	40,5

Através da análise de correspondência múltipla entre todas as variáveis utilizadas no estudo observou-se que a idade foi a variável que melhor se relacionou com a capacidade funcional ($r=0,1$, $p<0,01$) e com o estado cognitivo ($r=0,2$, $p<0,01$). Outra correlação evidenciada foi entre a percepção de saúde e as ABVD ($r=0,2$, $p<0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre os dados sociodemográficos e clínicos com a capacidade funcional (BOMFAQ) e o estado cognitivo (MEEM) em idosos do município de Campina Grande – PB (n = 316).

DIMENSÃO 1/ DIMENSÃO 2	BOMFAQ	ABVD	AIVD	MEEM
Nº de medicamentos	-.047***	-	-	-
Percepção de Saúde	-	.272*	-	-
Idade	.115**	-	-	.277**
Sexo	-	-	-	-
Escolaridade	-	-	-	-
Nº de doenças	-.086***	-	-	.006***

*p< 0, 05; **p<0,001; ***p<0,0001. Teste de correlação de Spearman.

Através da associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a capacidade funcional e o estado cognitivo, observou-se que os dados sociodemográficos e clínicos estiveram mais associados entre si e com o estado cognitivo; entretanto, quanto à capacidade funcional as ABVDs e as AIVDs estiveram associadas entre si, com exceção da capacidade funcional geral, que mostrou maior associação com o estado cognitivo e os dados sociodemográficos e clínicos (Gráfico 1).

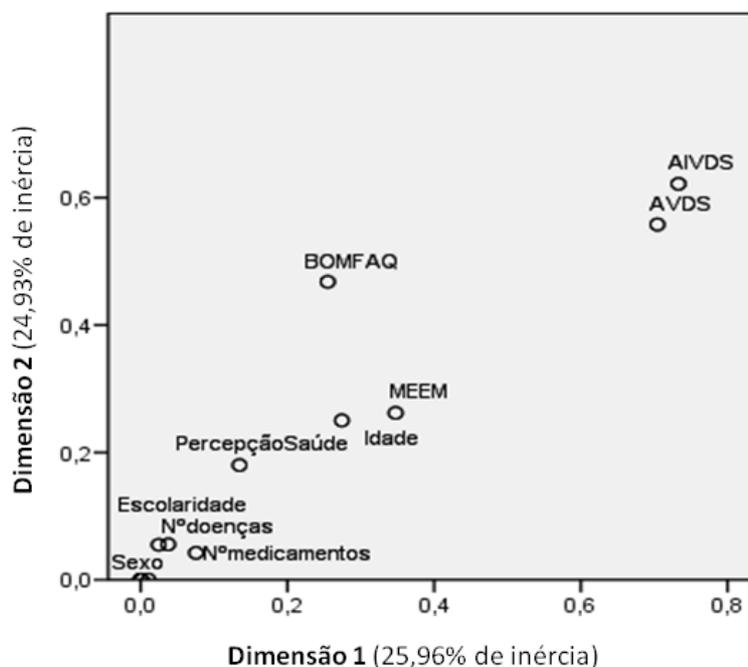


Gráfico 1. Mapa de Correspondência Bidimensional de associação entre os dados sociodemográficos e clínicos e a capacidade funcional e o estado cognitivo em idosos do município de Campina Grande-PB. (n=316)

4.2. Análise da Capacidade Funcional em Idosos do Município de Campina Grande - PB

No que diz respeito à capacidade funcional, os idosos apresentaram dificuldade moderada com comprometimento em $5,6 \pm 5,0$ atividades. Destes, 37,0% mostraram dificuldade grave, seguidos de 25,3% com dificuldade leve, 19,0% sem dificuldade e 18,7% com dificuldade moderada (Gráfico 2).

A função motora nos idosos está diretamente relacionada com a morbi-mortalidade, uma vez que os que apresentam dificuldades para realizar sete ou mais atividades de vida diária tem três vezes mais risco de morte do que indivíduos independentes (RICCI et al., 2005). No presente estudo, evidenciou-se que a maioria dos idosos apresentaram dificuldade para realização de sete atividades ou mais, concordando com os estudos de Aratani et al. (2006) e Siqueira et al. (2004), onde evidenciaram que 49% dos idosos apresentaram comprometimento em sete ou mais atividades. Por outro lado, Maia et al. (2004) observaram que a maioria dos idosos não apresentava dificuldade para desenvolver nenhuma atividade.

