



**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

EMANOELA ROCHA SANTOS DINIZ

**FUNÇÃO COGNITIVA SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA EM IDOSOS.**

CAMPINA GRANDE

2015

EMANOELA ROCHA SANTOS DINIZ

**FUNÇÃO COGNITIVA SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA EM IDOSOS.**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof^a Dra^a Carlúcia Ithamar Fernandes Franco.

Coorientador: Prof^o Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto.

Colaboradora: Acd. Ana Caroline Daher Ribas Galvão

CAMPINA GRANDE

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

D585f Diniz, Emanoela Rocha Santos.
 Função cognitiva sobre a capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. [manuscrito] / Emanoela Rocha Santos Diniz. - 2015.
 43 p.

 Digitado.
 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
 "Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco, Departamento de Fisioterapia".

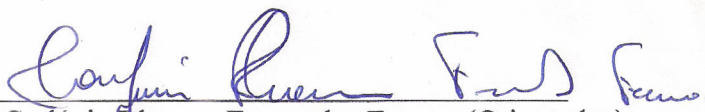
 1. Saúde do Idoso. 2. Universidade Aberta à Maturidade - UAMA. 3. Capacidade Funcional. 4. Qualidade de Vida. I.
Título. 21. ed. CDD 362.6

EMANOELA ROCHA SANTOS DINIZ

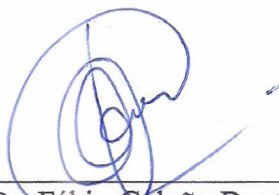
Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
de Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento a exigência para
obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovada em: 29/06/2015

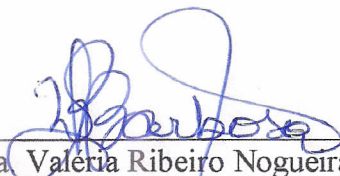
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Fábio Galvão Dantas.
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dra. Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa.
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais, por todo Amor, dedicação,
companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Meu Deus por ter me confiado algo tão maravilhoso e ter me dado força, coragem de continuar nas horas que pensei em desistir.

Ao meu Pai Sebastião e minha mãe Lúcia, por todo apoio, por apostarem em sua filha e por toda compreensão quando estava ausente, sem poder me dedicar totalmente a vocês.

A Meus Avós Maternos, Pedro Inácio e Maria José (*in memoriam*) por sempre quererem que sua neta se formasse e mesmo que um deles não estejam aqui sei ela está feliz.

Aos Meus Avós Paternos, Manoel Martiniano (*in memoriam*) e Alta Raquel (*in memoriam*) mesmo não estando aqui, sei que onde estiverem eles estão felizes e celebrando junto comigo este dia.

A Minha Família, em especial, Ao meu Tio Jailton Rocha e sua família por sempre está por perto desde o dia que vim para essa terra e por sempre está perto quando preciso, a minha tia Francisca Rocha e família, as minhas queridas primas Tamara, Talita e Thaysa.

À orientadora professora Carlúcia Ithamar pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação e empenho.

Ao meu coorientador o professor Manoel Freire, por ter confiado seus tão amados idosos da Universidade Aberta à Maturidade para colaborar nesta pesquisa.

A minha Colaboradora, Ana Carolina Daher, por ter pegado junto comigo nesta empreitada e ter feito muito mais que colaborar, mas me auxiliar quando mais eu precisei.

Aos professores do Curso de fisioterapia, que contribuíram para minha formação.

Aos que colaboraram em oração para que este dia tão desejado, enfim, chegasse, em especial, Socorro Perazzo, Ana Coeli, Maria Madalena, Bernadete, Maria da Penha Daher.

Aos meus queridos líderes e amigos da igreja nas Casas, por ter me ajudado em oração e por se alegrarem com minha vitória.

A Minha querida Ana Lígia Lima, que tanto me ajudou nas estáticas da pesquisa, e com toda paciência me explicava e me incentivava a continuar.

As funcionárias da UEPB, uma do Comitê de Ética em pesquisa, Socorro, pela sua presteza e atendimento quando nos foi necessário, e a secretária de fisioterapia, Milena Sales, por toda sua colaboração quando eu mais precisava dela.

Aos amigos, em especial, Rúbia Dias, Amanda Vitória, Elaine França, Moranna Ribeiro, Filipe Brito, pelos momentos de amizade, risadas e apoio.

E por fim, não menos importante as minhas meninas, minhas cinco cadelas, Belinha, Lulu, July, Charlotte e Lary, que sempre estiveram ao meu lado durante o escrever desse trabalho, mesmo que dormindo, mas se faziam presente e sem nenhuma palavra me estimulavam para que eu o concluísse.

A todos Um Grande Abraço e o Meu muito obrigada!

"A conexão entre os sentimentos e o processo cognitivo propicia à pessoa uma vida de grande sensibilidade, que pode ser cada vez mais apreciada, na medida que cada um desenvolve a sua capacidade afetiva e suas potencialidades diferenciais." (Juan José Mouriño Mosquera e Claus Dieter Stobaus)

FUNÇÃO COGNITIVA SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS.

Emanoela Rocha Santos Diniz*

RESUMO

O envelhecimento fisiológico é linear e não obrigatoriamente igual em todos os sistemas do corpo humano, cada um inicia seu envelhecimento a um dado momento e perde a função em seu próprio ritmo. O estudo teve como objetivo investigar a função cognitiva sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos do Grupo de Convivência da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA). O estudo apresenta uma abordagem de caráter exploratório, descritivo e analítico com abordagem quantitativa, com 26 idosos. Os Instrumentos utilizados foram o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) para o rastreio de déficit cognitivo; o *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ) para capacidade funcional e Escala de qualidade de vida de *Flanagan* (EQVF). Os dados foram analisados através do programa SPSS Versão 20,0. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB. A amostra apresentou idade de 60 a 90 anos com média de $73,93 \pm 7,45$ anos. Quanto ao gênero, masculino 15,38% e feminino 84,61%. O nível de escolaridade verificou-se maior prevalência de concluintes do ensino médio, composto por 46,15%. A maioria dos idosos eram aposentados com 74,1% e a maioria das doenças geriátricas observadas foram diabetes mellitus 57,69 %. Quanto a cognição no MEEM não foi evidenciada declínio cognitivo, entretanto, no MoCA observou-se um declínio cognitivo leve. Relacionado a capacidade funcional os idosos mostraram dificuldade de grau leve. Quanto a qualidade de vida por EQVF os idosos apresentaram alta qualidade de vida. Como resultado concluímos que idosos da UAMA apresentaram declínio cognitivo leve sem repercussão na capacidade funcional e alta qualidade de vida.

Palavras-Chave: Idosos Saudáveis, Universidade para Maturidade, Cognição, Capacidade Funcional, Qualidade de Vida

* Aluna de Graduação em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: emanoelarochoa@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Uma das mudanças demográficas significativas, conferida nas últimas décadas em nosso país, tem sido a redução drástica nos níveis de fecundidade. Esse fator, aliado ao aumento da expectativa de vida da população, acarreta crescimento na proporção de indivíduos idosos no Brasil, em relação aos demais grupos etários. Esse aumento é reflexo da alta fecundidade predominante no passado quando comparado à situação atual e a redução da mortalidade. Verificando-se um processo de transição demográfica, intimamente correlacionando às mudanças, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica (transição epidemiológica). No primeiro momento, observa-se alta taxa de nascimento, equilibrada por alta taxa de mortalidade; deste modo, a população mantinha-se relativamente estável (IBGE, 2010).

Como outros processos fisiológicos, o envelhecimento humano faz parte do ciclo natural da vida. É o período onde ocorre o declínio das funções biológicas da maior parte dos órgãos e, junto com essas alterações, surge o aumento de incidência de doenças neurodegenerativas, ocasionada pela destruição progressiva e irreversível das células do sistema nervoso. Esse fator, associado às disfunções metabólicas, endócrinas e hidroeletrólíticas, quadros infecciosos, déficits nutricionais e distúrbios psiquiátricos, podem levar o indivíduo à demência. As demências são assim denominadas por afetarem de forma significativa a memória e também outras funções cognitivas, com proporção suficiente para produzir perda funcional, incluindo até, eventualmente, a realização de atividades da vida diária ou o reconhecimento de pessoas e lugares adjacentes do próprio convívio.

