



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

**TATIANE MILENA DE SOUZA TORRES**

**REPERCUSSÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO NA CAPACIDADE  
FUNCIONAL DE IDOSOS DE ZONA URBANA E ZONA RURAL: UM  
ESTUDO COMPARATIVO**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

**TATIANE MILENA DE SOUZA TORRES**

**REPERCUSSÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO NA CAPACIDADE  
FUNCIONAL DE IDOSOS DE ZONA URBANA E ZONA RURAL: UM  
ESTUDO COMPARATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em formato de artigo apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

T693r Torres, Tatiane Milena de Souza.

Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional de idosos de zona urbana e zona rural [manuscrito] : Um estudo comparativo / Tatiane Milena de Souza Torres. - 2017.

36 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação: Profa. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz, Departamento de Fisioterapia".

1. Saúde do idoso. 2. Cognição. 3. Envelhecimento. 4. Capacidade funcional. I. Título.

21. ed. CDD 618.97

TATIANE MILENA DE SOUZA TORRES

**REPERCUSSÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO NA CAPACIDADE  
FUNCIONAL DE IDOSOS DE ZONA URBANA E ZONA RURAL:  
UM ESTUDO COMPARATIVO**

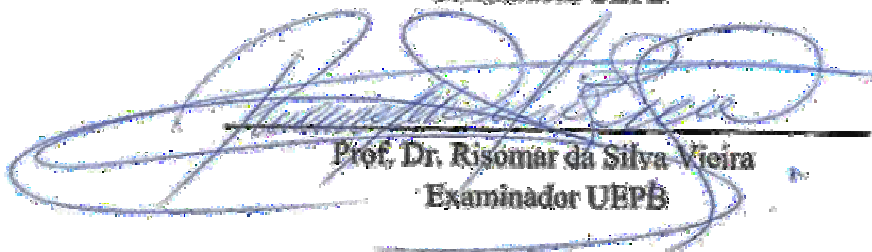
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)  
apresentado, na modalidade de artigo  
científico, ao departamento de Fisioterapia  
da Universidade Estadual da Paraíba  
como requisito para obtenção do título de  
Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 09/04/2017.

Banca Examinadora



**Prof.ª Dra. Alessandra Ferreira Tomaz**  
**Orientadora UEPB**



**Prof. Dr. Risomar da Silva Vieira**  
**Examinador UEPB**



**Prof. Ms. Rosalba Maria dos Santos**  
**Examinadora UEPB**



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>05</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>09</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>22</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>28</b>

# REPERCUSSÃO DO DECLÍNIO COGNITIVO NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DE ZONA URBANA E ZONA RURAL: UM ESTUDO COMPARATIVO

TORRES, Tatiane Milena de Souza<sup>1</sup> TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>.

## RESUMO

O envelhecimento é uma realidade mundial nos países industrializados e nos que estão em desenvolvimento. As alterações decorrentes deste processo estão associadas aos aspectos físicos, cognitivos, condições emocionais, sociais e econômicas, e também podem ser influenciadas pela região geográfica de origem e da localização de moradia. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é comparar a repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos residentes na zona urbana e na zona rural, na cidade de São Sebastião do Umbuzeiro/PB. Este estudo caracterizou-se como descritivo, transversal e quantitativo, de caráter comparativo. Foram entrevistados 138 indivíduos da zona urbana e 86 da zona rural, totalizando 224 idosos. Foram utilizados para coleta de dados um questionário sociodemográfico, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Os dados foram analisados através da estatística descritiva e inferencial. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEPB nº de CAAE 59887416.4.0000.5187. Observou-se nas zonas urbana e rural, a prevalência de idosos do sexo feminino, com 60 a 69 anos, casados, residentes com familiares e/ou cuidadores, renda de 2 a 3 salários mínimos, histórico de patologias prévias, aposentados, sedentários, não fumantes e não etilistas. A baixa escolaridade predominou na população rural. Os menores escores do MEEM e da escala de Lawton foram encontrados na população rural. Conclui-se que houve diferença estatisticamente significativa quando comparados o MEEM e a escala de Lawton entre ambas as populações, porém não houve associação com sintomas depressivos. Logo, há repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional da população rural, quando comparados a população urbana de São Sebastião do Umbuzeiro/PB.

**Palavras chave:** Atividades de Vida Diária; Cognição; Envelhecimento.

---

<sup>1</sup> tatianetorres16@gmail.com, acadêmica do 10º período de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), <sup>2</sup> alecsandratomaz@hotmail.com, professora do Departamento de Fisioterapia da UEPB.

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade mundial, uma vez que ocorre tanto nos países industrializados como naqueles que estão em desenvolvimento. O aumento do número de idosos decorre de menores taxas de mortalidade e de fecundidade, com aumento da expectativa de vida (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

Nos países em desenvolvimento, o fenômeno do envelhecimento avança rapidamente, mas sem modificações socioeconômicas adequadas. Estima-se que o número de idosos passará de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060, no Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

A população idosa apresenta características semelhantes, no entanto, não se pode assegurar que todos os seres diante de uma nova idade terão as mesmas necessidades e particularidades. É necessário levar em consideração as diferenças regionais, culturais, ambientais e as condições socioeconômicas, físicas e mentais, uma vez que estas podem alterar as condições de vida dos idosos (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

As alterações decorrentes do processo de envelhecimento são, inicialmente, discretas, aumentando progressivamente em função do tempo. O comprometimento funcional acontece juntamente com as modificações morfológicas e estruturais do envelhecimento, ocorrendo em todo o organismo, mas sendo diferente de um órgão a outro e entre os indivíduos (CARVALHO FILHO, 2007).

Segundo Sposito et al., (2013), a dependência funcional e a mobilidade estão associadas com piores condições de vida. Porém, além dos aspectos físicos, a dependência do indivíduo envolve os aspectos cognitivos, as condições emocionais, sociais e econômicas (RAMOS, 2005 apud MACÊDO et al., 2012).

Um fator que merece destaque na avaliação da capacidade cognitiva e funcional é o nível educacional. Macêdo et al., (2012) observaram que entre os idosos que apresentaram declínio cognitivo, o percentual de analfabetos foi maior, bem como a escolaridade baixa associou-se com maior incapacidade funcional.

Trindade et al., (2013) afirmam em seu estudo que os idosos institucionalizados possuem uma menor atividade funcional associada a um menor desempenho cognitivo e

maior estado de depressão que idosos não institucionalizados. Com isso, associa-se que a depressão e a demência levam à diminuição funcional.

Sabendo que com o processo de envelhecimento surgem alterações, como as cognitivas e as funcionais, torna-se relevante o diagnóstico destas para que intervenções terapêuticas sejam adotadas precocemente visando uma maior participação na sociedade e maior qualidade de vida para os idosos.

Além disso, diferenças na infraestrutura e nas características entre a zona urbana e a rural podem prejudicar as condições de saúde e as condições de vida de idosos quando estes não são atendidos de acordo com as suas necessidades, uma vez que o processo de envelhecimento também sofre influência da região geográfica de origem e da localização de moradia (SANTOS et al., 2013a).