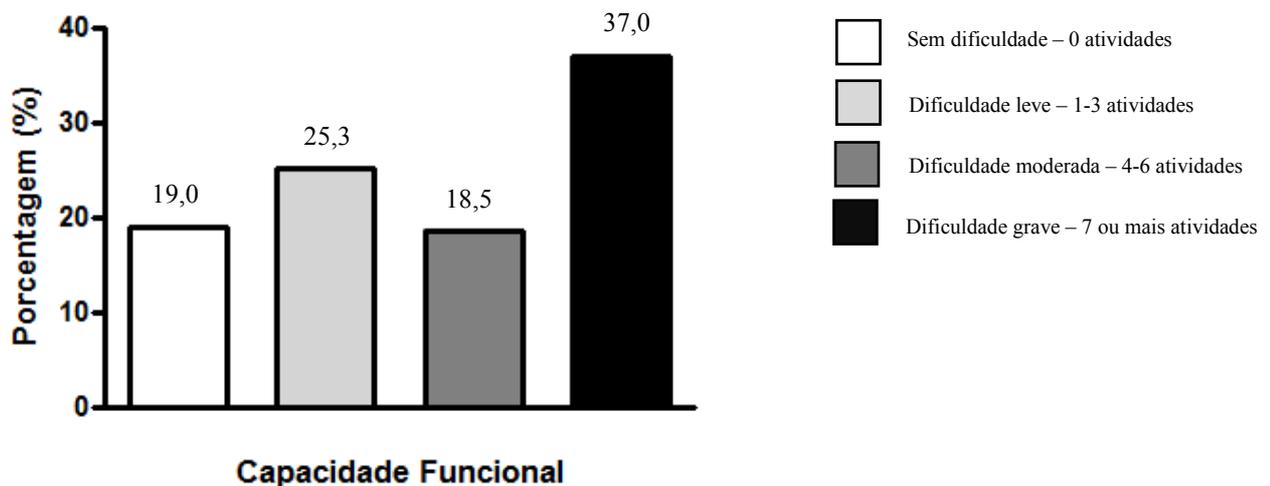


Gráfico 2. Capacidade funcional na BOMFAQ em idosos do município de Campina Grande – PB.

Quando seguiu-se a capacidade funcional tendo como parâmetro a idade, observou-se maior comprometimento dos idosos com idade entre 60-64 anos ($7,3 \pm 5,5$), quando comparado aos idosos com idade maior que 65 anos ($5,4 \pm 6,3$), com diferença significativa ($p=0,04$) (Gráfico 3). Os dados do presente estudo difere do encontrado por Calero et al. (2011), onde observaram maior comprometimento funcional em idosos mais velhos, semelhantemente, Maciel et al. (2007) evidenciaram que a idade esteve correlacionada com as ABVDs em idosos, indicando que quanto maior a idade maior o comprometimento funcional.

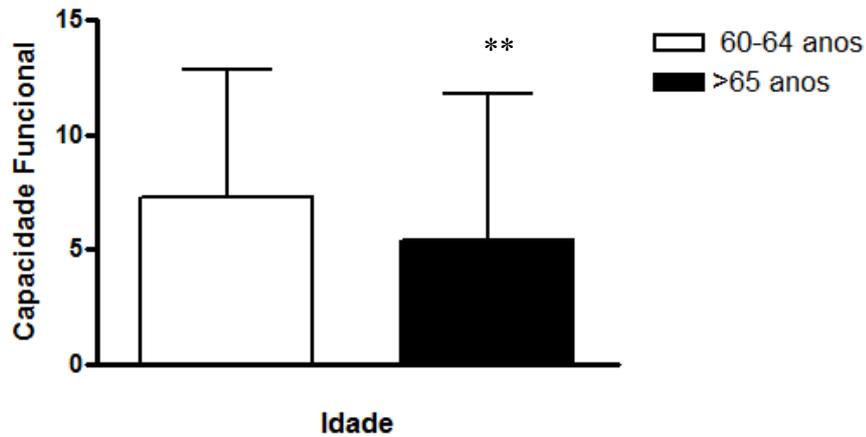


Gráfico 3. Caracterização da capacidade funcional segundo a idade em idosos do município de Campina Grande – PB (n= 316). Teste U de Mann Whitney (**p = 0,004, U = 7014).