Todos esses aspectos devem ser levados em conta na construção do diagnóstico de um possível acometimento do declínio de cognição e sua associação com a capacidade funcional e qualidade de vida. Além disso, a capacidade funcional ao longo da vida, também entra em declínio, sofrendo influência de vários fatores (físicos e/ou orgânicos, constituição genética individual, hábitos de vida, meio ambiente, condições educacionais, socioeconômicas e relações familiares), trazem essa dependência em maior grau para o acometido (porém, não é de exclusividade de acometidos por deficiência, doente, incapacitado ou idoso).

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século, observa-se uma população cada vez mais envelhecida e conseqüentemente, a necessidade de garantir uma sobrevivência maior e uma boa qualidade de vida aos idosos. O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a

interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou as atividades diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA et al., 2005).

Para avaliar a qualidade de vida do idoso é imprescindível a adoção de múltiplos critérios, de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural, pois vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na senescência: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos (GALISTEU et al., 2006). As doenças crônicas não transmissíveis são bastante expressivas entre os idosos. Todos estes fatos determinam custos elevados de tratamento de saúde desta população em relação as demais faixas etárias. (VERAS, 2001).

Com base nesses dados, torna-se necessário a realização desse estudo, uma vez que possibilitará identificar as alterações cognitivas e capacidades funcionais motoras sobre a qualidade de vida dos indivíduos idosos, sendo um facilitador para produção de conhecimentos que podem transformar-se em subsídios informativos e tecnológicos para o planejamento de estratégias de acessibilidade, atendimento e terapêutica efetiva como também implantação de programas adequados a esta população. Com base na literatura, o presente estudo teve como objetivo investigar a função cognitiva sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos inseridos no Grupo de Convivência da Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) de Campina Grande – PB.

2.0 REFERENCIAL TEÓRICO

As constantes mudanças demográficas significativas ocorridas nas últimas décadas em nosso país, tem sido a redução nos níveis de fecundidade. Esse fator, aliado ao aumento da expectativa de vida da população, acarreta aumento significativo na proporção de indivíduos idosos no Brasil, em relação aos demais grupos etários. Esse aumento resulta de uma alta taxa fecundidade predominante no passado e a redução da mortalidade. Verificando o processo de transição demográfica e, correlacionando às mudanças, à longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica (transição epidemiológica), observa-se alta taxa de nascimentos, equilibrada por alta taxa de mortalidade; o que mantém a população relativamente estável, com grande percentagem de jovens na população (IBGE, 2010).

A taxa de nascimentos permanece alta e a mortalidade passa por um declínio considerável em relação à etapa anterior. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população acima de 65 anos deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total), em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. No período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar, semelhantemente. Porém, esse aumento gerado não garantiu, necessariamente, melhora nas condições de vida dessa população em ascensão (IBGE, 2010).

Segundo Carvalho e Netto (2005), a população mundial segue uma tendência de diminuição da fecundidade e da mortalidade. O aumento da esperança de vida tem levado a população a envelhecer. Há poucas décadas atrás esta população apenas era percebida em países desenvolvidos, como Japão, Europa, América do Norte. No Brasil, essas mudanças foram significativas, mudando a estrutura etária nas últimas décadas alterando a base da pirâmide, que se encontra estreita e o ápice cada vez mais largo, isto é decorrente da contínua diminuição dos níveis de fecundidade observados no Brasil e, em menor parte, da queda da mortalidade no período. Diferente de outros países que levaram muito anos para envelhecer, o Brasil passa por um rápido processo de envelhecimento ocasionado pela grande redução da taxa de fecundidade desde meados da década de 1960 e ao aumento da longevidade dos brasileiros.

Essa taxa passou de 6,28/mulher para 1,90/mulher em 2010, uma diminuição de cerca de 70%. A estimativa é que em 2050 o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá cerca de 30% da população do país (IBGE, 2010). O aumento em porcentual de idosos na população mundial mudou de maneira drástica as formas de abordagem de suas doenças, ou seja, de doenças contagiosas para doenças crônicas com o envelhecimento da população. O indivíduo idoso, nos dias atuais consegue facilmente chegar à idade de 80 a 90 anos, entretanto, não consegue evitar os efeitos da senescência natural do qual lhe é atribuído. O envelhecimento é aquele período da vida que, sucede a maturidade e é caracterizado por declínio das funções orgânicas, e, em decorrência, acarreta maior facilidade de eclosão de doenças (CAIXETA; FERREIRA, 2009).

A senescência mostra várias mudanças neuropsicológicas, como os déficits cognitivos, alterações na memória, velocidade de raciocínio, sono, confusão, distúrbios psicológicos e alterações nas atividades da vida diária, que podem se relacionar com sintomas demenciais e depressivos. Nesta faixa etária que vemos a manifestação de depressão e demência. Os problemas de saúde dos idosos são importantes e mostram-se como prejuízos de visão, audição e demências, as quais podem comprometer seriamente a autonomia dos indivíduos (ZANINI-SCHLINDWEIN, 2010). Os idosos com idades acima dos 65 anos são acometidos por um

declínio fisiológico da cognição, dobrando este declínio a cada 5 anos, é nesta fase que são diagnosticadas as demências com seus déficits cognitivos. Iniciam-se os distúrbios de linguagem, evidenciados pelas trocas de palavras ao se expressar (CARVALHO & PAPALEÓ, 2006).

Segundo Ribeiro (2006), o envelhecimento do sistema nervoso central é um processo inevitável. A teoria mais aceita sobre a forma que o organismo envelhece, diz respeito a um progressivo encurtamento de telômeros, conforme as células passam pelas sucessivas mitoses, associado a uma lesão cumulativa causada por radicais livres e processos de oxidação. O envelhecimento fisiológico é linear e não obrigatoriamente igual em todos os sistemas do corpo humano; cada um inicia seu envelhecimento a um dado momento e perde a função (ou demonstra a perda de função) em seu próprio ritmo, mas linear. O envelhecimento cerebral também apresenta todo um ritmo diferenciado, quanto mais se utiliza o cérebro em atividades intelectuais mais tempo ele demorará em perder suas conexões, porém, inevitavelmente, o envelhecimento ocorre.

A cognição é uma expressão que está relacionada com o processo de aquisição de conhecimento. Corresponde ao somatório de fatores diversos como o pensamento, a linguagem, a percepção, a memória, o raciocínio, entre outros, que fazem parte do desenvolvimento intelectual. A psicologia cognitiva está ligada ao estudo dos processos mentais que influenciam o comportamento de cada indivíduo e o desenvolvimento intelectual. A realização da avaliação cognitiva inicia na fase do rastreio de déficit cognitivo, podendo ser um instrumento útil na avaliação global do idoso, permitindo ao clínico geral, profissional de saúde adquirir informações que subsidiem tanto o diagnóstico do quadro, quanto o planejamento e execução de medidas terapêuticas e/ou de reabilitação a serem realizadas (ZANINI-SCHLINDWEIN, 2010).

Segundo Clarck (1989), a capacidade funcional é definida como a capacidade de realizar as atividades ordinárias e inesperadas do dia a dia, de forma segura e eficaz e sem cansaço excessivo. Tal capacidade é composta por seis componentes, quais sejam: resistência de força, agilidade, equilíbrio, flexibilidade, coordenação e resistência aeróbia. Assim, o nível dos componentes da Capacidade Funcional reflete diretamente no sucesso ou fracasso durante a realização das atividades de vida diária. O declínio da funcionalidade é resultado de uma complexa interação de diversos fatores, sendo o desempenho cognitivo um dos mais importantes. Estudos atuais mostram que o declínio funcional segue um gradiente no qual as ABVDs são afetadas após as atividades mais complexas estarem comprometidas (FUENTES, MALLOY-DINIZ, 2010).