Logo, é importante compreender, de maneira ampla, o processo de envelhecimento, enxergando o idoso na sua individualidade e segundo as suas especificidades.

Sendo assim, este estudo tem por objetivo comparar a repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos residentes na zona urbana e na zona rural, na cidade de São Sebastião do Umbuzeiro/PB.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, com declínio das funções morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à morte (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005; PAPALÉO NETTO, 2007).

Apesar do fenômeno do envelhecimento ser uma realidade mundial, a visão negativa sobre a velhice ainda predomina na sociedade ocidental, devido ao olhar direcionado às perdas, doenças e incapacidades presentes durante esta fase da vida e que podem afetar as condições de vida dos indivíduos (ARAÚJO; SÁ; AMARAL, 2011).

O envelhecimento constitui-se em um processo recente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, que ocorre em uma velocidade nunca antes registrada. Por isso, é necessário

que medidas sociais, previdenciárias e sanitárias sejam adotadas para que haja maior ordem e funcionamento na sociedade (ALBERTE; RUSCALLEDA; GUARIENTO, 2015).

Além disso, este processo pode ser influenciado pela discriminação e exclusão associadas ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), o número na proporção de idosos passará de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060. Em 2030, este grupo será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade, e em 2055 a participação dos idosos será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade. A razão de pessoas de 60 anos ou mais de idade passará de 14,9 para 19,6 para cada grupo de 100 pessoas em idade ativa. Isto resulta em queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e no aumento da expectativa de vida populacional.

A transição demográfica decorre da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade associada ao aumento da expectativa de vida, este fenômeno é uma realidade mundial, resultando em um aumento na proporção do número de idosos. Pode ser atribuído às mudanças nos hábitos de vida, como também, aos avanços da medicina e da tecnologia, associado com o baixo índice de fecundidade constatado nos últimos anos, devido, principalmente, a saída da mulher para o mercado de trabalho (SILVA; DAL PRÁ, 2014).

Paschoal, Franco e Salles (2007) afirmam que, os países desenvolvidos apresentam um maior desenvolvimento socioeconômico e cultural, uma vez que a transição demográfica se deu gradualmente, em um maior período de tempo, diferente do Brasil, onde essa mudança foi brusca e sem preparação.

Com a transição demográfica surge a transição epidemiológica, sendo caracterizada pela mudança nos padrões de morbimortalidade, ou seja, a morte por doenças infectoparasitárias será substituída pelo aumento das doenças crônico-degenerativas, que serão a principal causa de morte e incapacidade no mundo, trazendo enormes custos com os cuidados de saúde para toda a sociedade (LITVOC; BRITO, 2004; CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005).

Diante da transição demográfica e do aumento na esperança de vida, é importante ofertar a população idosa qualidade nos anos adicionais adquiridos com a longevidade, sendo

assim, deve-se conhecer as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e procurar manter o idoso inserido na sociedade de forma ativa e participativa, garantindo-lhe direito a saúde e qualidade de vida.

Além dos aspectos físicos, a dependência do indivíduo envolve outros aspectos como os cognitivos, as condições emocionais, sociais e econômicas (RAMOS, 2005 apud MACÊDO et al., 2012).

As queixas referentes aos distúrbios cognitivos são frequentes durante o envelhecimento. Estas podem acontecer por motivos de múltiplas doenças, estresse, ansiedade e depressão, como também por demências. O avanço da idade está associado a um declínio no desempenho cognitivo (COLCOMBE, 2003 apud COELHO et al., 2012).

Segundo Coelho et al., (2012), na avaliação cognitiva a escolaridade merece destaque, uma vez que o desempenho nas escalas de avaliação cognitiva pode ser influenciado pelo nível educacional do idoso. Em um estudo desenvolvido por Macêdo et al., (2012) observou-se que o percentual de analfabetos foi maior nos idosos com declínio cognitivo, bem como a escolaridade baixa associou-se com maior incapacidade funcional.

A saúde tanto física quanto mental, os papéis sociais e fatores ambientais juntamente com a capacidade funcional refletem na função cognitiva de cada indivíduo (VEENHOVEN, 1996 apud SPOSITO et al., 2013). Por isso, vale salientar a importância de investigar a capacidade cognitiva e funcional da população idosa para promover independência, autonomia e, conseqüentemente, melhores condições de vida na velhice, favorecendo o envelhecimento ativo.

Para melhor compreender o processo de envelhecimento é necessário ter uma visão global, entendendo os problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos, além do biofisiológico (PAPALÉO NETTO, 2007). Devido a estas modificações pode ocorrer perda da funcionalidade, limitando a autonomia e independência do indivíduo (MACIEL, 2010).

A funcionalidade é um importante indicativo de saúde e percepção de qualidade de vida da população idosa. Apesar de estar associada com o processo de envelhecimento fisiológico, também pode ter causa complexa e multifatorial, favorecendo a perda de independência e autonomia do idoso (SANTOS; GRIEP, 2013).

Através da avaliação da capacidade funcional, é possível inteirar-se sobre o melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos indivíduos (SANTOS;

VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Esta, deve ser avaliada a fim de detectar limitações e potencialidades, para que sejam traçados roteiros de ação, com medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (NAKATANI et al., 2009).

Em um estudo realizado por Nunes et al., (2010) observou-se que, os fatores associados com a dependência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foram déficit cognitivo, idade maior ou igual a 80 anos, equilíbrio e mobilidade prejudicados, doença pulmonar obstrutiva crônica, presença de doenças, depressão, hipertensão arterial, ter idade entre 70 e 79 anos e sexo feminino.

Segundo Sposito et al., (2013), a independência funcional e a mobilidade estão associadas com melhores condições de vida. Logo, o idoso independente tem uma melhor percepção da sua saúde, e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Outros fatores que tendem a influenciar o envelhecimento saudável são à região geográfica de origem e à localização de moradia. Sendo assim, Dal Pizzol et al., (2012, p. 106) afirmam que a definição de zona urbana ou rural segue os critérios estabelecidos em lei municipal, a qual define:

zona urbana como aquela que apresenta melhoramentos em pelo menos dois dos seguintes itens: meio-fio ou calçamento, abastecimento de água, sistema de esgotos sanitários, rede de iluminação pública, escola ou posto de saúde próximos. A zona rural é definida como área utilizada em atividades agropecuárias, agroindustriais, extrativismo, silvicultura e conservação ambiental.

Diferenças na infraestrutura e nas características entre a zona urbana e a rural podem prejudicar as condições de saúde e as condições de vida de idosos quando estes não são atendidos de acordo com as suas necessidades (SANTOS et al., 2013a).

Portanto, torna-se importante compreender as diferenças entre estes dois espaços para promover um maior acesso aos recursos de saúde, tanto para a população idosa da zona urbana como da rural. Diante do aumento na proporção do número de idosos, é fundamental o conhecimento acerca deste assunto, considerando as particularidades territoriais e as condições deste grupo populacional.