4.3. Caracterização do Estado Cognitivo em Idosos do Município de Campina Grande - PB

No que diz respeito à função cognitiva, evidenciou-se que os idosos apresentaram distribuição variada, com valor médio de $21,1 \pm 4,7$ (Tabela 4), com prevalência de 10,1% de déficit cognitivo. Este dado difere do encontrado por Cavalini et al. (2003), Calero et al. (2011) e Millán-Calenti et al. (2012), os quais evidenciaram respectivamente, 32,2%, 35,9% e 22,2% de déficit cognitivo em populações idosas. Esta divergência, provavelmente, se deva a divergência nos pontos de corte utilizados nos respectivos estudos.

Tabela 4. Distribuição das funções cognitivas no MEEM, em idosos do município de Campina Grande – PB (n = 316).

FUNÇÕES COGNITIVAS	VALOR (média ± d.p.m.)
Orientação temporal	4,0 ± 1,2
Orientação espacial	4,5 ± 0,9
Registro	2,8 ± 0,5
Cálculo	1,5 ± 1,6
Memória	1,3 ± 1,0
Linguagem	6,7 ± 1,5
Total	21,1 ± 4,7

Outro aspecto da função cognitiva observada neste estudo foi a relação entre o nível de escolaridade/idade e o estado cognitivo. Verificou-se déficit cognitivo em 2,6% dos analfabetos, em 12,2% dos idosos entre 1-7 anos de escolaridade e em 75,0% dos que apresentavam >8 anos de

escolaridade. Quanto à idade, os idosos >65 anos analfabetos e com >8 anos de escolaridade, apresentaram maior déficit cognitivo com 3,3 e 66,6, respectivamente (Tabela 5).

As discrepâncias entre os pontos de corte do MEEM são variados, principalmente, no que diz respeito ao nível educacional. Alguns estudos brasileiros enfatizam a necessidade de adaptação transcultural do MEEM (ALMEIDA et al., 1998; BRITO-MARQUES et al., 2004), modificando alguns subitens do MEEM original desenvolvido por Folstein et al. (1975). Além disso, estudos apontam pontos de corte distintos para analfabetos, baixa escolaridade e alta escolaridade (BERTOLUCCI et al.; 1994; ALMEIDA et al.; 1998; CARAMELLI et al.; 1999; LOURENÇO e VERAS, 2006; DINIZ et al., 2006), entretanto, o presente estudo adotou idade e escolaridade como parâmetros para o ponto de corte, conforme o estudo de Castro-Costa et al. (2008).

Segundo Bruki et al. (2003), no Brasil a população idosa apresentou características de escolaridade distintas já que o ensino no país no período de aprendizagem destes indivíduos apresentava-se escasso e heterogêneo. Neste estudo ao analisar os indivíduos segundo o nível de escolaridade observou-se uma progressão ascendente no déficit cognitivo, contrariando os achados de Lanks et al. (2005), realizado no estado do Rio de Janeiro, onde o comprometimento cognitivo foi maior nos idosos analfabetos e baixa escolaridade (1-8 anos).

Tabela 5 - Comparação entre o nível de escolaridade/idade e o estado cognitivo em idosos do município de Campina Grande – PB (n = 316).