A capacidade funcional envolve as habilidades físicas e mentais para uma vida independente. É um indicador de como uma determinada atividade é colocada em prática no seu dia a dia, este é um aspecto fundamental no conceito de independência, porém a incapacidade pode ser entendida como pela dificuldade de certas práticas do dia a dia que normalmente seriam realizadas sem ajuda (GORDILHO et al, 2000).

Os indicadores relevantes para avaliar a funcionalidade envolvem medidas de independência funcional em termos de atividades diárias, chamadas de atividades de vida diária (AVDs), composta por três grupos: Atividades básicas de vida diária (ABVDs), atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e atividades avançadas de vida diária (AAVDs). Em 1969 houve a divisão entre atividades de vida diárias e atividades instrumentais de vida diária com os estudos de Lawton e Brody (1969), que apresentaram duas escalas de avaliação pelo nível de complexidade que estas atividades necessitavam para ser realizadas como relatado por Brucki (2003).

As ABVDs englobam tarefas relacionadas ao autocuidado e sobrevivência (como higiene, alimentação e locomoção). As AIVDs são diferenciadas por tarefas mais complexas, que precisam de uma adaptação do indivíduo (atividades domésticas: como, manusear dinheiro, fazer compras, administrar as próprias medicações e utilizar meio de transportes e de comunicação). A diferença é devida ao maior grau de complexidade que a AIVDs precisa para ser realizada. As AAVDs são específicas para cada indivíduo, e estão associadas às atividades realizadas em contexto social que trazem significado à existência, estas incluem a manutenção das funções ocupacionais, recreacionais e a prestação de serviços de caráter comunitário (FUENTES, MALLOY-DINIZ, 2010).

No que diz respeito a dimensão motora, é considerada um dos importantes marcadores do envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (CORDEIRO, 2002). A maioria dos idosos é portador de doenças crônicas ou deficiências, sendo estes fortemente associados com a perda da capacidade funcional. Entretanto, observa-se que a capacidade funcional é influenciada também por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais (SANTOS, 2001; RAMOS, 2002).

As doenças crônicas, causadas pela inatividade, levam à dependência em executar atividades que outrora eram fáceis e que podiam realizar de maneira fácil. A falta de estímulos, predispõe o indivíduo ao desencadeamento de ansiedade e depressão, que são comuns nesta

época da vida, comprometendo assim a qualidade de vida dos idosos (ALMEIDA et al, 2010). Sabendo do aumento populacional de idoso nas últimas décadas, ressalta-se a necessidade do aumento e da realização de pesquisas na área cognitiva e qualidade de vida, que abordem as alterações concomitantes da sua qualidade de vida e cognição (MUCHALE, 2007)

Qualidade de vida é um termo abrangente que envolve vários aspectos da vida humana, é utilizado para saber o nível de satisfação com a vida do indivíduo e o seu conceito está relacionado a vários fatores, o que pode variar de autor para autor, e que vai depender de outras variáveis como: nível sociocultural, da faixa etária, e das suas aspirações pessoais. Entretanto, os autores definem qualidade de vida como sendo o nível de satisfação que o indivíduo tem a respeito de si próprio, onde depende da relação das variáveis supracitados com os fatores: hábitos de vida, atividade física, dieta, percepção de bem-estar e autoestima, condições físicas e ambientais, renda, amizades, aspectos espirituais e religiosos (NAHAS, 2001; NÉRI. 2001).

A expressão “Envelhecimento Ativo” leva a pensar na participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais e civis, não só das pessoas saudáveis e fisicamente ativas, mas também daquelas que apresentam alguma doença, ou estejam fisicamente incapacitados. A Organização Mundial de Saúde (OMS), começou a adotar o termo “Envelhecimento Ativo” que seria como “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.12).

Estudos e pesquisas que fundamentam as relações entre o processamento cognitivo e as alterações da qualidade de vida são escassos na literatura, essa escassez pode ser devido a variabilidade dos métodos de avaliação cognitiva e/ou a falta de elucidação da associação entre a qualidade de vida e o processamento cognitivo de diferentes realidades dos idosos (WEBBER, 2004).

3.0 METODOLOGIA

3.1. – Tipo de Pesquisa ou Tipo de Estudo

Este estudo tem caráter exploratório, descritivo e analítico, com abordagem qualiquantitativa.

3.2 – Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas dependências da Universidade Aberta à Maturidade-UAMA/UEPB, localizada na Rua Domitila Cabral de Castro S/N, Bairro Universitário, Bodocongó em Campina Grande – PB, e em seguida, foi realizada nas residências dos idosos.

3.3 – Amostra

A amostra foi composta por idosos, que concluíram a formação pela Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) e atualmente, participam do Grupo de Convivência da UAMA/UEPB.

3.4 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos idosos que concluíram a formação pela Universidade Aberta à Maturidade e participam do Grupo de Convivência. Entretanto, foram excluídos os idosos que apresentaram os seguintes critérios: que se abstenham de participar da pesquisa; que ainda não tenham concluído os dois anos de formação da UAMA; que apresentam disfunção visual, auditiva, linguagem e/ ou funcional que impeça a realização dos testes/patologias psiquiátricas associadas.

3.5 – Instrumentos de Coleta de Dados

Para realização da presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: *Formulário de Pesquisa*, composto por dados sócio-demográficos, com as seguintes variáveis: sexo, idade, nível cultural, ocupação atual, referência de doenças crônicas, número de doenças.

Relacionado à função cognitiva foi utilizado duas escalas: o *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM) e o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) ambas escalas objetiva-se rastrear declínio cognitivo.

O Mini Exame do Estado Mental – MEEM, desenvolvido por Folstein et al. (1975), e traduzido e adaptado no Brasil por Burcki et al. (2003). É um dos mais conhecidos e utilizados no mundo. Este teste pode ser utilizado isolado ou somando a outros testes permitindo a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demências. Fora muito utilizada em clínicas para detecção do declínio cognitivo, para o seguimento de quadros de demências e monitoramento de sua resposta ao tratamento; O MEEM avalia os aspectos cognitivos das

funções mentais: orientação, registro, atenção e cálculo, memorização e linguagem. Consiste em questões subdivididas em seis itens. Para cada acerto é somado um ponto ao total, o que mais importa na determinação do desempenho do MEEM é o nível educacional (BERTOLUCCI et al., 1994). Portanto serão utilizados como pontos de corte, 13 para analfabetos; 18 para baixa e média escolaridade; e 26 para alta escolaridade.

Montreal Cognitive Assessment - MoCA, instrumento para rastreio cognitivo criado por Nasreddine et al. (2005), com objetivo de detectar comprometimento de déficit cognitivo leve (DCL). O teste foi traduzido e adaptado para 30 idiomas. A versão Utilizada do teste será a versão Experimental Brasileira por Bertolucci (2007). Portanto serão utilizados o escore total de 30 e normal sendo igual ou maior que 26 anos.

Para avaliação da capacidade funcional do idoso foi utilizado o *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – BONFAQ*, proveniente do “*Wolder Americans Resources and Service*” (OARS), trata-se de um questionário multidimensional concebido nos Estados Unidos, e adaptado para o português (URSINE, 2007). O participante informará o grau de dificuldade e a necessidade de ajuda na realização de atividades de autocuidado: 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 atividades instrumentais da vida diária, 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 atividades – sem dificuldade, 1 a 3 atividades – dificuldade leve, 4 a 6 atividades dificuldade moderada e 7 ou mais – dificuldade grave.

A Escala de Qualidade de Vida de *Flanagan* – EQVF foi desenvolvida em 1982 por Jean Flanagan, para avaliar a qualidade de vida em idosos, composta por 15 itens agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e material; relacionamento com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização social e recreação. (NASSER, GONÇALVEZ, 1999). A EQVF possui pontuação que oscila de 14 a 105, sendo aquele corresponder ao valor mínimo e este ao máximo. Para caracterizar a qualidade foram utilizados escores de 0 a 45 pontos, de 46 a 74 pontos e maior ou igual a 75 pontos, para baixa, média e alta qualidade de vida, respectivamente (FLANAGAN, 1982).