A qualidade de vida é um importante marcador nos ambientes urbano e rural, e os profissionais de saúde devem estar atentos para detectar aspectos que necessitem de intervenção. As especificidades, preferências e possibilidades de cada idoso devem ser consideradas, de acordo com o local de moradia, uma vez que as características

sociodemográficas de idosos residentes na zona urbana e rural são diferentes. (TAVARES et al., 2013).

De acordo com as especificidades locais, considera-se que os hábitos de vida, crenças e valores dos idosos residentes em diferentes locais possam interceder na procura e no acesso pelos serviços de saúde. Os idosos que residem na zona rural enfrentam os problemas de saúde do envelhecimento e maiores barreiras, devido a menor disponibilidade, a distância e as dificuldades de deslocamento aos serviços do qual necessitam. Estas barreiras aumentam à medida que aumenta a idade do indivíduo, fazendo com que estes utilizem menos os serviços de saúde (DAL PIZZOL et al., 2012).

Morais, Rodrigues e Gerhardt (2008) afirmam que os idosos residentes na zona rural estão envelhecendo do mesmo modo que os que vivem na zona urbana, porém há diferenças entre estes além dos aspectos quantitativos e dimensionais, existindo também diferenças qualitativas.

Em um estudo realizado por Tavares et al., (2015), a análise da qualidade de vida apresentou diferenças nos menores escores segundo o local de moradia. Os menores escores na avaliação da qualidade de vida de idosos estiveram no domínio físico para os idosos da zona urbana e no meio ambiente para os idosos da zona rural. Em relação a faceta, os menores escores para os idosos da zona urbana foram autonomia e participação social para os da zona rural.

Perante o exposto, é possível compreender as especificidades entre este grupo populacional de acordo com o local em que residem. Sendo assim, torna-se relevante comparar se há modificações nos idosos de zona urbana e de zona rural avaliando a repercussão cognitiva na capacidade funcional.

### **3 METODOLOGIA**

Esta pesquisa caracterizou-se como descritiva, transversal e quantitativa, de caráter comparativo. A coleta de dados foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. João Feitosa Ventura, situada na Rua Antônio Ventura Caraciolo - s/n, Centro, no município de São Sebastião do Umbuzeiro, Paraíba, no período de outubro a dezembro de 2016, após a aprovação do Comitê de Ética, sob o número CAAE 59887416.4.0000.5187.



A população de idosos que reside na zona urbana e rural desta cidade, atendida pelas Unidades Básicas é de 576 indivíduos, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de São Sebastião do Umbuzeiro. A população constituinte da amostra foi representada pelos idosos residentes nesta cidade que são cadastrados pelas Unidades Básicas do município. Para tanto, foi realizado o cálculo amostral com base na população já mencionada. Estes foram selecionados por acessibilidade, atendendo os critérios de inclusão da pesquisa, constituindo uma amostra de 236 idosos, sendo 149 idosos da zona urbana e 87 da zona rural.

Os critérios de inclusão foram idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana ou rural da referida cidade, assistidos pelas Unidades Básicas de Saúde do município e que concordassem com a pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os idosos que apresentaram doenças neurológicas prévias, problemas auditivos ou acamados e questionários de avaliação incompletos. Ao término da coleta, conseguiu-se 224 idosos, sendo 138 residentes na zona urbana e 86 na zona rural.

Os instrumentos utilizados na coleta dos dados foram inicialmente, o questionário sociodemográfico com informações para caracterizar a população, abrangendo identificação, idade, sexo, estado civil, escolaridade, endereço, coabitação, renda familiar, prática de atividade física, fumo, etilismo, patologias prévias, aposentadoria e profissão (APÊNDICE A), seguido do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), da Escala de Lawton e Brody (ANEXO B) e da Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (ANEXO C).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é uma escala prática e útil, amplamente utilizada na população idosa para avaliar o estado mental, através das funções cognitivas. É composto por itens que avaliam a orientação, memória, atenção, capacidade de nomeação, obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo, perfazendo no total 30 pontos (MELO; BARBOSA, 2015). Os pontos de corte devem ser ajustados de acordo com o nível educacional, uma vez que este relaciona-se com o desempenho do MEEM. Para analfabetos, 13 pontos; para indivíduos com baixa ou média escolaridade, 18 pontos; e para aqueles com alto nível de escolaridade, 26 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994 apud MELO; BARBOSA, 2015).

A escala de Lawton e Brody é um questionário de atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), para avaliar a independência de um indivíduo em três setores – cuidados pessoais, cuidados com a casa e mobilidade - em atividades como usar o telefone, preparar

refeições, fazer compras, controlar o dinheiro, arrumar a casa, tomar medicamentos, caminhar ou utilizar meios de transporte. Seus escores são: independente (21 pontos), dependente parcial (entre 6 e 20 pontos), dependente total (menor ou igual a 5 pontos) (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Por fim, o instrumento utilizado foi a escala de Yesavage que é uma das escalas mais utilizadas para avaliar o estado afetivo dos idosos. Este teste é composto por 30 perguntas simples e diretas sobre como se sentia o indivíduo na semana que se passou, pontuação maior que 10 é indicativo de depressão (YESAVAGE et al., 1983 apud PETRY; NERY; GONÇALVES, 2014).

Os dados foram submetidos à análise através da estatística descritiva com o uso de planilha do Excel (Office do Microsoft, versão 2010) e os resultados foram organizados de forma descritiva sendo expostos em tabelas e, em seguida, analisados e confrontados com a literatura pertinente. Além disso, para a correlação da zona urbana com a zona rural, a análise foi inferencial sendo realizado o teste t-student, considerando 5% de significância ( $p$ -valor  $\approx 0,000 < 0,05$ ).

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo foi composto por 224 idosos, sendo 138 residentes na zona urbana e 86 residentes na zona rural. 11 idosos da zona urbana e 1 idoso da zona rural não participaram da pesquisa, 9 por motivo de recusa e 3 por não preencher os critérios de inclusão.

Na zona urbana, observou-se a prevalência de idosos do sexo feminino (64,49%), com maior percentual entre 60 a 69 anos de idade (48,60%), com cônjuge (53,62%), os maiores percentuais de escolaridade prevaleceram entre 1 a 4 anos (61,60%), a maioria vive com familiares e/ou cuidadores (79,71%), com 2 a 3 salários mínimos (73,20%), com patologias prévias (78,30%), aposentados (94,90%) e a maioria exerce atividade relacionada aos afazeres domésticos (44,20%), conforme a tabela 1.

Na população rural, notou-se resultados semelhantes, maioria do sexo feminino (53,49), com maior percentual entre 60 a 69 anos de idade (54,70%), com cônjuge (58,14%), com maiores percentuais de 1 a 4 anos de estudo (67,40%) e analfabetos (26,70%), vivem, em sua maioria (81,40%), com familiares e/ou cuidadores, com 2 a 3 salários mínimos (65,10%), apresentam patologias prévias (70,90%), aposentados (94,20), a maioria exerce a atividade da agricultura (53,49%), de acordo com a tabela 1.

**Tabela 1** – Dados demográficos e socioeconômicos dos idosos da zona urbana e zona rural residentes em São Sebastião do Umbuzeiro/PB.