ESCOLARIDADE/ IDADE (ANOS)	SEM ALTERAÇÕES COGNITIVAS (média ± d.p.m.)	COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS (média ± d.p.m.)	DÉFICIT COGNITIVO (%)
ANALFABETOS	20,1 ± 3,7 (N=145)	7,7 ± 0,9 (N=4)	2,6
60-64	20,3 ± 3,5 (N=28)	-	0,0
>65	20 ± 3,8 (N=117)	7,7 ± 0,9 (N=4)	3,3
1-7 ANOS	23,7 ± 3,1 (N=136)	12,3 ± 3,3 (N=19)	12,2
60-64	24,2 ± 2,5 (N=34)	15,5 ± 3,4 (N=7)	17,0
>65	23,6 ± 3,3 (N=100)	11,3 ± 3,3 (N=12)	10,7
>8 ANOS	27,3 ± 2 (N=3)	19,8 ± 3,5 (N=9)	75,0
60-64	26,5 ± 2,1 (N=2)	20,0 ± 0,0 (N=1)	33,3
>65	25,6 ± 2,8 (N=3)	18,5 ± 3,2 (N=6)	66,6

Os idosos foram seguidos quanto à idade para avaliar o estado cognitivo; observou-se que os idosos entre 60-64 anos obtiveram maiores valores (21,8 ± 4,0) quando comparados com os idosos >65 anos (20,9 ± 4,8), entretanto, esta diferença não foi significativa (U = 7723, p= 0,1) (Gráfico 4). No estudo de Calero et al. (2011) observou-se maior comprometimento cognitivo

entre os idosos mais idosos, corroborando com este estudo onde o desempenho cognitivo foi menor com o aumento da idade.

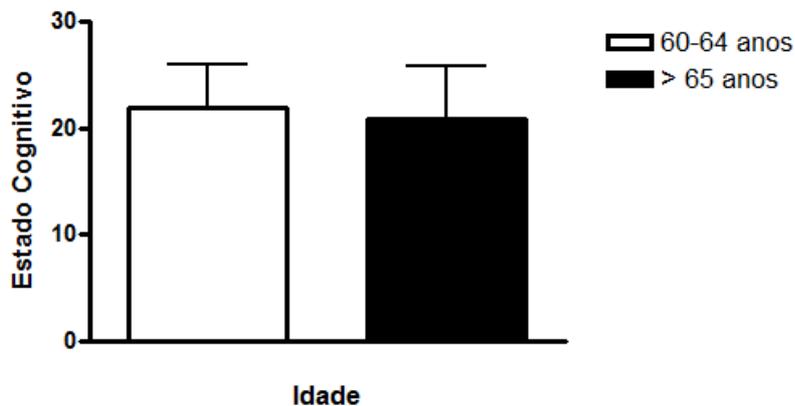


Gráfico 4. Distribuição do estado cognitivo segundo a idade em idosos do município de Campina Grande – PB (n = 316). Teste U de Mann Whitney (U = 7723, p= 0,1).

5. CONCLUSÃO

No presente estudo, pode-se concluir que os idosos apresentaram:

- Idade média de 71 anos, gênero feminino, analfabetos, duas doenças, com prevalência da hipertensão arterial, usando de um a dois medicamentos por dia e consideração de sua saúde melhor que outro idoso da mesma idade;
- Idade correlacionando-se com a capacidade funcional e o estado cognitivo;
- Incapacidade funcional grave, uma vez que a maioria apresentou algum grau dificuldade, sendo o comprometimento grave o mais predominante, e a idade entre 60-64 anos com maior comprometimento funcional;
- Estado cognitivo preservado, entretanto, com o aumento da escolaridade observou-se aumento na prevalência de déficit cognitivo, estando o estado cognitivo mais afetado em idosos com idade > 65 anos;

ABSTRACT

Aging is a physiological, dynamic and progressive process that involve many aspects that promote alterations in the human body, leading to a decrease in motor and cognitive functions. This study has the aim of tracing a socio-demographic and clinical profile and investigate the functional capacity and cognitive state in elderlies in the city of Campina Grande – PB. This was a transversal, exploratory and quantitative study executed in Family Health Basic Units (FHBUs) of the city of Campina Grande – PB. The sample was composed by 316 elderlies. The inclusion criteria were: age equal or superior to 60 years and to be registered in the FHBUs; and the exclusion criteria were: dysfunctions that limit the tests performance; psychiatric and/or dementia pathologies. As data collecting instruments it was used: Research Form to the socio-demographic and clinical characterization; Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – BOMFAQ, to evaluate the functional capacity; and Mini-Mental State Examination – MMSE to evaluate cognition. The elderlies had a mean age of $71,4 \pm 8,0$ years, mostly women (71,2%), illiterate (47,2%), association with age, functional capacity and cognitive status. As the motor function, 37.0% of the elderlies had a serious functional incapacity and between 60-64 years is the most compromised age range. As the cognitive state, 90,2% of the elderlies had a preserved cognition, the cognitive deficit increased with scholarship. We've conclude that the elderlies are in the 7th decade of life, that age is associated with functional capacity and the cognitive state, that functional capacity presented seriously affected and the cognitive state was preserved.