3.6 – Procedimentos de Coleta de Dados

A pesquisa com os participantes do grupo de convivência da UAMA foi desenvolvida nas seguintes fases: **Fase I**, os pesquisadores foram capacitados mediante treinamento na aplicação do formulário e das escalas até que o nível de confiabilidade estivesse dentro dos padrões aceitáveis; **Fase II**, o Diretor da UAMA, Prof. Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto realizou reunião entre os pesquisadores e os participantes do grupo de convivência, para socialização e interação e, na **Fase III**, foi realizada a preparação da listagem dos idosos a serem entrevistados e o agendamento dos horários disponíveis; e, **Fase IV**, foi realizada a aplicação do formulário de pesquisa e as escalas previamente escolhidas.

3.7 – Análise dos Dados

Os dados coletados foram expressos em frequência, percentil, média, desvio padrão da média, correlação, comparação de médias e o nível de significância através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 para *Microsoft Windows*. Para analisar as médias foi utilizado o teste *t-Student* pareado, bem como o teste ANOVA de um fator. Para verificar a correlação entre as variáveis foi realizado o teste de coeficiente ρ de Spearman, para variáveis mensuradas em nível ordinal. O coeficiente ρ de Spearman varia entre -1 e 1. Quanto mais próximo estiver desses extremos, maior será a associação entre as variáveis. O sinal negativo da correlação significa que as relações variam em sentido contrário, isto é, as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas a categorias mais baixas da outra variável, salientando-se que o ρ deve ser menor ou igual 0,05.

3.8 – Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) seguindo as diretrizes e normas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB) contendo o seguinte número de protocolo: 43022815.2.0000.5187. Os participantes envolvidos na pesquisa foram esclarecidos quanto à relevância dos estudos realizados e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias pelo responsável legal e pesquisador, onde uma das vias ficará com o pesquisador e a outra

com o responsável legal, por medida de segurança e arquivamento de documentação de ambas as partes, sendo informados sobre o total anonimato e preservação dos dados coletados e o pesquisador responsável assinou o termo de compromisso com a pesquisa e a declaração com a mesma. Houve aprovação institucional do estabelecimento que fora feito a pesquisa, para o desenvolvimento da coleta de dados.

4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Distribuição Sociodemográfica de Idosos Participantes da Universidade aberta à Maturidade (UAMA) de Campina Grande – PB.

Fizeram parte do estudo 26 participantes inseridos no grupo de convivência da UAMA. Relacionado a faixa etária dos idosos (Tabela 1) verificou-se que os mesmos apresentavam idades entre 60 e 90 anos, com $73,93 \pm 7,45$, corroborando com os estudos de Nunes et al. (2008), Dutra (2009), onde os idosos apresentaram predominância de idades entre 60 e 90 anos. Verificou-se também que idosos com idade entre 60-79 apresentaram valores de $71,10 \pm 5,28$ anos e entre 80 – 99 anos valores de $84,33 \pm 3,8$ anos. Observando-se que a maioria dos entrevistados se encontravam na faixa etária de 60 a 79 totalizando 20 idosos e na faixa etária de 80 a 99 anos foi composta de 6 idosos.

Quanto ao gênero, observou-se que a amostra foi composta por indivíduos do gênero masculino com 15,38% e predominância do gênero feminino com 84,61%, mostrando concordância com o padrão demográfico brasileiro atual. Concomitantemente, Paskulin e Viana (2007), verificaram predominância em mulheres idosas, assim como, Marin et al. (2008) e Lima-Costa et al. (2003), constataram que a maioria de sua amostra foi composta por idosos do gênero feminino. Similarmente, estudos realizados com idosos na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) e na Universidade aberta a terceira idade, da escola de artes, ciências e humanidade da Universidade de São Paulo (EACH USP) verificaram prevalência do gênero feminino (SIMONEAU, ORDONEZ, 2011). A prevalência do gênero feminino na população estudada reflete no aumento de mulheres na terceira idade, corroborando assim com a chamada “feminização da velhice”, fato crescente em nosso país. Um estudo realizado em João Pessoa confirmou a tendência com 79,7% mulheres idosas (SANTOS, 2008).

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos idosos, evidenciou-se ausência de analfabetos; ensino fundamental completo (14,8%) e ensino médio completo (46,15%), o que corrobora com o estudo de Ordonez (2011), que verificou predominância de idosos que

concluíram ensino médio; 15,38% que apresentaram curso técnico concluído; (26,92) que apresentaram Ensino Superior completo. Por outro lado, estudos de Costa et al, (2006), Picini et al, (2006), Monteiro (2002), mostraram que 46,3 de idosos eram analfabetos. Contudo, observa-se nessa pesquisa que o nível de escolaridade da amostra foi diferenciado, uma vez que, consta de uma porcentagem significativa de idosos que conseguiram concluir o ensino médio e chegar a concluir o nível superior, ressaltando que não foi evidenciado idosos analfabetos.

Quanto à ocupação, observou-se que 74,1 são aposentados, dados que fazem paralelo ao de Lebro (2005). Que demonstram que aposentadorias e pensões são a principal fonte de renda do idosos da população brasileira. O que podemos analisar e confirmar segundo o estudo de Coutrim (2006) que cita que a aposentadoria possibilitou ao idoso a sua segurança financeira e a garantia de um rendimento mínimo para que supra suas necessidades básicas. Embora com idade avançada o que o torna mais vulnerável as despesas com remédios e demais necessidades de saúde esta população possui melhores condições financeira dos que os mais jovens.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica de Idosos Participantes da UAMA

VARIÁVEIS	N	%
Idade		
60 – 79	20	76,92
80 – 99	6	23,08
Gênero		
Masculino	4	15,38
Feminino	22	84,61
Escolaridade		
Ensino Fund.	3	11,45
Ensino Médio	12	46,15
Curso Técnico	4	15,38
Ensino Superior	7	26,92
Ocupações		
Aposentado	19	73,07
Pensionista	3	11,54
Empregado	2	7,69
Outro	2	7,69

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.2 – Distribuição das Patologias Geriátricas de Idosos Participantes da UAMA.

No que diz respeito às doenças crônico-degenerativas ou doenças geriátricas (Tabela 2), verificou-se que Diabetes Mellitus apresentou prevalência de 57,69 %, seguido de osteoartrite (26,92 %), cardiopatias e Insônia com (23,07 %) respectivamente, neoplasias (15,38 %), nenhuma doença (11,54 %), varizes com (3,84 %), por fim a hipertensão AVE (3,84 %). O Processo de envelhecimento não necessariamente está relacionando a doença e incapacidades, porém as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre idosos (ALVES, et al. 2007). E como dito por Veras (2001) as doenças crônicas não transmissíveis são de maior incidência entre os idosos.

Tabela 2: Distribuição das Patologias Geriátricas nos idosos Participantes da UAMA.

Patologias	Nº	%
AVE	1	3,84
Osteoartrite	7	26,92
Hipertensão Arterial	1	3,84
Diabetes Mellitus	15	57,69
Cardiopatias	6	23,07
Neoplasias	4	15,38
Varizes	1	3,84
Insônia	6	23,07
Depressão	5	19,23
Nenhuma	3	11,54

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.3 Perfil da Função Cognitiva através do MEEM dos Idosos Participantes da UAMA.

Quanto à avaliação cognitiva através do MEEM (Tabela 3), evidenciou-se que os idosos apresentaram uma distribuição variada com valor médio de $27,15 \pm 1,79$. Com isso, não apresentando nenhum grau de declínio cognitivo. Os domínios de valor máximo foram Linguagem ($8,30 \pm 0,91$), orientação espacial ($4,96 \pm 0,19$) e o de valor mínimo foi memória com $1,67 \pm 1,04$.