VARIÁVEIS	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	89	64,49%	46	53,49%
Masculino	49	35,51%	40	46,51%
<b>Idade</b>				
60  --  69	67	48,60%	47	54,70%
70  --  79	53	38,40%	27	31,40%
80 anos ou mais	18	13,00%	12	14,00%
<b>Estado Civil</b>				
Com Cônjuge	74	53,62%	50	58,14%
Sem cônjuge	64	46,38%	36	41,86%
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	15	10,90%	23	26,70%
1 a 4 anos	85	61,60%	58	67,40%
5 a 8 anos	22	15,90%	4	4,70%
9 a 11 anos	9	6,50%	1	1,20%
Mais de 11 anos	7	5,10%	0	0%
<b>Coabitação</b>				
Sozinho	28	20,29%	15	18,60%
Com Familiares e/ou Cuidadores	110	79,71%	71	81,40%
<b>Renda Familiar</b>				
Até 1 Salário Mínimo	33	23,90%	30	34,90%
de 2 a 3 Salários Mínimos	101	73,20%	56	65,10%
Mais de 3 Salários Mínimos	4	2,90%	0	0%
<b>Patologias</b>				
Sim	108	78,30%	61	70,90%
Não	30	21,70%	25	29,10%
<b>Aposentadoria</b>				
Sim	131	94,90%	81	94,20%
Não	7	5,10%	5	5,80%
<b>Profissão</b>				
Agricultor	10	7,24%	46	53,49%
Dona de Casa	61	44,20%	17	19,77%
Rendeira	17	12,32%	4	4,65%
Serviços Gerais	15	10,87%	1	1,16%
Comerciante	8	5,80%	0	0%
Professor	1	0,73%	0	0%
Não Realiza	26	18,84%	18	20,93%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos como os de Santos et al., (2013a), onde o sexo feminino prevaleceu tanto na população urbana (69%) como na rural (65,4%) e de Barbosa et al., (2015), no qual a população feminina urbana correspondeu a 75% e a rural a 65%. Estudos realizados apenas na zona rural como o de Mendes et al., (2015), Rodrigues et al. (2015a) e Pinto et al., (2016), também apontam para o predomínio na população feminina nesta área, 57,9%, 63,6% e 56,1%, respectivamente.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Censo Demográfico (2010), o percentual de mulheres idosas residentes na zona urbana de São Sebastião do Umbuzeiro corresponde a 16,84% e 14,06% na zona rural. Porém, na população idosa masculina os números são de 13,03% na área urbana e 15,19% rural, indicando que há um maior percentual de homens na população rural. Tavares et al., (2015) obtiveram resultados semelhantes no qual na zona urbana prevaleceram as mulheres, enquanto na rural, os homens, com 62,5% e 52,8%, respectivamente.

Estudos apontam para o maior percentual de mulheres durante o processo de envelhecimento, fenômeno conhecido por feminização da velhice. A taxa de sobrevivência destas se mantém superior à dos homens, mesmo considerando os desníveis regionais. A predominância da população feminina é resultado da maior mortalidade masculina, como também, ao longo da vida, estiveram menos expostas a situações de risco quando comparadas aos homens e procuram mais os serviços de saúde, adotando hábitos de vida mais saudáveis. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, para cada 100 mulheres idosas, existem 78,6 homens idosos (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008; LEITE et al., 2012; SANTOS et al., 2013b; SANTOS; GRIEP, 2013; PORCIÚNCULA et al., 2014; CAMARANO 2003 apud SILVA; DAL PRÁ, 2014).

Quanto à faixa etária, este estudo corrobora com os achados de Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012), Tavares et al., (2013) e Pinto et al., (2016), diferentemente dos estudos de Mendes et al., (2015) e Rodrigues et al., (2015b) que observaram um maior predomínio na faixa etária de 60 a 79 anos. Segundo o IBGE há uma prevalência de idosos jovens (60 a 69 anos) na população brasileira (LEITE et al., 2012).

Santos et al., (2013a), Tavares et al., (2013), Barbosa et al., (2015), Rodrigues et al., (2015a) e Pinto et al., (2016) verificaram, em suas pesquisas, que a maioria dos idosos eram casados, dados que vão ao encontro a esta pesquisa. No entanto, Tavares et al., (2015) observaram um predomínio de pessoas com companheiro na população rural e sem companheiro na população urbana.

Pinto et al., (2014) e Mendes et al., (2015) encontraram resultados similares no que se refere à escolaridade, onde 65,3% da população rural são analfabetos e 34,7% são alfabetizados. No entanto, Santos et al., (2013a) averiguaram que na população rural o maior percentual foi de 4 a 8 anos de escolaridade, enquanto na zona urbana foi de 1 a 4 anos, semelhante ao que foi encontrado por Tavares et al., (2013), Rodrigues et al., (2015a) e Heitor, Rodrigues e Tavares (2016), que na zona rural, a maioria dos idosos tinha de 4 a 7 anos de estudo.

Face ao exposto, o baixo nível de escolaridade pode ser justificado, segundo Tavares et al., (2015) porque o Brasil, com suas diferenças regionais e culturais não ofertou, em décadas anteriores, a mesma oportunidade de acesso à educação para esta população. A maioria dos idosos com baixa escolaridade, no momento da entrevista, relatou que na época quando crianças, eram obrigados a ajudar os pais na agricultura para garantir a sobrevivência, como também havia uma maior dificuldade de acesso às escolas. Em consonância com o descrito, Santos et al., (2013b) afirmam que o acesso à aulas era dificultado pela condições socioeconômicas precárias associadas a não valorização da educação formal, especialmente na zona rural. Com isso, os meninos ajudavam os pais na lavoura e as meninas, ajudavam as mães nas atividades domésticas.

Com relação a coabitação, os achados de Silva e Dal Prá (2014), Tavares et al., (2015) e Pinto et al., (2016) corroboram com esta pesquisa, onde foi observado que a maioria dos idosos mora com mais alguém. O arranjo multigeracional pode decorrer por questões culturais, econômicas e de saúde, sendo um fenômeno frequente em países em desenvolvimento, como o Brasil (NUNES et al., 2010; SANTOS; GRIEP, 2013; PORCIÚNCULA et al., 2014).

Dal Pizzol et al., (2012) afirmam que a população urbana possui maior renda em relação à rural, semelhante aos achados desta pesquisa. Resultados opostos foram encontrados por Santos et al., (2013a) e Rodrigues et al., (2015b) entre os quais a maioria das pessoas do ambiente urbano e rural apresentava renda individual de 1 salário mínimo. Santos et al., (2013a) ainda enfatizam que a população rural apresenta maior percentual de rendimento acima de 1 salário mínimo em relação à urbana. Pinto et al., (2016) condizente com esta pesquisa, relatam que a maioria dos idosos rurais exibem de 1 a 2 salários mínimos. Maiores rendas estão associadas ao recebimento da aposentadoria juntamente com a execução de atividades laborais, como foi observado neste estudo (TAVARES et al., 2013).