KEYWORDS: Elderly. Functional Capacity. Cognitive State

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACH Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**. V. 44, n. 3, 2010.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FNSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V. 23, n. 4, p. 1924-1930, 2007.

ALMEIDA, OSVALDO P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo. v. 56, n. 3B, Set. 1998.

ARATANI, M. C.; GAZZOLA, J. M.; PERRACINE, M. R.; GANANÇA, F. F. Quais atividades diárias provocam maior dificuldade para idosos vestibulopatas crônicos? **ACTA ORL**. V. 24, n. 1, p. 18-24, 2006.

BARBOSA, J. M. M. **Avaliação da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento em idosos com incontinência fecal.** (Dissertação de Mestrado). Belo Horizonte: UFMG, 2006.

BENNET, D. A. et al. Natural history of mild cognitive impairment in older persons. **Neurology**. v. 59, n. 2, p. 198-205, 2002.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI S.M.D.; CAMPACCI S. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BLAY, S. L.; RAMOS, L. R.; MARI, J. de J. Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. **Journal of the American Geriatrics Society**. V. 36, n. 8, p. 687-692, 1988.

BRITO-MARQUES, P. R.; CABRAL-FILHO, J. E. The role of education in mini-mental state examination: a study in Northeast Brazil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 2a, jun, 2004.

BRITTO, R. R. et al. Comparação do padrão respiratório entre adultos e idosos saudáveis. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v. 9, n. 3, p. 281-7, 2005.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3b, set, 2003.

CALERO, D.; NAVARRO, E. Differences in cognitive performance, level of dependency and quality of life (QoL), related to age and cognitive status in a sample of Spanish old adults under and over 80 years of age. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. V. 53, p. 292-297, 2011.

CARAMELLI, P.; HERRERA JÚNIOR, E.; NITRINI, R. O Mini-Exame do Estado Mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V. 57, supl. 1, 1999.

CASTRO-COSTA, E.; FUZIKAWA, Z.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Norms for the mini-mental state examination. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V. 66, n. 3-A, p. 524-528, 2008.

CASTRO, K. C. M.; GUERRA, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V. 66, n. 4, p. 809-813, 2008.

CAVALINI, L. T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 6, n. 1, 2003.

CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K.; NITRINI, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.43-35, 2006.

CUNHA, F. C. M.; CINTRA, M. T. G.; CUNHA, L. C. M.; COUTO, E. A. B.; GIACOMIN, K. C. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V. 12, n. 3, p. 475-487, 2009.

DI CARLO, A. et al. Cognitive impairment without dementia in older people; prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian longitudinal study on aging. **Journal of the American Geriatrics Society**. V. 48, p.775-82, 2000.

DINIZ, B. S. O.; VOLPE, S. M.; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2006.

DUTRA, M. M. Perfil dos idosos hospitalizados da estratégia saúde da família. (TCC). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, 2009.

FARINASSO, A. L. C.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; HAAS, V. J.; Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 27, n. 1, p. 45-52, Porto Alegre (RS), 2006.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**. V.12, p. 189-198, 1975.

FREIRE, C. C. Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos. (Dissertação de Mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2009.

GAZZOLA, J. M.; GANANÇA, F. F.; ARATANI, M. C.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, M. M. Caracterização clínica de idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n.4, p. 515-522, 2006.

GIACOMIN, K. C.; PEIXOTO, S. V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.