Tabela 3: Perfil cognitivo através do MEEM em idosos participantes da UAMA

DOMÍNIOS	Valor de Referência	Média ± d.p.m
Orientação Espacial	5	4,85 ± 0,45
Orientação Espacial	5	4,96 ± 0,19
Registro	3	2,93 ± 0,29
Cálculo	5	4,70 ± 0,86
Memória Recente	3	1,67 ± 1,00
Linguagem	9	8,30 ± 0,91
Total		27,15 ± 1,79

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.4 Perfil da Função Cognitiva através do MoCA de Idosos Participantes da UAMA.

Continuando com a análise da cognição, foi utilizado o MoCA (Tabela 4), os indivíduos apresentaram diferenças entre os domínios, sendo o valor máximo correspondente a orientação com $5,89 \pm 0,32$ seguido do domínio atenção com $4,41 \pm 1,37$, visuoespacial/executiva com $3,22 \pm 1,76$, sendo o pior resultado para abstração com $1,44 \pm 0,69$. Apresentando um total de $22,63 \pm 4,05$, apresentando com isso um Declínio cognitivo leve, levando em consideração que o escore total de 30 e normal sendo igual ou maior que 26 anos. Segundo Carvalho e Papaleó (2006) esse declínio se enquadra como declínio fisiológico de cognição, dobrando este declínio a cada 5 anos. E nesta etapa da vida que começa a se identificar distúrbios de linguagem, evidenciados pelas trocas de palavras ao se expressar.

Tabela 4: Perfil cognitivo através da MoCa em idosos participantes da UAMA.

DOMÍNIOS	Valor de Referência	Média ± d.p.m
Visuoespacial/Executiva	5	3,22 ± 1,76
Nomeação	3	2,41 ± 0,75
Atenção	6	4,41 ± 1,37
Linguagem	2	1,78 ± 1,08
Abstração	2	1,44 ± 0,70
Evocação Tardia	5	2,85 ± 1,51
Orientação	6	5,89 ± 0,32
Total		22,63 ± 4,05

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.5 – Estudo Comparativo entre a Função Cognitiva *versus* Idade, Gênero e Nível de Escolaridade de Idosos da UAMA.

Relacionado a função cognitiva através do MEEM e a faixa de etária, observou-se que idosos com idade entre 60 a 79 anos apresentaram aumento ($23,40 \pm 3,75$) da capacidade funcional, sem alteração significativa ($p=0,74$, teste T-Student), quando comparado aos idosos com idade entre 80 a 99 anos ($20,00 \pm 4,60$). Quanto a análise do estado cognitivo e o gênero (Tabela 5), verificou-se que idosos do gênero feminino apresentaram valor $27,18 \pm 1,87$ e o gênero masculino valor de $26,75 \pm 1,71$, entretanto sem diferença significativa ($p=0,59$, teste T-Student).

Da mesma forma, ao analisar o nível de escolaridade (Tabela 5) verificou-se que o ensino fundamental gerou uma média de $27,00 \pm 0,81$; seguido pelo Ensino Médio com $26,58 \pm 1,89$; o Ensino Técnico com $27,00 \pm 0,87$ e Ensino Superior com ($28,29 \pm 2,14$), mostrando que o ensino fundamental apresentou uma leve diminuição de pontuação comparado a pontuação do ensino superior, porém não apresentou déficit cognitivo, considerando o ponto de corte para baixa e média escolaridade de 18 pontos, o que os colocam dentro da faixa de normalidade; para ensino superior foi observado uma pontuação maior que o ponto de corte para alta escolaridade, correspondente a 26 pontos, contudo não evidenciou-se alterações significantes ($p=0,59$, teste ANOVA).

Quanto à faixa de etária (Tabela 5), observou-se que idosos com idade entre 60 a 79 anos apresentaram aumento da função cognitiva ($23,40 \pm 3,75$) sem significância ($p=0,11$), em

relação aos idosos com idade entre 80 a 99 anos que mostraram valor de $20,00 \pm 4,60$. O que podemos notar que ao passar dos anos ocorre o que Carvalho e Papaleó (2006) falam de uma perda cognitiva a partir dos 60 anos. Ao observar, pode-se dizer que a uma variação de pontos para os idosos com menos idade, entre 60 a 79 anos, que demonstram uma pontuação maior ($23,40 \pm 3,75$) do que aqueles que possuem idades entre 80 a 99 anos podendo-se assim sugerir que há uma perda.

Ao analisar pelo a cognição e o gênero (Tabela 5) evidenciou-se que o gênero feminino apresentou uma preservação da cognição com valor de $27,18 \pm 1,87$ quando comparado ao gênero masculino com $21,25 \pm 4,58$. Ao analisar a relação do nível de escolaridade (Tabela 5) com o estado cognitivo, verificou-se que os idosos que concluíram o Ensino Fundamental apresentaram valor de $20,25 \pm 5,90$; Ensino Médio ($22,42 \pm 3,90$); Ensino Técnico ($24,00 \pm 4,24$) e Ensino Superior ($23,57 \pm 3,21$), entretanto, não foram evidenciadas alterações significativas ($p= 0,35$, teste ANOVA). Baseado no ponto de corte considerado a valor maior ou igual a 26 pontos, observa-se que os idosos apresentaram declínio cognitivo leve.

Outro estudo que reforça a hipótese de a MoCA ser uma ferramenta eficaz para o diagnóstico de declínio cognitivo foi realizada por Markwick et al., (2012) que observaram que mesmo em pacientes com comprometimento cognitivo, os escores do MEEM apresentavam-se normais, enquanto que os escores do MoCA apontavam declínio. Os resultados apontavam declínio evidente nos testes do MoCA, uma vez que, foi considerado que o MoCA parece ser um teste de rastreio mais sensível para detectar declínio cognitivo precocemente.

Tabela 5: Análise Comparativa entre a Função Cognitiva, Idade, Gênero e Escolaridade de Idosos Participantes da UAMA.

VARIÁVEIS	MEEM (Média ± d.p.m.)	ρ	MoCA (Média ± d.p.m.)	ρ
Idade				
60 – 79	27,15 ± 1,95	0,74*	23,40 ± 3,75	0.11*
80 – 99	27,00 ± 1,42		20,00 ± 4,60	
Gênero				
Masculino	26,75 ± 1,71	0.59*	21,25 ± 4,58	0.33*
Feminino	27,18 ± 1,87		22,86 ± 4,11	
Escolaridade				
Ensino Fund.	27,00 ± 0,81	0.65**	20,25 ± 5,90	0.35**
Ensino Médio	26,58 ± 1,89		22,42 ± 3,90	
Curso Técnico	27,00 ± 0,87		24,00 ± 4,24	
Ensino Superior	28,29 ± 2,14		23,57 ± 3,21	

N: 26

*Test t pareado

**ANOVA de um fator

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.6 – Caracterização da Capacidade funcional através da Escala BOMFAQ em Idosos da UAMA.

Em relação a capacidade funcional, como mostra no Gráfico 1, os idosos apresentaram dificuldade leve com comprometimento em $2,29\% \pm 2,78$ das atividades de acordo com o protocolo de BOMFAQ. Dentre estes 70,37% apresentaram dificuldade leve (1 a 3 atividades) durante a realização de tarefas, seguido de 18,52% sem dificuldades (0 atividades), 7,4% com dificuldade grave (7 ou mais atividades) e 3,7% dificuldade moderada (4 a 6 atividades) como podemos analisar no Gráfico 1.