Macêdo et al., (2012) alegam que durante o processo de envelhecimento, é esperado que os idosos apresentem alguma patologia crônica. Dal Pizzol et al., (2012) e Barbosa et al., (2015) identificaram que a maioria dos idosos urbanos e rurais são portadores de duas ou mais doenças crônicas, corroborando com os dados do presente estudo.

Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012), Silva e Dal Prá (2014) e Pinto et al., (2016) observaram que a maioria dos idosos são aposentados, confirmando os dados desta pesquisa. A aposentadoria não é considerada sinônimo do fim do trabalho, como analisado neste estudo, o retorno ou a manutenção das atividades laborais decorre da necessidade de aumentar a renda ou como um meio de socializar, interromper suas atividades pode significar o anúncio da decadência, principalmente, com os idosos jovens rurais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013; TAVARES et al., 2013).

Em relação a atividade laboral, resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Bertuzzi, Paskulin e Morais (2012) e Pinto et al., (2016), onde a maioria dos idosos continuavam trabalhando. Este último autor relata que a atividade laboral mais exercida na zona rural era a agricultura, assim como foi verificado por Reis, Reis e Torres (2015). Em contrapartida, Tavares et al., (2011) e Pegorari et al., (2015) observaram que a maioria dos idosos rurais realizavam atividades domésticas, seguida pela agricultura, o que difere do encontrado no presente estudo. Devido as condições de vida de épocas passadas, as mulheres, em sua maioria, tornavam-se donas de casa e auxiliavam na lavoura, quando residentes na zona rural, devido a falta de oportunidade de emprego (TAVARES et al., 2011).

A maioria dos idosos referiu a presença de mais de uma patologia prévia, sendo as mais frequentes, em ambas as localidades, a hipertensão arterial (61%) e (59%) e as doenças reumáticas (19%) e (20%) na zona urbana e zona rural, respectivamente, como pode ser visto pela tabela 2.

**Tabela 2** – Patologias prévias relatadas pelos idosos das zonas urbana e rural de São Sebastião do Umbuzeiro/PB.

Patologias	ZONA URBANA		ZONA RURAL	
	N	%	N	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	84	61%	51	59%
Diabetes Mellitus	26	19%	11	13%
Doenças Reumáticas	26	19%	17	20%
Doenças Circulatórias	10	7%	0	0%
Doenças Cardíacas	8	6%	8	9%
Doenças da Tireoide	0	0%	3	3%

Patologias	ZONA	URBANA	ZONA	RURAL
	N	%	N	%
Labirintite	5	4%	4	5%
Outras	6	4%	3	0%
Não Relata	31	22%	25	29%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Em consonância com os dados citados na tabela 2, Santos et al., (2013a), Alberte, Ruscalleda e Guariento (2015) e Pinto et al., (2016) verificaram que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a doença mais prevalente entre os idosos. Barbosa et al., (2015) verificaram que além da HAS, os idosos urbanos e rurais possuíam o diabetes mellitus. Entretanto, Tavares et al., (2013) constataram que as morbidades mais prevalentes entre homens e mulheres rurais foram problemas na coluna e problemas de visão (52,3%) e (62,5%), seguido de hipertensão arterial (47,5%) e (62,3), respectivamente, semelhante aos achados de Porciúncula et al., (2014) e Rodrigues et al., (2015a). Pegorari et al., (2015) enfatizam que as morbidades são mais frequentes em indivíduos inativos.

Tanto na zona urbana (63,77%) quanto na zona rural (69,77%), um elevado número de pessoas não praticavam atividade física. A grande maioria não fumava (88,41%), (83,72%) e não consumia bebida alcoólica, (89,90%) e (91,90%), na zona urbana como na zona rural respectivamente, conforme a tabela 3.

**Tabela 3** – Prática de atividade física e hábitos sociais de idosos da zona urbana e zona rural residentes em São Sebastião do Umbuzeiro/PB.

Variáveis	ZONA	URBANA	ZONA	RURAL
	N	%	N	%
<b>Atividade Física</b>				
Sim	50	36,23%	26	30,23%
Não	88	63,77%	60	69,77%
<b>Fumo</b>				
Sim	16	11,59%	14	16,28%
Não	122	88,41%	72	83,72%
<b>Etilismo</b>				
Sim	14	10,10%	7	8,10%
Não	124	89,90%	79	91,90%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Pegorari et al., (2015) observaram que apenas 15,5% dos idosos residentes em áreas rurais praticavam atividade física. Uma possível explicação para a alta porcentagem de sedentarismo seria o déficit de informações fornecidas sobre os benefícios da prática regular de atividade física, somado a isso, no ambiente rural, outros fatores também poderiam influenciar de forma negativa, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e transporte a essas localidades. Contudo, resultados opostos foram identificados por Pinto et al., (2014) e Mendes et al., (2015), onde 64,2% dos idosos não eram sedentários, semelhante aos dados encontrados por Rodrigues et al., (2015b) no qual a maioria dos idosos eram ativos. Vale ressaltar que, durante a entrevista, muitos idosos referiram o abandono à esta prática após terem sido acometidos pelo vírus Chikungunya e permanecerem com sequelas.

Em relação aos hábitos sociais, esses achados corroboram com os estudos de Tavares et al., (2013), Cordeiro et al., (2014), Pinto et al., (2014) e Rodrigues et al., (2015b) onde a maioria dos idosos não tinha o hábito de fumar e consumir bebida alcoólica. Os baixos percentuais de fumo e etilismo podem ser resultantes de políticas públicas que estimulam a adoção de hábitos de vida saudáveis (PEGORARI et al., 2015).

Em relação ao teste de rastreio do declínio cognitivo (MEEM), na zona urbana 50% dos entrevistados obtiveram resultado menor que 21 pontos (valor médio de 21,25), Escala de Lawton menor que 18,5 pontos (valor médio de 18,06) e Escala de Yesavage menor que 7 pontos (valor médio de 7,33), ilustrado pela tabela 4.

Em contrapartida, na zona rural, 50% obtiveram MEEM menor que 19 pontos (valor médio de 18,24), Lawton menor que 18 pontos (valor médio de 17,4) e Yesavage menor que 7 pontos (valor médio de 7,06), conforme visualizado na tabela 5.

**Tabela 4** – Valores referentes ao mínimo, mediana, média, desvio-padrão e máximo dos idosos residentes na zona urbana nos testes do MEEM, Lawton e Yesavage.

<b>ZONA URBANA</b>						
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Máximo</b>
<b>MEEM</b>	138	7	21	21,25	4	30
<b>Lawton</b>	138	8	18,5	18,06	2,49	21
<b>Yesavage</b>	138	0	7	7,33	3,79	20

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.



**Tabela 5** – Valores referentes ao mínimo, mediana, média, desvio-padrão e máximo dos idosos residentes na zona rural nos testes do MEEM, Lawton e Yesavage.