GONZAGA, J. M.; BARROS, S. E. B.; LISBOA, M. G. C.; BARBIERI, F. A.; GOBBI, L. T. B. Efeitos de Diferentes Tipos de Exercício nos Parâmetros do Andar de Idosas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. V. 17, n. 3, mai-jun. 2011.

GONZAGA, J. M. Efeitos do exercício nos parâmetros do andar de idosas. (Tese de doutorado). Rio Claro: Unesp, 2010.

GUEHNE U, ANGERMEYER MC, RIEDEL - HELLER S. Is mortality increased in mildly cognitively impaired individuals? A systematic literature review. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**. V. 21, p. 403-410, 2006.

GUIMARAES, J. M. N.; FARINATTI, P. de T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 11, n. 5, Out. 2005.

HERVAS, A.; JALÓN, E. G. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en El anciano. Perspectiva desde un centro de salud. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**. Navarra, v. 28, n. 1, p. 35-47, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Estudos & Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 9).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

IWASA, H.; GONDO, Y.; YOSHIDA, Y.; KNOW, J.; INAGAKI, H.; KAWAAL, C.; MASUI, Y.; KIM, H.; YOSHIDA, H.; SUZUKI, T. Cognitive performance as a predictor of functional decline among the non-disabled elderly dwelling in a Japanese community: A 4-year population-based prospective cohort study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. V. 47, p.139–149, 2008.

KEELER, E.; GURALNIK, J. M.; TIAN, H.; WALLACE, R. B.; REUBEN, D. B. The impact of functional status on life expectancy in older persons. **Journal of Gerontology: BIOLOGICAL SCIENCES**. V. 65, p. 727-33, 2010.

LANKS, J.; BATISTA, E. M. R.; GUILHERME, E. R. L.; CONTINO, A. L. B.; FARIA, M. E. V.; RODRIGUES, C. S.; PAULA, E.; ENGELHARDT, E. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V. 63, n. 2 – A, p. 207-212, 2005.

LARRIEU, S.; LETENNEUR, L.; ORGOGOZO, J. M.; et al. Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. **Neurology**. V. 59, p. 1594-1599, 2002.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F.; Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, b. 12, p. 2657-2667, 2006.

LUIZ, L. C.; REBELATTO, J. R.; COIMBRA, A. M. V.; RICCI, N. A. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. V. 5, n. 13, p. 444-450, 2009.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M. G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de minas gerais, brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 38, p. 650-656, 2004.

MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L. C. O.; PEREZ, A. E. W. U. F.; SANTELLA, F.; SILVA, C. B. A.; GONÇALVES FILHO, J. R.; ROCETI, L. C. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1545-1555, jul, 2008.

MILLÁN-CALENTI, J. C.; TUBÍO, J.; PITA-FERNÁNDEZ, S.; GONZÁLEZ-ABRALDES, I.; LORENZO, T.; FERNÁNDEZ-ARRUTY, T.; 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. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. V. 50, p.306-10, 2010.

MILLÁN-CALENTI, J. C.; TÚBIO, J.; PITA-FERNÁNDEZ, S.; ROCHETTE, S.; LORENZO, T.; MASEDA, A. Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. V. 54, p. 197-201, 2012.

MONTEIRO, A. Idosos usuários do SUS do município de Alambarí - SP: quem são? Como vivem? O que sentem? [**Dissertação**]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2002.

NUNES, M. C. R.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residente sem Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.5, p. 376-82, 2009.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. V. 13, n. 4, p. 1257-1264, 2008.

PAPALÉU NETO, M. **Tratado de gerontologia**. 2ª revisão. São Paulo. Gráfica: Atheneu, 2007, p. 609-621.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n. 5, p. 757-768, 2007.

PEREIRA, M. A. L.; RODRIGUES, M. C. Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-Go. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 12, n. 109, 2007.

PERONI, G. G. G. Capacidade funcional de indivíduos idosos portadores de doença de Alzheimer. [**Dissertação de mestrado**] Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP, 2007.

PICCINI, R. X.; FACCHINI, I. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n.3, p. 657-667, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de um comité de expertos. Ginebra, 1974. (Série de informes técnicos, 548).

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 10 de outubro de 2011.