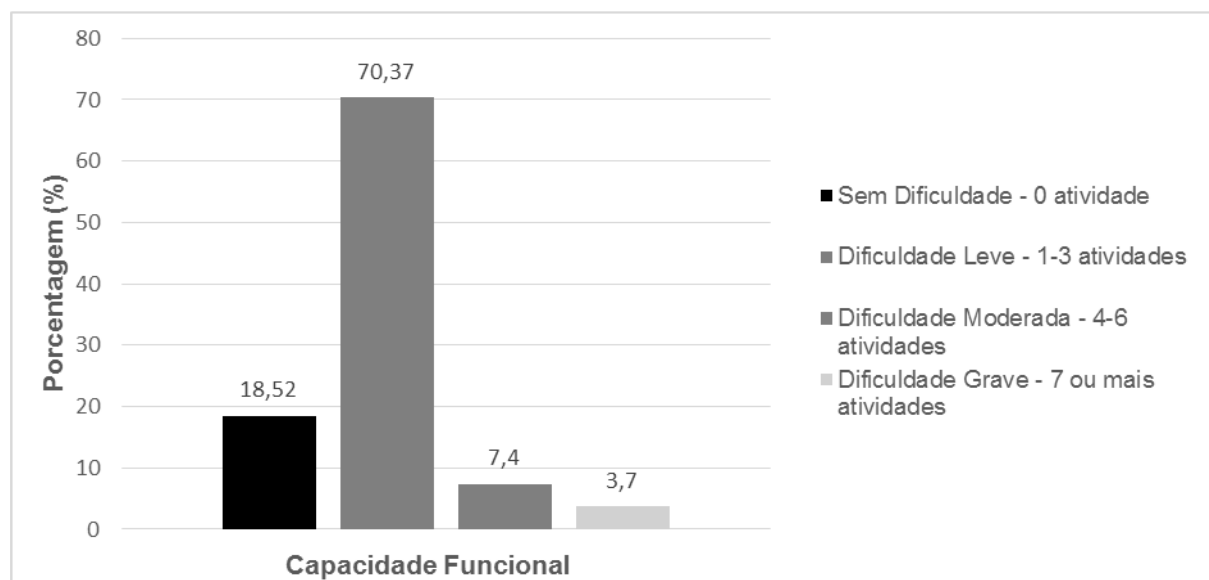
A função motora nos idosos está diretamente relacionada com a morbimortalidade, uma vez que os que apresentam dificuldades para realizar sete ou mais atividades de vida diária tem três vezes mais risco de morte do que indivíduos independentes. (RICCI et al., 2005).

O presente estudo, evidenciou-se que a maioria dos idosos apresentaram dificuldade leve para realização de atividades. Por outro lado, estudos de Santos (2011), mostraram que os idosos apresentaram dificuldade para realização de sete atividades ou mais. O que pode ser explicado, é que a população escolhida para participar no presente estudo, foram idosos considerados saudáveis, que fazem parte do um grupo de convivência da UAMA, indicando que a capacidade funcional em idosos que se expõe a novos conhecimentos e relacionamentos recreativos tende a ser melhor. Sendo possível afirmar que quanto menor o déficit cognitivo melhor a capacidade funcional de um indivíduo.

Isso indica que qualidade de vida é uma variável resultante do desenvolvimento pessoal e coletivo, dependente de múltiplos fatores, está associado ao bem-estar, à segurança, à expectativa de vida. Relaciona-se também através de dimensões como: saúde, nível de educação, situação econômica, relações sociais e familiares, moradia, atividades recreativas, autonomia, metas de vida e grau de desenvolvimento pessoal. Quanto à percepção dos idosos acerca da qualidade de vida, foi resultado bastante positivo e de grande relevância para esta pesquisa, pois, é perceptível a influência positiva da atividade física, pois essa constitui um excelente instrumento de promoção à saúde em qualquer faixa etária, em especial para os idosos que participam do Programa.

A participação nas reuniões semanais do grupo de convivência da UAMA tem contribuído para o processo de realização pessoal destes idosos, resgatando sua dignidade de viver, a capacidade de ser útil, e de sentir-se um membro importante para a continuidade do grupo. Os idosos mencionaram que a reunião semanal, mesmo com o número reduzido dos membros associados, faz com que os presentes sejam reconhecidos como atuantes e comprometidos no fazer dos trabalhos em grupo, das atividades de lazer, melhorando sua Qualidade de Vida. A saúde é um dos maiores recursos para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como, uma importante medida da Qualidade de Vida. Os parâmetros que predominam para a formação de normas de aferição da Qualidade de Vida, não são específicos, e se apresentam de maneira diferente para cada ser humano, já que este é um ser singular e a qualidade tem uma narrativa diferente para cada indivíduo (CARVALHO, 2004). A Qualidade de Vida deve ser compreendida como um conceito dinâmico, construído a partir da descrição e interpretação das relações dialéticas do indivíduo, com seu cotidiano social, cultural, biológico, psicológico e físico.

Gráfico 1: Distribuição da Capacidade Funcional através de BOMFAQ de Idosos Participantes da UAMA.



N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.7 – Caracterização da Qualidade de Vida através da EQVF em Idosos Participantes UAMA.

Em relação à Qualidade de Vida através da EQVF (Tabela 6), os idosos apresentam ter uma qualidade de vida satisfatória por terem obtido uma pontuação total de $94,22 \pm 6,63$. Quanto aos escores obtidos nas cinco dimensões, e dos 15 itens propostos por Flanagan. Neste estudo os escores maiores foram de socialização com $6,74 \pm 0,52$ seguido por ter e criar filhos com $6,63 \pm 0,56$, os escores mais baixos foram com $5,67 \pm 1,41$ para o de participação em associações e atividades de interesse público com e $5,67 \pm 1,33$ relacionamento íntimo.

Segundo a classificação proposta por Flanagan, (1982), que quantificou a satisfação de qualidade de vida de 0-45 como baixa, 46-74 médio e acima de 75 pontos como alta qualidade de vida, evidenciou-se neste estudo, que 100% da amostra apresentam-se como alta qualidade de vida, pois suas pontuações estão dentro do escore de pontuação de acima de 75 pontos, concluindo assim que os idosos estão com uma satisfação grande com sua qualidade de vida.

Similarmente, Santos et al, (2002), observaram que os idosos apresentaram certas peculiaridades e expectativas próprias na ordem de prioridade que concebem a qualidade de vida, sendo diferente de outros indivíduos. Assim como, Benedet e Spricigo (2008), demonstram que a maioria dos idosos apresentou alta qualidade de vida.

Estudo de Cella, Tulskey e Gray, (1993), mostraram que o fator de maior impacto sobre os escores de qualidade de vida dos idosos é o seu estado emocional. Sintomas como ansiedade e depressão, promovem os mesmos impactos sobre a qualidade de vida, quando o idoso se percebe doente (SULLIVAN et al. 2001) e a percepção de sua saúde, o padrão de vida e a habilidade para o trabalho variam conforme a faixa etária (BOWLING, 1995).

Segundo a classificação proposta por Flanagan, (1982), que quantificou a satisfação de qualidade de vida de 0-45 como baixa, 46-74 médio e acima de 75 pontos como alta qualidade de vida, evidenciou-se neste estudo, que 100% da amostra apresentam como alta qualidade de vida, pois suas pontuações estão dentro do escore de pontuação de acima de 75 pontos, concluindo assim que os idosos estão com uma satisfação grande com sua qualidade de vida.

Tabela 6: Perfil da Qualidade de Vida através da EQVF de Idosos Participantes da UAMA.

Itens da Escala	Valores de Referência	Média ± d.p.m.
1 – Conforto Material	1 a 7	6,19 ± 1,36
2 – Saúde	1 a 7	6,00 ± 0,83
3 – Relacionamento Familiar	1 a 7	6,48 ± 0,51
4 – Ter e criar filhos	1 a 7	6,63 ± 0,56
5 – Relacionamento Intimo	1 a 7	5,67 ± 1,33
6 – Relacionamento com Amigos	1 a 7	6,41 ± 0,69
7 – Ajudar/ outras pessoas	1 a 7	6,37 ± 0,74
8 – Participação em associações e atividades de interesse publico	1 a 7	5,67 ± 1,41
9 – Aprendizado:	1 a 7	6,56 ± 0,85
10 – Autoconhecimento	1 a 7	5,96 ± 0,98
11 - Trabalho (emprego ou em casa)	1 a 7	6,26 ± 1,02
12 – Conseguir se comunicar	1 a 7	6,56 ± 0,50
13 – Recreação Ativa	1 a 7	6,33 ± 1,07
14 – Ouvir música, ler, assistir TV ou ir ao cinema.	1 a 7	6,41 ± 0,88
15 – Socialização	1 a 7	6,74 ± 0,52
Total		94,22 ± 6,63

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.8 – Estudo Comparativo entre a Capacidade Funcional (BOMFAQ) e Qualidade de Vida (EQVF) e Idade, Gênero e Nível de Escolaridade de Idosos Participantes da UAMA.