<b>ZONA RURAL</b>						
<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Máximo</b>
<b>MEEM</b>	86	6	19	18,24	4,3	26
<b>Lawton</b>	86	5	18	17,04	3,42	21
<b>Yesavage</b>	86	2	7	7,06	3,03	18

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Foi realizado o teste t-student, considerando 5% de significância, para verificar se havia diferença significativa entre as médias de MEEM, Lawton e Yesavage urbana e rural. Após análise, foi concluído que os valores médios do MEEM e de Lawton foram maiores na zona urbana ( $p$ -valor  $\approx 0,000 < 0,05$  e  $p$ -valor =  $0,009 < 0,05$ , respectivamente). Com relação a escala de Yesavage não foram observadas diferenças significativas entre as duas áreas ( $p$ -valor =  $0,280 > 0,05$ ).

Corroborando com os achados do presente estudo, Chaves et al., (2015) avaliaram idosos hipertensos e verificaram que, dos que apresentaram declínio cognitivo, 45,83% cursaram menos de quatro anos de estudo, considerando-se que a escolaridade é uma das variáveis que mais está associada ao declínio cognitivo. Segundo Dias et al., (2015), idosos com menos escolaridade apresentam maior probabilidade de declínio quando comparados aos indivíduos com 8 anos de estudo. Além disso, observaram que o risco de declínio foi 2,5 vezes maior entre os idosos com dificuldades em atividades de vida diária. Esses dados vão ao encontro do presente estudo, uma vez que os idosos que apresentaram declínio cognitivo, possuem, em sua maioria, de 1 a 4 anos de estudo ou são analfabetos e apresentam dificuldades para as atividades instrumentais de vida diária.

Em uma pesquisa desenvolvida por Soares, Coelho e Carvalho (2012) houve relação estatisticamente significativa entre escolaridade e capacidade funcional (Índice de Barthel) como também com a capacidade cognitiva (MEEM). Os dados apontaram para que, quanto maior a escolaridade, melhor a capacidade funcional e menor o declínio cognitivo. Pode ocorrer aumento na incidência de sintomas depressivos associados ao comprometimento da capacidade funcional que é fator de risco para depressão. Esses dados estão em consonância com o presente estudo, uma vez que os idosos que apresentaram declínio cognitivo também apresentaram maior dependência para AIVD, no entanto, não houve associação com a incidência de depressão.

Trindade et al., (2013) verificaram que o déficit do estado cognitivo exerce influência na depressão e nas atividades funcionais de vida diária, semelhante aos resultados encontrados. Os idosos não institucionalizados apresentaram maiores valores, significativos, para o MEEM, a escala de Lawton e menores valores na escala de depressão de Yesavage em comparação com os idosos institucionalizados.

Pinto et al., (2016) avaliaram a capacidade funcional de idosos da zona rural e observaram que 54,6% dos idosos foram classificados como totalmente independentes. Para a seleção, era necessário atingir, no mínimo, 13 pontos no MEEM, ou seja, o menor escore indicativo de déficit cognitivo. Entre os idosos independentes, a maioria tinha de 1 a 4 anos de escolaridade. Contrário ao presente estudo, onde os menores índices de escolaridade foram associados à incapacidade funcional, muitos idosos relataram não conseguir executar algumas atividades, como deslocamento a longas distâncias, uso de medicamentos e administração de finanças, devido a falta de estudo, este achado vai ao encontro do estudo de Tavares et al., (2011), onde o analfabetismo foi o fator que mais contribuiu para a incapacidade funcional.

Corroborando com os autores supracitados, em uma pesquisa desenvolvida por Nunes et al., (2010), 45,7% apresentavam dependência parcial e 14,9% dependência total para AIVD. Os fatores associados estatisticamente significantes para dependência foram, déficit cognitivo, idade maior que 80 anos, equilíbrio e mobilidade prejudicados e depressão. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos de Santos e Cunha (2013). Reis, Reis e Torres (2015) afirmam que a inatividade física e mental são fatores que aceleram o declínio funcional do idoso.

Na pesquisa de Nakatani et al., (2009) 58,1% dos idosos possuíam algum grau de dependência, para administrar o seu ambiente e lidar com a vida social, sendo 57,1% com dependência parcial e 1% com dependência total. Estes afirmam que a perda da dependência funcional relaciona-se com a perda da autonomia e isolamento social.

Apesar de a população rural apresentar declínio cognitivo e incapacidade funcional, os quais são considerados, fatores de risco para o desencadeamento de sintomas depressivos, não houve associação estatística. Isso pode ser atribuído ao fato de que mesmo após a aposentadoria, a maioria dos entrevistados continuam exercendo alguma atividade laboral e “ocupando a mente”, e por se tratar de uma cidade de pequeno porte, onde todos se conhecem, as pessoas tendem a se sentir mais tranquilas e seguras, fator importante para uma melhor condição de vida.

## 5 CONCLUSÃO

A maioria dos idosos urbanos e rurais era do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, com cônjuge, residentes com familiares e/ou cuidadores, renda familiar de 2 a 3 salários mínimos, histórico de patologias prévias, aposentados. Diferenças maiores foram encontradas na escolaridade, onde a maioria da população urbana apresentou de 1 a 8 anos de estudo, enquanto a população rural foi composta por analfabetos e de 1 a 4 anos. Quanto aos hábitos sociais, houve maior prevalência de sedentários, não fumantes e não etilistas.

Em relação ao MEEM e a escala de Lawton houve diferença significativa ( $p= 0,000$  e  $p= 0,009$ , respectivamente) quando comparados os valores urbanos e rurais, com menor escore para a população rural, indicando déficit cognitivo e incapacidade funcional nestes indivíduos, porém sem a ocorrência de sintomas depressivos. As principais repercussões do declínio cognitivo na capacidade funcional observadas foram referentes ao deslocamento a longas distâncias, administração de finanças e medicamentos e a realização de compras.

Isso pode estar associado a menor escolaridade observada nesta população e apontada pela literatura como fator agravante para o déficit cognitivo e funcional, como também pelas diferenças de infraestrutura, dificuldade de acessibilidade e pela falta de acesso aos serviços de saúde observadas nesses locais.

A ausência de grandes diferenças nas características sociodemográficas das populações estudadas, podem estar associadas ao fato da cidade ser de pequeno porte e não haver grandes delimitações entre as áreas urbana e rural, porém, foi possível observar diferenças significativas no processo de envelhecimento ao comparar as duas realidades.

Destaca-se o receio que a população exibe em fornecer informações e responder aos instrumentos por medo em relação a questões previdenciárias. Além disso evidencia-se a dificuldade de acesso, principalmente à população rural, que é uma área carente de assistência e de ações voltadas a promoção da saúde e prevenção de doenças, como também pela distância.

Diante do exposto, é perceptível a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que visem promover o envelhecimento ativo e saudável destes indivíduos. Uma maior atenção deve ser dada à população rural, tendo em vista que há maiores dificuldades e que é mais desprovida de cuidados.

## REPERCUSSION OF COGNITIVE DECLINE IN THE FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY URBAN AND RURAL ZONES: A COMPARATIVE STUDY

TORRES, Tatiane Milena de Souza<sup>1</sup> TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>.