REBELATTO, José Rubens, et al. **Fisioterapia geriátrica**, SP: Manole, 2004.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordâncias de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

SIQUEIRA, A. B.; CORDEIRO, R. C.; PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 38, p. 687-694, 2004.

VERAS, R.; LOURENÇO, R.; MARTINS, C. S. F.; SANCHES, M. A. S.; CHAVES, P. H. **Novos paradigmas no modelo assistencial no setor saúde: conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil**. São Paulo. Gráfica: Morganti, 2005, p. 5-66.

VICTOR, J. F. et al . Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo. V. 22, n. 1, 2009.

UNVERZAGT, W. F. et al. Prevalence of cognitive impairment. **Neurology**. V. 57, p.1655-1662, 2001.

ZHU, T., B. KORBER, et al. An African HIV-1 sequence from 1959 and implications for the origin of the epidemic. **Nature**. V. 391, p. 594-597, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA

1. Dados Demográficos

Número: _____ UBSF: _____
Data da pesquisa: ___/___/___

1. Dados sócio-demográficos

1.1 Sexo: Masculino (1) Feminino (2)

1.2 Idade em anos completos: _____

1.2. Nível Cultural (NC):

(1) Analfabetos

(2) Sabe ler, escrever e contar

(3) Nível de fim de estudos primários

(4) Nível de fim dos estudos do ensino fundamental

(5) Nível de fim do ensino médio ou de profissões técnicas manuais, nível de operário ou artesão, com responsabilidades técnicas ou de gestão

(6) Nível dos aprovados em vestibular, ou de profissões de técnicas manuais altamente qualificadas, com treinamento prolongado

(7) Nível universitário

2. Dados Clínicos

2.1 Número de doenças:

(1) Não faz uso

(2) 1 ou 2

(3) 3 ou 4

(4) 5 ou mais

2.2 Doenças Crônicas referidas:

(1) Acidente Vascular Encefálico (AVE)

(2) Doença de Parkinson/Parkinsonismo (DP)

(3) Doença de Alzheimer (DA)

(4) Osteoartrite

(5) Síndrome do Imobilismo

(6) Hipertensão arterial

(7) Diabetes Mellitus

(8) Cardiopatias (Chagas, ICC, Infarto)

(9) Neoplasias (Câncer)

(10) Varizes

(11) Insônia

(12) Depressão

(13) Nenhuma (não se aplica)

(14) Outra (s) Qual (is) ? _____

2.3 Números de medicamentos utilizados:

(1) Não faz uso

(2) 1 ou 2

- (3) 3 ou 4
- (4) 5 ou mais

2.4 Comparado (a) com pessoas da sua idade, o Sr.(a) diria que sua saúde é:

- (1) Muito melhor
- (2) Melhor
- (3) Igual
- (4) Pior
- (5) Muito Pior

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **Influência da Capacidade Funcional e Cognitiva sobre a Qualidade de Vida de Idosos do município de Campina Grande-PB** terá como objetivo investigar a repercussão dos aspectos funcionais e cognitivos sobre a qualidade de vida em idosos no município de Campina Grande – PB. Ao voluntário só caberá a autorização para responder aos questionários, realizar os testes descritos e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica nos números (083) 88202564 / 88795162 / 91676685 / 99704499, falar com Ana Stela, Daniela de Lucena, Carla Danielle ou Renata Newman, respectivamente. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Campina Grande, ____/____/____