Relacionando a análise comparativa da capacidade funcional (Tabela 7) com a faixa etária de idosos entre 60 a 79 anos evidenciou-se valor de $17,60 \pm 3,03$, o que mostra discreto nível de dificuldade, quando comparado a faixa etária de 80 a 99 anos com valor de $100,83 \pm 86,56$, e ($p=0,06$), demonstrando que há um predomínio maior de dificuldade funcional nesse período de idade, o que pode sugerir que é nesta idade onde encontra-se idosos com maiores dificuldades para realização de atividades básicas diárias.

Quanto à capacidade funcional e o gênero, observou-se que idosos do gênero masculino apresentaram aumento ($63,00 \pm 94,00$) do nível de dificuldade sem alteração significativa ($p=0,40$) quando comparado ao gênero feminino com $32,05 \pm 43,57$. Analisou-se que o Curso Técnico apresentou menor dificuldade com pontuação de $17,25 \pm 1,89$ seguido por Ensino médio, Ensino superior e Ensino fundamental com valores de $17,17 \pm 1,45$; $18,14 \pm 4,10$ e $22,00 \pm 10,73$ respectivamente, sem significância ($p=0,47$). Contudo, pode-se indicar que quanto maior o nível de escolaridade melhor para preservação de capacidade funcional do idoso.

Relacionado à Qualidade de vida (Tabela 7), observou-se que a idade entre 60 a 79 anos apresentaram aumento da qualidade de vida com valor de $93,70 \pm 6,25$ e significância ($p=0,03$ teste T-Student pareado) quando comparado a idosos com idades de 80 a 99 anos ($88,33 \pm 9,02$), mostrando que com o passar a idade a uma diminuição da qualidade de vida.

Na análise da EQVF com o gênero (Tabela 7) observou-se que o gênero masculino apresentou diminuição da qualidade de vida sem alteração significativa com ($89,25 \pm 10,78$, $p=0,45$ teste T-Student pareado), quando comparado ao gênero feminino que apresentou valor de $93,70 \pm 6,25$. Portanto, observa-se que os idosos do estudo se encontram com uma capacidade funcional boa.

Quanto a EQVF e a escolaridade, observou-se que os respectivos valores: Ensino Fundamental ($89,75 \pm 8,00$); Ensino médio ($95,00 \pm 5,83$); Curso técnico ($97,00 \pm 5,29$) e Ensino superior ($93,87 \pm 7,34$). Ressalta-se que não foi identificadas diferenças estatísticas ($p=0,34$, teste ANOVA).

Devido à falta de pesquisas nessa área que relacionem os dados assim, não foi possível corroborar os seguintes resultados com dados obtidos na literatura.

Tabela 7: Análise Comparativa entre a Capacidade Funcional e Qualidade de Vida versus Idade, gênero e escolaridade de Idosos Participantes da UAMA.

VARIÁVEIS	BOMFAQ (Média ± d.p.m.)	ρ	FLANAGAN (Média ± d.p.m.)	ρ
Idade				
60 – 79	17,60 ± 3,03	0,06*	93,70 ± 6,25	0,03*
80 – 99	100,83 ± 86,56		88,33 ± 9,02	
Gênero				
Masculino	63,00 ± 94,00	0,40*	89,25 ± 10,78	0,45*
Feminino	32,05 ± 43,57		93,05 ± 6,50	
Escolaridade				
Ensino Fund.	22,00 ± 10,73	0,47**	89,75 ± 8,00	0,34**
Ensino Médio	17,17 ± 1,45		95,00 ± 5,83	
Curso Técnico	17,25 ± 1,89		97,00 ± 5,29	
Ensino Superior	18,14 ± 4,10		93,87 ± 7,34	

N: 26

*Test t pareado

**ANOVA de um fator

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

4.9 – Análise da Correlação entre a Função Cognitiva versus Idade e Nível de Escolaridade de Idosos Participantes da UAMA.

Realizada a análise da correlação entre idade e a escolaridade e o perfil cognitivo através da MoCa. Foi possível observar que idosos com idade (60 a 79 anos) apresentaram correlação fraca e negativa sem alteração significativa ($\rho = -0,29$; $p=0,57$) assim como, quanto a qualidade de vida ($\rho = -0,19$; $p=0,70$), e a função cognitiva. Entretanto, quanto a funcionalidade, verificou-se correlação forte e positiva ($\rho = 0,29$; $p=0,57$) sem significância e

a função cognitiva. Portanto, evidenciou-se uma correlação inversamente proporcional entre a capacidade cognitiva e a idade e qualidade de vida nos idosos entre 60 a 79 anos que participaram da UAMA, por outro lado, observou-se uma correlação proporcional quanto a função cognitiva e a funcionalidade, o que pode ser respaldado em que o declínio cognitivo leve não apresenta repercussão na funcionalidade.

Similarmente, verificou-se que os idosos com idade (80 a 99 anos), mostraram correlação fraca e negativa sem alteração significativa ($\rho = -0,29$; $p=0,57$) assim como, quanto a qualidade de vida ($\rho = -0,20$; $p=0,71$), e a função cognitiva. Entretanto, quanto a funcionalidade, verificou-se correlação forte e positiva ($\rho = 0,29$; $p=0,57$) sem significância e a função cognitiva. Portanto, evidenciou-se uma correlação inversamente proporcional entre a capacidade cognitiva e a idade e qualidade de vida nos idosos entre 80 a 99 anos que participaram da UAMA, por outro lado, observou-se uma correlação proporcional quanto a função cognitiva e a funcionalidade, o que pode ser respaldado em que o declínio cognitivo leve não apresenta repercussão na funcionalidade.

Devido a escassez de trabalhos com esse enfoque, não foi possível comparar com os dados presentes na literatura.

Tabela 8: Correlação entre a Função Cognitiva e Idade, nível escolaridade de Idosos Participantes da UAMA.

Teste de Spearman	Correlação	Gênero	Idade	MoCa	MEEM
Rô de Spearman 60 a 79 anos	Coefficiente (ρ)	1,00	-0,04	0,28	0,20
	Sig (ρ)	.	0,87	0,23	0,38
Rô de Spearman 80 a 99 anos	Coefficiente (ρ)	1,00	- 0,29	- 0,48	0,00
	Sig (ρ)	.	0,57	0,33	1,00

N: 26

Fonte: Dados da Pesquisa 2015.

5.0 CONCLUSÃO

Com base na análise dos resultados é possível sugerir que idosos participantes da Universidade Aberta à Maturidade de Campina Grande – PB apresentaram:

- Idades entre 60 a 90 anos, sendo a maioria do gênero feminino;
- Declínio cognitivo leve com alto padrão de capacidade funcional e boa qualidade de vida.

Portanto, sugere-se que seria interessante desenvolver um projeto de intervenção com estimulação cognitiva de forma que proporcione a modulação do nível cognitivo e consequentemente de sua capacidade funcional e qualidade de vida.

LEARNING FUNCTION ON THE FUNCTIONAL CAPACITY AND QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY.

ABSTRACT

The physiological aging is linear and not necessarily the same in all human body systems, each one starts aging at any given time and lose function at their own pace. The study had the purpose to investigate the cognitive function about functional capacity and the elderly quality of life Living Group at the Open University to Maturity (UAMA). The study presents a character approach, exploratory, descriptive and analytical with quantitative approach with 26 seniors. The instruments used were the Mini Mental State Examination (MMSE) and Montreal Cognitive Assessment (MoCa) for the screening of cognitive deficits; the Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ) for the functional capacity and Flanagan quality of life scale (FQLS) . Data were analyzed using SPSS version 20.0 program. The Research Ethics Committee of UEPB approved the study. The sample had aged 60 to 90 years with a mean of $73.93 \pm 7:45$ years. Regarding gender, male 15, 38% and female 84.61%. The level of education there was a higher prevalence of graduating high school, composed of 46.15%. Most seniors were retired with 74.1% and most of the observed geriatric diseases were diabetes mellitus 57.69%. As cognition MEEM was no evidence of cognitive decline, however, the MoCA there was a mild cognitive decline. Related to functional capacity seniors showed mild degree of difficulty. As the quality of life for the elderly by EQVF showed high quality of life. As a result, we conclude that the elderly people from UAMA had mild cognitive decline without repercussion on functional capacity and quality of life.

Keywords: Healthy Seniors, University for maturity, cognition, functional capacity, quality of life

REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C., LEIMANN, B. C. Q., VASCONCELOS, M. E. L., SÁ CARVALHO, M., VASCONCELOS, A. G. G., GODOI, A. G., FONSECA, T. C. O., LEMBRÃO, M. L., LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.23, n. 8, p. 1924-1930, ago, Rio de Janeiro, 2007.
- BENEDET, D. M.; SPRICIGO, K. Qualidade de vida dos idosos do Grupo Autonomia do Idoso da Clínica de Atenção Básica à Saúde – CIABS (TCC). Santa Catarina, 2008.
- BERTOLUCCI, P. H. F. MINETT T. S. C. Perda de memória e demência. In: do Prado FC, Ramos J, do Valle JR. Atualização terapêutica 2007. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
- BOWLING, A. The most important thing in life. Comparison between older and younger populations age group by gender. Results from a national survey of the public judgement. **International Journal of Health Sciences**, v.6, n.12, p.169-175, 1995.
- BRUCKI, S M. NITRINI, R. CARAMELLI, P. BERTOLUCCI, P H. OKAMOTO, I A. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. v.61, p. 777-781, 2003.
- CAIXETA G. C. S. FERREIRA, A. Cognitive Performance and Functional Balance in elderly. **RevNeurocienc**. 17(3):202-8. 2009.
- CARVALHO, E T F, NETTO M P. Geriatria, Fundamentos, clínica e Terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- CARVALHO, F E T.; PAPALEÓ, N M; GARCIA, Y M. Biologias e teorias sobre o envelhecimento. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**, v.1, 2006.
- CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cad Saúde Pública**. v.20, n. 4, p.1088-1095, jul./ago 2004.
- CELLA, D. F.; TULSKY, D. S.; GRAY, G. The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of general measure. **Journal of Clinical Oncology**, v.11, n.3, p.570-579, 1993.
- CLARK, B A. Tests for fitness in older adults: AAHPERD Fitness Task Force. 1989.
- CORDEIRO R C, DIAS R C, DIAS R C et al. Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas. **Rev de Fisioter**. v.9, p. 69-77, 2002.
- COSTA, E, C., NAKATANI, A. Y. K., BACHION, M. M. Capacidade de idosos as comunidades para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, n. 1, p. 43-35, 2006.

COUTRIM. Idosos Trabalhadores: perdas e ganhos nas relações internacionais. **Sociedade e Estado**. v.21, n.2, p. 367-390, 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.

FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life: current os artstate. **Archive Physical Medicine Rehabilitation**, v. 9, p. 23-56, 1982.

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.

FUENTES L, MALLOY-DINIZ D et al. Avaliação Neuropsicológica. Porto Alegre. Artmed. 2010.

GALISTEU, K. J.; FACUNDIM, S. D.; RIBEIRO, R. C. H. M.; SOLER, Z. A. S. G. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v.13, n.4, p. 209-214, 2006.

GORDILHO A et al. 2000. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral aos idosos. UNATI (UERJ), Rio de Janeiro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico: Resultados preliminares**. Rio de Janeiro; 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 10-02-2014.

LAWTON, M.P., and Brody, E.M. “Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living.” *Gerontologist*. n.9, p.179-186, 1969.

LEBRO, M. L.; LAURENTINI, R.; Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo sabe no município de São Paulo. **Ver Bras. Epidemiol**. v.8, n.2, p. 127-41, 2005.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento do Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6ªed. Rio de Janeiro: MEDSI, p 499-513, 2003.

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 idoso de uma unidade do programa de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 7, p. 1545-1555, Jul, 2008.

MARKWICK A., ZAMBONI G., De JAGER C. A. Profiles of cognitive subtest impairment in the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a research cohort with normal Mini-mental State Examination (MMSE) scores. **J Clin Exp Neuropsychol**. v.34, n. 7, p. 750-757, 2012.

MIYATA, D. F.; VAGETTI, G. C.; FANHANI, H. R.; PEREIRA, J. G.; ANDRADE, O. G. Políticas e programas na atenção à saúde idoso: um panorama nacional. **Arquivo de Ciências da Saúde – Unipar**. V. 9, n. 2, p. 135-140, maio/agosto 2005.

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

MUCHALE S. M. Cognição e equilíbrio postural na doença de Alzheimer (Tese). São Paulo: FMUSP, 88p, 2007.

NAHAS M V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina. Miodiograf. 2001.

NASREDDINE, Z., PHILLIPS, N. A., BÉDIRIAN, V., CHARBONNEAU, S., WHITEHEAD, V., COLLIN, I., CUMMINGS, J. L., & CHERTKOW, H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *American Geriatrics Society*, n.53, p. 695-699, 2005

NASSER-GONÇALVES, L. H. T. Avaliação de uma escala de medida de qualidade de vida. **Texto contexto Enfermagem**, Florianopolis, v.8, n.99-110, set./dez. 1999.

NÉRI, A L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas, SP: Papirus, 2001.

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 em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.13, n.5, p.376-382, 2008.

ORDONEZ, T. N.; CACHIONI, M. Motivos para frequentar um programa de educação permanente: relato dos alunos da universidade aberta à terceira idade da Escola de Artes, ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. **Ver. Bras. geriatr. gerontol**. Rio de Janeiro, v.14, n.14, 2011.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Obtido em 20 de maio de 2014, Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>

PASKULIN L. M. G; VIANA 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.757-68, 2007.

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

RIBEIRO A. M. Aspectos Bioquímicos: envelhecimento cerebral normal e demências. In: de Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

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.

SANTOS L D, SALMELA L F T, LELIS F O et al. Eficácia da Atividade Física na manutenção do desempenho funcional do idoso: revisão de literatura. **Rev Fisioter Brasil**. 2011.

SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. A.; Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: Uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Epidemiol Serv Saude*. V.17, n.3. p.177-186, 2008.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C.; FERNANDES, M. G. M.; HENRIQUES, M. E. R. M. Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.6, p. 757-764, nov/dez, 2002.

SIMONEAU, A.; OLIVEIRA, D. Programa universitário para pessoas idosas: a estrutura da representação social. **Arq. Bras de Psicologia**, Rios de Janeiro, v.63, n,1, 2011.

SULLIVAN M. D.; KEMPEN G. I. J. M.; VAN SONDEREN, E.; ORMEL, J. Models of health related quality of life in a population of community-dwelling dutch elderly. **Quality of life Research**, v.8, p.801-810, 2001.

URSINE, P. G. S. Estudo da Prevalência e Perfil Sócio demográfico e de Saúde dos Idoso Restritos ao Domicílio no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Dissertação de Mestrado em Saúde da Família**. Universidade Estácio de Sá: Rio de Janeiro, 2007.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.

VERAS, R. P. **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UnATI, p. 23-27, 2001.

WEBBER A. Avaliação da propensão a quedas em idosos institucionalizados e não institucionalizados correlacionando com nível de cognição e equilíbrio (monografia). Cascavel: UNIOESTE, 47p, 2004.

ZANINI-SCHLINDWEIN R. Dementia in the elderly: Neuropsychological aspects. **RevNeurociên**. 18(2):220-226. 2010.