### ABSTRACT

Aging is a global reality in industrialized and developing countries. The changes from this process are associated with physical, cognitive, emotional, social and economic aspects, and can be influenced by the geographic region of origin and the home location. According to the stated information, the objective of this study is to compare the impact of cognitive decline on functional capacity in elderly people residing in urban and rural zones, in the city of São Sebastião do Umbuzeiro/PB. This study was characterized as descriptive, cross-sectional and quantitative, of a comparative nature. 138 elderly people from the urban zone and 86 from the rural zone were interviewed, totalizing 224 elderly people. A sociodemographic questionnaire, the Mental State Mini Exam (MSME), the Lawton and Brody Scale of Instrumental Activities for Daily Living, and the Yesavage Geriatric Depression Scale were used for data collection. The data were analyzed through descriptive and inferential statistics. The study was approved by the Ethics Committee of UEPB No. CAAE 59887416.4.0000.5187. In urban and rural areas, the prevalence of elderly women of ages 60 to 69, married, living with relatives and/or caretakers, income from 2 to 3 times the minimum wage, history of previous pathologies, retired, sedentary, nonsmokers and non-alcoholics. Low levels of education predominated in the rural population. The lowest scores of the MSME and the Lawton scale were found in the rural population. It was concluded that there was a statistically significant difference when compared to the MSME and the Lawton scale between both populations, but there was no association with depressive symptoms. Therefore, there is repercussion of the cognitive decline in the functional capacity of the rural population, when compared to the urban population of São Sebastião do Umbuzeiro/PB.

**Key-words:** Activities for Daily Living; Cognition; Aging.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTE, J. de S.P.; RUSCALLEDA, R.M.I.; GUARIENTO, M.E. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. **Rev. Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 13, n. 1, p. 32-39, janeiro-março, 2015.
- ARAÚJO, L.; SÁ, E.C. do N.; AMARAL, E. de B. Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 31, n. 3, p. 468-481, 2011.
- BARBOSA, A.P.; TEIXEIRA, T.G.; ORLANDI, B.; OLIVEIRA, N.T.B. de; CONCONE, M.H.V.B. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 743-754, 2015.
- BERTUZZI, D.; PASKULIN, L.G.M.; MORAIS, E.P. de. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, janeiro-março, 2012.
- CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO FILHO, E.T. de. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 105-119.
- \_\_\_\_\_; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
- CHAVES, A.S.; SANTOS, A.M. dos; ALVES, M.T.S.S.B e; SALGADO FILHO, N. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 545-556, 2015.
- COELHO, F.G. de M.; VITAL, T.M.; NOVAIS, I. de P.; COSTA, G. de A.; STELLA, F.; GALDUROZ, R.F.S. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 7-15, 2012.

CORDEIRO, J.; CASTILHO, B.L.D.; FREITAS, C.S. de; GONÇALVES, M.P. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

DAL PIZZOL, T. da S.; PONS, E. da S.; HUGO, F. N.; BOZZETTI, M.C.; SOUSA, M. da L. R. de; HILGERT, J.B. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 104-114, janeiro, 2012.

DIAS, E.G; ANDRADE, F.B. de; DUARTE, Y.A. de O.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1623-1635, agosto, 2015.

HEITOR, S.F.D.; RODRIGUES, L.R.; TAVARES, D.M. dos S. Fatores associados às complicações metabólicas e alimentação em idosos da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3357-3366, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. **Censo demográfico 2010**. Disponível em

<<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2515203/pesquisa/23/2010>>. Acesso em: 05 abr. 2017, 19:30.

LEITE, M.T.; WINCK, M.T.; HILDEBRANDT, L.M.; KIRCHNER, R.M.; SILVA, L.A.A. da. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 481-492, 2012.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. de. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

MACÊDO, A.M.L.; CERCHIARI, E.A.N.; ALVARENGA, M.R.M.; FACCENDA, O.; OLIVEIRA, M.A. de C. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 358-363, 2012.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, outubro – dezembro, 2010.

MELO, D.M. de; BARBOSA, A.J.G. O uso do Mini – Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MENDES, J.M.; ROCHA, S.V.; SANTOS, C.A. dos; VASCONCELOS, L.R.C.; DINIZ, K. de O. Fatores associados a queixas subjetivas de memória em idosos residentes em áreas rurais. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 289-305, janeiro-março, 2015.

MORAIS, E.P. de; RODRIGUES, R.A.P.; GERHARDT, T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, abril-junho, 2008.

NAKATANI, A.Y.K.; SILVA, L.B. da; BACHION, M.M.; NUNES, D.P. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Rev. Eletrônica Enfermagem**. [Internet], v. 11, n. 1, p. 144-150, 2009.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A.; BACHION, M.M.; SOUZA, M.R. de. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipe de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed., rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PASCHOAL, S.M.P.; FRANCO, R.P.; SALLES, R.F.N. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 39-55.

PEGORARI, M.S.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M. de F.; TAVARES, D.M. dos S. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2015.

PETRY, D.M.; NERY, S.; GONÇALVES, C.J. dos S. Avaliação neuropsicológica de idosos praticantes de capoeira. **Rev. Bras Med Esporte**, v. 20, n. 1, p. 51-54, janeiro–fevereiro, 2014.

PINTO, A.H.; LANGE, C.; PASTORE, C.A.; LLANO, P.M.P. de; CASTRO, D.P.; SANTOS, F. dos. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, 2016.

PINTO, L.L.T.; ROCHA, S.V.; VIANA, H.P.S.; RODRIGUES, W.K.M.; VASCONCELOS, L.R.C. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-828, 2014.

PORCIÚNCULA, R.C.R. da; CARVALHO, E.F. de; BARRETO, K.M.L.; LEITE, V.M.M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

REIS, L.A. dos; REIS, L.A. dos; TORRES, G. de V. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. **Cienc Cuid Saúde**, v. 14, n. 1, p. 847-854, janeiro-março, 2015.

RODRIGUES, L.R.; TAVARES, D.M. dos S.; SILVEIRA, F.C.O.; DIAS, F.A.; MARTINS, N.P.F. Qualidade de vida, indicativo de depressão e número de morbidades de idosos da zona rural. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 2, p. 33-44, agosto-dezembro, 2015a.

RODRIGUES, W.K.M.; ROCHA, S.V.; VASCONCELOS, L.R.C.; DINIZ, K. de O. Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do nordeste do Brasil. **Rev. Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 126-132, janeiro-março, 2015b.

SANTOS, E.A. dos; TAVARES, D.M. dos S; RODRIGUES, L.R.; DIAS, F.A.; FERREIRA, P.C dos S. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. **Rev Esc Enfermagem**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013a.

SANTOS, A.A. dos; MANSANO-SCHLOSSER, T.C. dos S.; CEOLIM, M.F.; PAVARINI, S.C.I. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 3, p. 351-357, maio-junho, 2013b.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica em saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 3, n. 3, p. 820-828, setembro-dezembro, 2013.

SANTOS, M.I.P. de O.; GRIEP, R.H. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 753-761, 2013.

SANTOS, R.L. dos; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.



SILVA, A.; DAL PRÁ, K.R. Envelhecimento populacional no Brasil: o lugar das famílias na proteção aos idosos. **Argumentum**, Espírito Santo, v. 6, n. 1, p. 99-115, janeiro-junho, 2014.

SOARES, E.; COELHO, M. de O.; CARVALHO, S.M.R. de. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 117-139, setembro, 2012.

SPOSITO, G.; D'ELBOUX, M.J.; NERI, A.L.; GUARIENTO, M.E. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3475-3482, 2013.

TAVARES, D.M. dos S.; FACHINELLI, A.M.P.; DIAS, F.A.; BOLINA, A.F.; PAIVA, M.M. de. Preditores da qualidade de vida de idosos urbanos e rurais. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 4, p. 361-371, outubro-dezembro, 2015.

\_\_\_\_\_; SANTOS, L.L.; DIAS, F.A.; FERREIRA, P.C. dos S.; FELICIANO, E.A. de O.; MESQUITA, J.S.N. Comparação das características sociodemográficas de saúde e qualidade de vida de idosos rurais segundo sexo. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde**, v. 2, n. 1, p. 32-46, 2013.

\_\_\_\_\_; Gávea Junior, S.A.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M. de F.; OLIVEIRA, P.B. de. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos residentes na zona rural. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 895-903, 2011.

TRINDADE, A.P.N.T. da; BARBOZA, M.A.; OLIVEIRA, F.B. de; BORGES, A.P.O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia Movimento**, Curitiba, v. 26, n. 2, p. 281-289, abril-junho, 2013.

**APÊNDICE A**  
**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Identificação \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Escolaridade \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Coabitação \_\_\_\_\_

Renda Familiar \_\_\_\_\_ Pratica atividade física ( ) Sim ( )  
Não

Fumante ( ) Sim ( ) Não                      Etilista ( ) Sim ( ) Não

Patologia prévia ( ) Sim ( ) Não. Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aposentadoria ( ) Sim ( ) Não    Profissão \_\_\_\_\_

## ANEXO A

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

#### **Orientação:**

- Dia da semana (1 ponto).....( )
- Dia do mês (1 ponto).....( )
- Mês (1 ponto).....( )
- Ano (1 ponto).....( )
- Hora aproximada (1 ponto).....( )
- Local específico (1 ponto).....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto).....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto).....( )
- Cidade (1 ponto).....( )
- Estado (1 ponto).....( )

#### **Memória imediata**

Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta.....( )

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

#### **Atenção e Cálculo**

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto).....( )

(Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

#### **Evocação**

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra).....( )

#### **Linguagem**

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....( )

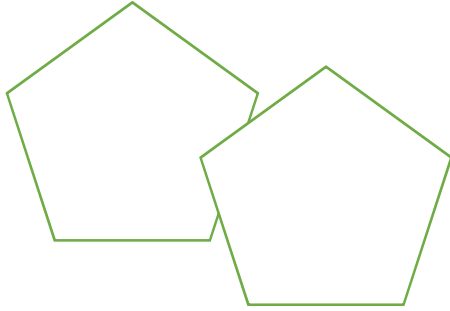
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto).....( )

Comando: “pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão” (3 pontos).....( )

Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....( )

Escrever uma frase (1 ponto).....( )

Copiar um desenho (1 ponto).....( )



**Pontos de corte:**

Analfabetos: 13 pontos;

Indivíduos com baixa ou média escolaridade: 18 pontos;

Alto nível de escolaridade: 26 pontos.

## ANEXO B

### Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

(Lawton e Brody, 1969)

a) **Em relação ao telefone:**

- ( )<sup>3</sup> Recebe e faz ligações sem assistência
- ( )<sup>2</sup> Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- ( )<sup>1</sup> Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

b) **Em relação as viagens:**

- ( )<sup>3</sup> Realiza viagens sozinha
- ( )<sup>2</sup> Somente viaja quando tem companhia
- ( )<sup>1</sup> Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

c) **Em relação a realização de compras:**

- ( )<sup>3</sup> Realiza compras, quando é fornecido o transporte
- ( )<sup>2</sup> Somente faz compras quando tem companhia
- ( )<sup>1</sup> Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

d) **Em relação ao preparo de refeições:**

- ( )<sup>3</sup> Planeja e cozinha as refeições completas
- ( )<sup>2</sup> Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- ( )<sup>1</sup> Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições

e) **Em relação ao trabalho doméstico:**

- ( )<sup>3</sup> Realiza tarefas pesadas
- ( )<sup>2</sup> Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- ( )<sup>1</sup> Não tem hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) **Em relação ao uso de medicamentos:**

- ( )<sup>3</sup> Faz uso de medicamentos sem assistência
- ( )<sup>2</sup> Necessita de lembretes ou assistência
- ( )<sup>1</sup> É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) **Em relação ao manuseio do dinheiro:**

- ( )<sup>3</sup> Preenche cheque e paga contas sem auxílio
- ( )<sup>2</sup> Necessita de assistência para o uso de cheques e contas
- ( )<sup>1</sup> Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

**Classificação:**

- ( ) **Dependência total = < 5 (P25)**
- ( ) **Dependência parcial = > 5 < 21 (>P25 <P100)**
- ( ) **Independência = 21 (P100)**

**ANEXO C**  
**ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA**  
**(YESAVAGE, 1983)**

- |   |                |                |
|---|----------------|----------------|
| 1) Você está satisfeito com sua vida?                     | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 2) Abandonou muito de seus interesses e atividades?       | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 3) Sente que sua vida está vazia?                         | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 4) Sente-se frequentemente aborrecido?                    | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 5) Você tem muita fé no futuro?                           | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 6) Tem pensamentos negativos?                             | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 7) Na maioria do tempo está de bom humor?                 | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 8) Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?          | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 9) Sente-se feliz na maioria do tempo?                    | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 10) Sente-se frequentemente desamparado, adoentado?       | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 11) Sente-se frequentemente intranquilo?                  | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 12) Prefere ficar em casa em vez de sair?                 | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 13) Preocupa-se muito com o futuro?                       | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 14) Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 15) Acha bom estar vivo?                                  | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 16) Fica frequentemente triste?                           | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 17) Sente-se inútil?                                      | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 18) Preocupa-se muito com o passado?                      | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 19) Acha a vida muito interessante?                       | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 20) Para você é difícil começar novos projetos?           | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 21) Sente-se cheio de energia?                            | ( ) Sim        | ( ) <b>Não</b> |
| 22) Sente-se em esperança?                                | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 23) Acha que os outros têm mais sorte que você?           | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 24) Preocupa-se com coisas sem importância?               | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 25) Sente frequentemente vontade de chorar?               | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |
| 26) É difícil para você concentrar-se?                    | ( ) <b>Sim</b> | ( ) Não        |

- 27) Sente-se bem ao despertar? ( ) Sim ( ) **Não**
- 28) Prefere evitar as reuniões sociais? ( ) **Sim** ( ) Não
- 29) É fácil para você tomar decisões? ( ) Sim ( ) **Não**
- 30) O seu raciocínio está tão claro quanto antigamente? ( ) Sim ( ) **Não**

**Pontuação: 0** quando for diferente da resposta em negrito

**1** quando for igual à resposta em negrito

Total > 10 = suspeita de depressão