Pesquisador _____

Voluntário _____



ANEXOS

**ANEXO I - BRAZILIAN MULTIDIMENSIONAL FUNCTIONAL ASSESSMENT
QUESTIONNAIRE – BOMFAQ**

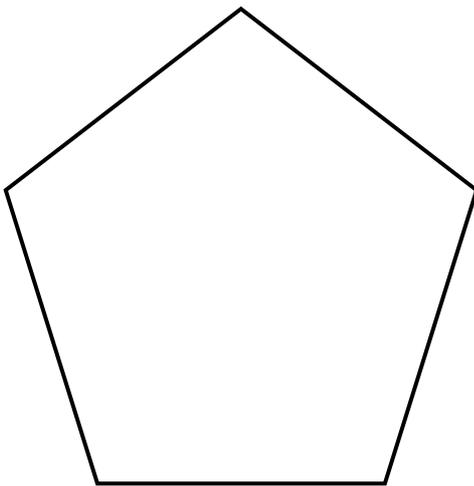
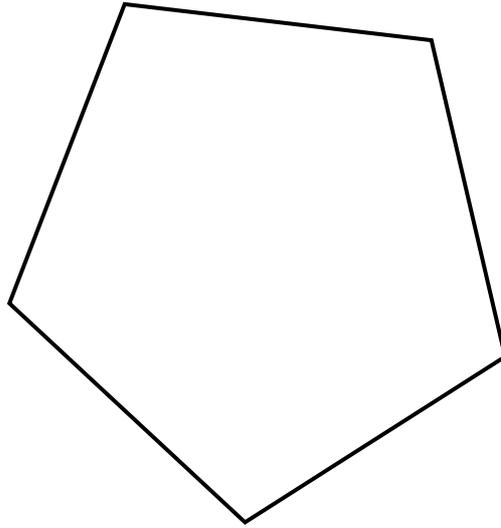
Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia. Estamos interessados em saber se o(a) Sr(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

	SEM DIFICULDADE	COM DIFICULDADE		NÃO RESPONDE	NÃO RESPONDE
		POUCA	MUITA		
Deitar/Levantar– cama	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Comer	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Pentear cabelo	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Andar no plano	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Tomar banho	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Vestir-se	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Ir ao banheiro em tempo	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Subir escadas (1 lance)	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Medicar-se na hora	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Andar perto de casa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Fazer compras	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Preparar refeições	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Cortar a unha dos pés	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Sair de condução	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
Fazer limpeza de casa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
TOTAL					

ANEXO II - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Número: _____ UBSF: _____
 Data da pesquisa: ___/___/___

Pontuação Máxima	Pontuação do paciente	
5		Orientação temporal: dia _____, mês _____, ano _____, dia da semana _____, horas _____ (0 a 5)
5		Orientação espacial: Local (específico) _____, Local (geral) _____, bairro _____, cidade _____, estado _____ (0 a 5)
3		Registro: repetir: carro _____, vaso _____, tijolo _____
5		Cálculo: $100-7=93$ _____; $93-7=86$ _____, $86-7=79$ _____; $79-7=72$ _____; $72-7=65$ _____ (0 a 5) ou MUNDO: O, D, N, U, M _____
3		Memória recente: Quais foram as três palavras que te pedi para repetir? _____ (0 a 3)
9		Linguagem: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nomear dois objetos: caneta _____ e relógio _____ (0 a 2) ▪ Repetir a expressão “nem aqui, nem ali, nem lá” _____ (0 a 1) ▪ Comando de três estágios: apanhar esta folha de papel com a mão direita, dobrar ao meio e coloca-la no chão _____ (0 a 3) ▪ Ler e executar (feche os olhos) _____ (0 a 1) ▪ Escrever uma frase completa _____ (0 a 1) ▪ Copiar o diagrama: _____ (0 a 1)



ANEXO III - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)**PROJETO CAAE Nº: 0397.0.133.000-10****PARECER****X APROVADO****NÃO APROVADO****PENDENTE**

TÍTULO: “influência da capacidade funcional e cognitiva sobre a qualidade de vida de idosos do município de Campina Grande- PB”.

ORIENTADORA: Carlúcia Ithamar Fernandes Franco

ACADÊMICOS: Daniela de Lucena Monteiro, Ana Stela Salvino de Brito, Carla Danielle Tavares e Renata Newman Leite Cardoso dos Santos.

DESCRIÇÃO: Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualiquantitativa. Tem como objetivo geral investigar a repercussão dos aspectos funcionais e cognitivos sobre a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande-PB. O projeto encontra-se bem estruturado e bem fundamentado. Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pesquisadores adotarão os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. Sugiro, no entanto, a retirada do local do nome dos pesquisados nos instrumentos. Neste sentido, sou favorável à sua aprovação, salvo melhor juízo.

Campina Grande, 15 de outubro de 2010.

Relator: 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof^a Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa