



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

**THAÍS FERREIRA LIMA**

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNIÇÃO DE  
IDOSOS PARTICIPANTES DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA**

**CAMPINA GRANDE - PB**  
**2016**

**THAÍS FERREIRA LIMA**

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNIÇÃO  
DE IDOSOS PARTICIPANTES DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA**

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

Orientadora: Profa. Ms. Alessandra Ferreira Tomaz

**CAMPINA GRANDE-PB  
2016**

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.

L732r Lima, Thais Ferreira.  
Relação entre capacidade funcional e cognição de idosos participantes de Centros de convivência [manuscrito] / Thais Ferreira Lima. - 2016.  
38 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. M<sup>a</sup>. Alessandra Ferreira Tomaz, Departamento de Fisioterapia".

1. Envelhecimento. 2. Capacidade funcional. 3. Cognição. I. Título.

21. ed. CDD 571.876

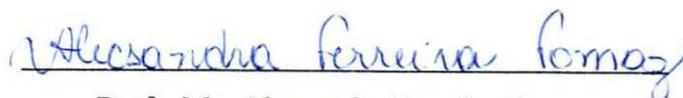
THAÍS FERREIRA LIMA

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNIÇÃO DE IDOSOS  
PARTICIPANTES DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA**

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

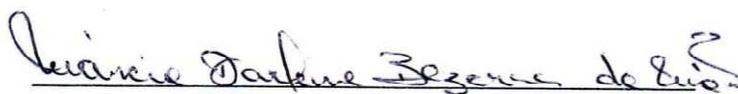
Aprovado em 29/9/16

Banca Examinadora



Profa. Ms. Alessandra Ferreira Tomaz

Orientadora



Profa. Esp. Márcia Darlene Bezerra de Melo

Examinador

---

Profa. Esp. Alba Lúcia da Silva Ribeiro

Examinador

## **RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNIÇÃO DE IDOSOS PARTICIPANDES DE CENTROS DE CONVIVÊNCIA**

LIMA, Thaís Ferreira<sup>1</sup> TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>.

### **RESUMO**

O envelhecimento populacional é um acontecimento desejado pela sociedade, porém ocasionou preocupações associadas à sua dependência. O comprometimento da capacidade funcional provoca dificuldades para a realização de atividades cotidianas e ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. A dependência, envolvendo também a cognição tem como consequência piora na qualidade de vida, declínio funcional e aumento da morbidade e mortalidade. Diante do exposto, questiona-se se há relação entre a capacidade funcional e cognitiva dos idosos. O estudo trata-se de uma pesquisa aplicada com um caráter descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em cinco centros de convivência de idosos localizados em Campina Grande/PB. Para este estudo os instrumentos utilizados foram a Escala de Barthel e a Escala de Lawton e Brody para avaliar a capacidade funcional, o Mini Exame do Estado Mental para verificar a cognição e um questionário sociodemográfico. A análise dos dados ocorreu através da estatística descritiva com o uso de planilha do Excel (Office do Microsoft, versão 2010). Amostra contou 120 idosos, deles 85,8% eram do sexo feminino, a maior frequência dos idosos estava entre 70 a 79 anos com 44,2%. A prevalência de dependência para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) foi 45,83%, e para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), 81,7%. Em relação à cognição encontrou-se sugestão de declínio cognitivo em 61,6% dos idosos. Mas, não foi possível identificar a associação entre cognição e capacidade funcional. Desse modo, conclui-se que as ABVDs estão satisfatórias, porém em relação às AIVDS percebeu-se uma limitação. Além disso, foi evidenciada em uma parcela significativa de idosos com sugestão de declínio cognitivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento. Capacidade funcional. Cognição.

<sup>1</sup> thays\_ferreira100@hotmail.com Acadêmica do 10º de período de Fisioterapia Universidade Estadual da Paraíba

<sup>2</sup> alecsandratomaz@hotmail.com Professora Mestra da Universidade Estadual da Paraíba

## **FUNCTIONAL CAPACITY IN RELATION AND ELDERLY COGNITION PARTICIPANDES COEXISTENCE OF CENTRES**

LIMA, Thais Ferreira<sup>1</sup> TOMAZ, Alecsandra Ferreira<sup>2</sup>.

### **ABSTRACT**

Population aging is a desired event by society, however caused concerns associated with their dependence, with a current trend of an increasing number of older people, but with greater functional disability. The impaired functional capacity causes difficulties in performing daily activities and causes greater vulnerability and dependence in old age, contributing to decreased well-being and quality of life for seniors. Dependence also involving cognition results in poor quality of life, functional decline and increased morbidity and mortality. Given the above, it is questionable whether there is a relationship between the functional and cognitive capacity of the elderly. The study it is an applied research with a descriptive, cross-sectional, quantitative approach, conducted in five community centers for elderly located in Campina Grande / PB. For this study the instruments used were the Barthel scale and Lawton and Brody scale to assess functional capacity, the Mini Mental State Examination to check cognition and a sociodemographic questionnaire. Analysis of data using descriptive statistics using Excel spreadsheet (Microsoft Office 2010 version). Sample included 120 patients, of them 85.8% were female, most often the elderly were between 70 to 79 years with 44, 2%. The prevalence of dependence BADL was 45.83%, and 81.7 % IADL. In relation to cognition met cognitive decline suggestion in 61.6% of the elderly. But it was not possible to identify the association between cognition and functional ability. Thus, it is concluded that BADL are satisfactory, but in relation IADL realized a limitation. Moreover, it was observed in a significant portion of elderly people with cognitive decline suggestion.

**KEYWORDS:** Aging. Functional capacity. Cognition.

## SUMÁRIO

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....            | 8  |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO .....   | 9  |
| 3. METODOLOGIA .....           | 15 |
| 4. RESULTADO E DISCUSSÃO ..... | 16 |
| 5. CONCLUSÃO .....             | 28 |
| REFERÊNCIAS.....               | 29 |
| ANEXOS.....                    | 35 |

# 1 INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural, gradual e inevitável relacionado à idade. Esse fenômeno é progressivo, desencadeando um desgaste orgânico, com diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema e pode ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2007; CIOSEK et al., 2011).

Esse processo pode ser acompanhado pelo declínio das capacidades tanto físicas, como cognitivas dos idosos, devido a mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo determinando a perda progressiva da capacidade do indivíduo (ARGIMON; STEIN, 2005; BARBOSA et al., 2014).

O envelhecimento populacional foi desejado pela sociedade, porém ocasionou preocupações associadas à sua dependência (CAMARANO; FERNANDES, 2013). A tendência atual é ter um número crescente de indivíduos idosos, porém com maior incapacidade funcional (ALVES et al., 2007). Verifica-se que é insuficiente apenas o aumento dos anos de vida, sendo necessário o aumento da qualidade de vida, através da promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência diferenciada aos indivíduos e grupos, de acordo com suas necessidades (TEIXEIRA, 2004). Dessa forma, a manutenção da autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes (WHO, 2005).

Entende-se por capacidade funcional a capacidade de realizar as atividades de vida diária de forma independente, para decidir e atuar na execução das tarefas do dia-a-dia (PORTO, 2008; BARBOSA et al., 2014). E sua manutenção pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas (ALVES et al., 2007).

O comprometimento da capacidade funcional provoca dificuldades para a realização de atividades cotidianas e conseqüentemente levam a incapacidades para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (OKUMA, 1998).

De acordo com Alves et al., (2007), o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida

dos idosos. Além disso, Paula et al., (2013) relatam que o aumento das incapacidades funcionais é proporcional ao risco de morte em qualquer idade.

A dependência vai além dos aspectos físicos envolvendo também a cognição e aspectos psicossociais (RAMOS, 2005 apud MACÊDO et al., 2012). As alterações cognitivas aumentam à medida que a população envelhece e comumente são observadas dificuldades de lembrar fatos recentes, desenvolver cálculos e problemas com atenção (CORREIA et al., 2008; FARIA et al., 2011).

O baixo desempenho cognitivo pode acarreta graves consequências, como piora na qualidade de vida, declínio funcional, maior procura por serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade (ÁVILA; BOTTINO, 2006). Portanto a capacidade funcional e a cognição são fatores que devem ser preservados para que o idoso mantenha sua independência, autonomia, bem-estar e qualidade de vida. Desse modo é de grande relevância que, com o aumentar dos anos, se mantenha a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. (RAMOS, 2003).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é verificar qual a relação entre a capacidade funcional e cognitiva dos idosos que frequentam centros de convivência de Campina Grande/PB.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2005). Em um número cada vez maior de países, mais de 1 em cada 5 pessoas tem mais de 60 anos, cerca de 12,5% de idosos na população mundial deve alcançar os 30% até a metade do século, de forma que uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 pode esperar viver 20 anos a mais que uma criança nascida há 50 anos (WHO, 2015).

O envelhecimento populacional refere-se a uma mudança na estrutura etária da população idosa, acarretando um aumento relativo das pessoas acima de 60 anos (CARVALHO; GARCIA, 2003). No Brasil o envelhecimento sucedeu de forma diferenciada dos países desenvolvidos, ocorrendo de forma acelerada (GOTTILIEB et al., 2011). Isso

ocorreu como consequência principalmente da redução expressiva na taxa de fecundidade, da redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, determinando uma transição demográfica acelerada (MORAES et al., 2012). Também aconteceu sem a devida formulação de políticas públicas de apoio e amparo para sanar as necessidades dessa população, relacionada à assistência à saúde e serviços sociais adequadas para um envelhecimento ativo (KÜCHEMANN, 2012).

As demandas geradas por essa nova realidade inquietam e vão além do aumento dos anos de vida; está relacionado às dificuldades encontradas para a manutenção da autonomia da independência do idoso, e devem ser prioritárias, uma vez que não basta apenas viver mais tempo, o desafio é no sentido de dar, a cada ano conquistado, melhores condições de enfrentar o envelhecimento e a velhice (PRATA et al., 2011; KÜCHEMANN, 2012). Portanto é um fator indispensável que esse processo ocorra sem incapacidade para a manutenção de boa qualidade de vida (ALVES et al., 2007).

O envelhecimento é um processo universal e natural decorrente de alterações moleculares, morfológicas e funcionais, associada à idade, fatores genéticos, e hábitos desenvolvidos no decorrer da vida (GOTTILIEB et al., 2011). O envelhecimento biológico apresenta íntima relação com diminuição e comprometimento físicos, porém outros fatores como os hábitos de vida e ambiente são determinantes para a manutenção da autonomia e independência (PRATA et al., 2011). O aumento da longevidade e expectativa de vida no Brasil está ocorrendo gradualmente, bem como a alta da morbimortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) (GOTTILIEB et al., 2011).

Para que o envelhecimento seja bem sucedido, deve-se analisar não apenas a ausência de enfermidades, mas também a manutenção das condições de autonomia e de funcionalidade. A manutenção da capacidade funcional é um fator fundamental para o envelhecimento saudável, dessa forma é necessária a manutenção da autonomia e da funcionalidade e não apenas a ausência de doenças, se atingir uma melhor qualidade de vida (FERREIRA et al., 2012).

A independência e a autonomia estão relacionadas ao funcionamento harmônico dos principais sistemas funcionais como: cognição, humor, comunicação e mobilidade (MORAES, 2012). "Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências"(WHO, p.14, 2005). A independência trata-se de realizar todas as atividades básicas de vida diária de forma independente. As tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de si e de sua própria vida são denominadas atividades de vida diária (AVD).

Podem ser classificadas, conforme o grau de complexidade, em básicas, instrumentais e avançadas. Quanto maior for a complexidade da AVD, maior será a necessidade dos sistemas funcionais principais (MORAES, 2012).

As atividades básicas de vida diária (ABVDs) estão relacionadas ao autocuidado e sobrevivência do indivíduo, sendo estas tarefas: alimentar-se, banhar-se e vestir-se, usar o sanitário, transferir-se da cama para uma cadeira e caminhar em um cômodo do mesmo andar (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; DUCA; SILVA; HALLAI, 2009; CÉSAR et al, 2015).

As atividades instrumentais de vida diária (AIVDS) englobam tarefas com maior dificuldade e mais complexas relacionadas à participação social do sujeito, mais adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade como preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; BARBOSA et al., 2014; REIS; REIS; TORRES, 2015)

A incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade. Apresentando-se como um importante indicador de incapacidades que tem íntima relação com as condições físicas, mentais e emocionais (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

O grau de incapacidade em geral está relacionado à complexidade da tarefa a ser executada de modo que quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVDs, mais severa é a sua incapacidade (ALVES et al., 2007). A pesquisa realizada por Paula et al., (2013) evidenciou que as dificuldades de realização das AIVDs antecedem os déficits nas ABVD. E o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas, até chegar ao nível de dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda para realizar as atividades mais simples (MORAES, 2012). A dependência para as atividades cotidianas promove a necessidade do auxílio de terceiros para a realização destas (DANTAS et al., 2013). E, avalia-se que a população idosa incapacitada funcionalmente tende a aumentar significativamente e em um período curto de tempo (ALVES et al., 2008).

O comprometimento do estado funcional pode também acarretar em prejuízos físicos, psicológicos e sociais (BARBOSA et al., 2014). E a sua manutenção tem implicações para a qualidade de vida, desfrutando a sua independência e as suas relações e atividades sociais. (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). A dependência funcional pode gerar problemas psicológicos levando a diminuição da autoestima, diminuição da satisfação da imagem corporal e favorecer os sentimentos negativos, tornando-se desmotivada para os cuidados com a

saúde (TAVARES; DIAS, 2012). Além dos transtornos para o idoso também há consequências para a família, pois o mesmo necessitará de maior auxílio e dependerá dos entes próximos para a realização das atividades, requerendo maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes (REIS; REIS; TORRES, 2015).

A progressão da incapacidade tem implicações importantes para a saúde pública, havendo maior uso de serviços de saúde por idosos com incapacidade funcional, sendo mais forte a associação entre a incapacidade grave e consultas domiciliares. Além disso, a intensidade na utilização de serviços de saúde por parte de idosos com capacidade funcional prejudicada possa variar em função da gravidade da incapacidade aumentando, dessa forma, a procura por consultas médicas, consultas domiciliares, e internações hospitalares (FIALHO et al., 2014).

Em um estudo realizado com idosos residentes do município de Maceió, observou-se que a prevalência de comprometimento funcional foi maior entre as mulheres, em idosos com baixa escolaridade, além de estar mais presente nos solteiros e naqueles mais que apresentavam maior número de doenças. Os fatores mais fortemente associados com capacidades funcionais são a presença de doenças, deficiências ou problemas médicos. A idade mostrou-se um fator fortemente associado à maior comprometimento funcional. (SILVA et al., 2011).

A dependência para a realização das atividades cotidianas pelo idoso deve ter relação com o número e a presença de DCNT, e com o ambiente, as condições progressas à institucionalização, a idade e o perfil cognitivo (DANTAS et al., 2013). Depende também de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, além do estilo de vida (FERREIRA et al., 2015). E, de acordo com a análise de Ferreira et al., (2012), a dependência funcional pode ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequada.

Outro fator de relevância para a saúde do idoso é a cognição. Com o envelhecimento os transtornos cognitivos aumentam, provocando uma elevação destes no mundo, constituindo um importante problema de saúde pública mental para a população de idosos (CORRÊA et al., 2008). A cognição pode ser designada como um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. As funções cognitivas são responsáveis por estruturar o funcionamento mental do ser humano. A cognição é identificada como um dos componentes de desempenho considerado essencial para a realização das atividades da vida diária, permitindo receber o estímulo, processar as informações e, conseqüentemente, produzir as respostas. Formada pela memória, função

executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas), linguagem, praxia (capacidade de executar um ato motor), percepção e função visuoespacial. É responsável pela capacidade de decidir, considerada fundamental para a manutenção da autonomia. A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é, portanto, o "desmoronamento" ou o "apagamento" da identidade que define o ser humano como ser pensante (MORAES, 2012; ANDRADE; NOVELLI, 2015; ZORTEA et al., 2015).

O equilíbrio fisiológico é influenciado pelo estado cognitivo, as alterações que provoquem seus déficits podem acarretar em diminuição da qualidade de vida e comprometimento na capacidade funcional (PAULA et al., 2013). O declínio cognitivo ocorre como um processo natural, sem haver uma natureza exata das causas dessas alterações. Mas é perceptível uma relação entre o passar da idade e seu declínio (ARGIMON, 2006).

As condições mais presentes em idosos com declínio cognitivos são queixas de memória em maior proporção no desempenho global da memória em ações como nomeação de objetos, lembrar o nome de pessoas que acabaram de conhecer, aprendizagem de material inédito, e processamento das informações (ANDRADE; NOVELLI, 2015). Interferindo nas funções de aprender e lembrar, além de ocorrer o processamento mais lento das informações de modo que não entendem informações apresentadas muito rapidamente ou sem muita clareza (ARGIMON, 2006).

O declínio cognitivo faz com que o idoso tenha dificuldade em aprender sobre um novo assunto e/ou esquecer o que foi aprendido anteriormente, interfere na realização de atividades sociais e ocupacionais, de forma que, evoluindo, pode implicar na perda da capacidade funcional do indivíduo, de acordo com a gravidade do declínio, influenciando na independência na autonomia do indivíduo (REIS et al., 2009; MARCHADO et al., 2011)

O melhor desempenho cognitivo, principalmente em tarefas de funções executivas pode ser um fator protetor para as perdas físicas próprias do processo de envelhecimento normal; já o inadequado funcionamento cognitivo levaria à perda da independência, da autonomia e da capacidade de desempenhar atividades de vida diária, afetando diretamente a qualidade de vida física do idoso (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012).

Evidenciou-se que o declínio cognitivo em idosos se associou à menor atividade física, à menor participação em atividades de lazer e à maior frequência de autopercepção negativa de seu estado de saúde (FREITAS et al., 2010).

Em um estudo realizado por Wajman et al., (2014) observou-se uma relação positiva e significativa com as medidas funcionais estáticas e aos testes cognitivos aplicados dos idosos com a doença de Alzheimer. Os achados mostraram que quando mais prejudicados os

níveis cognitivos, maior o índice de progressão da doença na escala funcional, caracterizando, assim, relação linear entre as ferramentas utilizadas. Achado similar foi encontrado no estudo de Ferreira et al., (2011), onde os idosos foram divididos em dois grupos, o grupo 1 apresentando déficits cognitivos e o grupo 2 sem déficits cognitivos, percebendo-se que o grupo 1 apresentava maior proporção de idosos e com maior número de atividades que não conseguiam realizar, levando à maior dependência e restringindo a autonomia.

No estudo realizado por Dantas et al., (2013) com idosos de instituições de longa permanência de Recife/PE, foi identificado que os idosos com demência apresentaram os escores mais baixos para o desempenho das AVDs, seguidos dos idosos com sequela de AVE e transtorno mental. A demência também provocou maior dependência para a realização dessas atividades AIVD.

No estudo de Junior e Guerra (2011) foram evidenciadas as razões de chances para a ocorrência da incapacidade funcional. Dentre eles encontravam-se o aumento da idade cronológica e o baixo tempo de escolarização, a ocorrência de hospitalização nos últimos seis meses, a inatividades físicas, além disso, os idosos que apresentavam alterações cognitivas possuíam 4,4 vezes mais chances para incapacidades na realização das AIVDs.

Nos estudos de Beckert et al., (2012) realizado em centros de convivência em Porto Alegre, observou-se que a Capacidade Funcional influencia a cognição do idoso, tendo em vista que quanto melhor a saúde física e a capacidade do idoso de locomoção e desempenho para atividades de vida diária, melhor o seu desempenho em tarefas cognitivas.

Diante das necessidades diferenciadas para a pessoa idosa torna-se relevante a criação de novas políticas públicas para a geração de recursos e de construção de infraestrutura que permitam um envelhecimento ativo (WONG; CARVALHO, 2006). Apesar de haver melhora nos serviços de atenção ao idoso, ainda se faz necessárias mudanças nessas políticas, a formulação de novas leis e de investimentos para enfrentar o fenômeno populacional previsto para os próximos anos, de forma que proporcione uma promoção do bem estar para os idosos (ANDRADE et al, 2013).

### 3 METODOLOGIA

Esta pesquisa fez parte do projeto de Pibic, cota 2014/2015, cadastrada nesta Instituição, sob o título “Avaliação da qualidade de vida e capacidade funcional de idosos em grupos de convivência”. Teve um caráter descritivo, transversal, de abordagem quantitativa.

A mesma foi realizada em cinco centros de convivência de idosos de Campina Grande/PB, localizados nos bairros da Liberdade, Cuités, Monte Castelo e dois grupos na Ramadinha. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2014 a maio de 2015.

A população constituinte desse objeto de estudo foi representada por todos os idosos que faziam parte dos cinco grupos de convivência da terceira idade, perfazendo um total de aproximadamente 150 idosos. Para a amostra, obteve-se o quantitativo de 120 idosos. A amostragem foi do tipo não probabilística, por acessibilidade, participando da pesquisa os idosos que estivessem presentes no centro de convivência no período da coleta de dados.

Os critérios de inclusão foram idosos que frequentassem os grupos de convivência referidos; faixa etária igual ou superior a 60 anos; que estivessem presentes no período da coleta de dados, aqueles que desejassem participar da pesquisa e aceitassem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram considerados como critérios de exclusão indivíduos com algum tipo de agravo que não permitisse a comunicação verbal e questionários de avaliação incompletos.

Para este estudo foram utilizados os seguintes instrumentos reconhecidos cientificamente e validados: a Escala de Barthel, Escala de Lawton e Brody e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), além de um questionário socioeconômico com informações para caracterizar essa população, como idade, sexo, escolaridade, renda individual e aspectos referentes aos hábitos de vida, como o consumo de fumo e bebida alcoólica, e prática de atividade física.

A avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) aconteceu através da escala de Barthel, um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da capacidade funcional em idosos. É composto por 10 atividades: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência - cadeira e cama, deambulação e subir escadas. Apresenta uma pontuação total de 100 pontos (REIS; TORRES, 2011). Sendo esta a máxima equivalência de independência total das ABVDs, (ARAÚJO; RIBEIRO; OLIVEIRA; PINTO, 2007). O escore de 0-20 refere-se à dependência total; 21-60,

grave dependência; 61-90, moderada dependência; 91-99, muito leve dependência e 100, independência (AZEREDO; MATOS, 2003).

A escala de Lawton e Brody é utilizada para verificação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), avaliando as tarefas mais adaptativas ou necessárias para vida independente na comunidade, sendo consideradas mais difíceis e complexas do que as ABVDs, como exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro (LAWTON; BRODY, 1964 apud ALVES, 2007). Seus escores são: independente (21), dependente parcial (20 a 8), totalmente dependente (7), apresentando a subdivisão da dependência parcial em: pouco dependente (20 a 14); muito dependente (13 a 8); (PAULA et al., 2013)

O MEEM é um questionário para avaliação da cognição contendo 30 questões apresentando aspectos diversos como: orientação temporal, espacial, atenção e cálculo, memória, registro e linguagem. Seu escore varia do valor 0 ao 30 (FARIA et al., 2011).

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 gráficos e posteriormente analisados e confrontados com a literatura pertinente.

No presente estudo foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com sujeitos humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, CAEE 35607914.7.0000.5187.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo foi composto por 120 idosos com idade variando entre 60 a 97 anos, cuja maioria pertencia ao sexo feminino (85,8%). A maior frequência dos idosos estava entre 70 a 79 anos (44, 2%), com uma média de 72,2 anos.

Nos centros de convivência de idosos também foi encontrado um predomínio da população feminina, de acordo com diversos estudos como os de Beckert, Irigaray e Trentini (2012) e Santo e Grip (2013). Esse fato ocorre devido a um fenômeno denominado feminização da velhice em que há uma maior prevalência de mulheres, de modo que as mulheres apresentam uma sobrevida superior, vivendo em média oito a dez anos mais que os homens (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012; SANTO; GRIP, 2013). Outro fator

seria a menor taxa de mortalidade da população feminina, tendo em vista a procura feminina pelos serviços de saúde, associado a fatores biológicos e menor exposição a fatores de riscos de mortalidade que o homem, como acidente de trânsito, violência e excesso de álcool e outras drogas (SANTO; GRIP, 2013; ANDRADE; NOVELLI, 2015; LEITE, et al., 2015).

Além de que as mulheres participam mais dos centros de convivência tendo em vista que frequentam mais espaços sociais que os homens, com maior motivação em participar de lazer, buscando formas de proporcionar bem-estar de um modo geral. O homem, apesar de mudanças no cenário atual, continua sendo o provedor principal da família, mesmo após o envelhecimento e aposentadoria, pouco participando destes locais (LEITE et al., 2012a; LEITE et al., 2012b ). Após a aposentadoria existe uma resistência masculina para participar de atividades de cunho cultural, lúdico ou educacional devido a questões socioculturais (BORGES et al, 2008; SILVA et al, 2011). Tal fato foi constatado em uma pesquisa em centros de convivência de Cajazeiras, ao questionar as mulheres sobre a ausência dos maridos foi relatado que eles possuíam preconceito em participar (ANDRADE et al., 2014).

O estudo apresentou a maior incidência da faixa etária entre 70 anos a 79, semelhante ao encontrado no estudo de Girtoni et al., (2014) em Florianópolis, no qual os idosos brasileiros possuem uma média de 75 anos. A porcentagem de idosos a partir de 80 anos foi de 16,7%. Esse índice refere-se à baixa presença de idosos com 80 anos ou mais sugere que pode decorrer de maiores graus de dependência e comorbidades com o aumento da idade, limitando o acesso e a participação nos grupos de convivência de idosos (BORGES et al., 2008).

Em relação ao estado conjugal, 89% dos idosos não possuíam companheiros, observando uma diferença entre os sexos. As mulheres sem cônjuge foram grupo que obtiveram maior percentual 76,7% (79), de modo que 58,8% (10) dos homens estavam sem parceiras. Diferente de outros estudos como o de Ferreira, Tavares e Rodrigues (2011) com idosos residentes em Uberaba, onde a maioria dos homens era de casados, nesta pesquisa os idosos do sexo masculino foram encontrados, em sua maioria, sem cônjuge, porém com um nível menos elevado que as mulheres. Esse fato se deve a mulher casar com homens mais velhos, o que aumenta a sobrevivência feminina, e também porque os homens viúvos e divorciados voltam a se casar com mais frequência que as mulheres (LEITE et al., 2012 b)

Com base nos dados obtidos foi possível identificar uma predominância para a renda individual de um salário mínimo (75,6%). Esses dados são semelhantes ao estudo realizado com idosos do Belém do Pará, os quais (74,1%) referiram receber de 1 a 2 salários mínimos (SANTOS; GRIEP, 2013). Na população brasileira, a maioria dos idosos tem rendimento

mensal entre meio a um salário mínimo, totalizando 46% da população com rendimento inferior a um salário (SERBIM; FIGUEIREDO, 2011; NUNES et al., 2016). Nesta pesquisa os idosos mostram baixo poder aquisitivo, e o percentual dos idosos que vivem com um salário deve-se, principalmente, a aposentadoria e pensões.

No que se refere ao nível de escolaridade, a maioria (63,4%) apresentou menos de 4 anos de estudo dos idosos. Os dados corroboram com outros estudos, demonstrando que o baixo nível de escolaridade é característico dessa geração, comum entre os países em desenvolvimento como o Brasil, onde ensino não era prioridade, visto que nessa época o incentivo à educação era menor, e os homens eram recrutados cedo pelos pais para trabalhar e as mulheres a casar-se e cuidar do lar (TAVARES; DIAS, 2012; KAGAWA; CORRENTE, 2015). Os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos idosos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Dados demográficos e socioeconômicos dos idosos participantes dos grupos de convivência. Campina Grande/PB.

| <b>CATEGORIAS</b>                       | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| <b>Sexo</b>                             |          |            |
| Feminino                                | 103      | 85,8       |
| Masculino                               | 17       | 14,2       |
| <b>Estado Civil</b>                     |          |            |
| Com companheiro                         | 31       | 25,8       |
| Sem companheiro                         | 89       | 74,2       |
| <b>Grupo Etário</b>                     |          |            |
| De 60 a 69 anos                         | 47       | 39,2       |
| De 70 a 79 anos                         | 53       | 44,2       |
| 80 anos ou mais                         | 20       | 16,7       |
| <b>Anos de estudo</b>                   |          |            |
| Analfabeto                              | 41       | 34,2       |
| 1-4 anos                                | 47       | 39,2       |
| 5-8 anos                                | 17       | 14,2       |
| 9-11 anos                               | 9        | 7,5        |
| Mais de 11 anos                         | 6        | 5,0        |
| <b>Renda</b>                            |          |            |
| Menos de 1 salário                      | 10       | 8,4        |
| 1 salário mínimo                        | 90       | 75,6       |
| Mais de 1 salário mínimo                | 19       | 16,0       |
| <b>Restrição ao ambiente domiciliar</b> |          |            |
| Sim                                     | 0        | 0          |
| Não                                     | 120      | 100        |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

Quanto aos hábitos sociais, de acordo com a tabela 2, observou-se que 95% dos idosos não fazem uso do tabaco e 94,2% não ingere bebidas alcoólicas, valor muito próximo a pesquisa de Silva et al., (2011) onde 92,3% não fumavam. A presença do uso dessa substância pode ser inerente aos padrões culturais vivenciados por esses idosos em décadas passadas, quando o consumo de álcool e tabaco era aceito socialmente para os homens (PASKULIN; VIANNA, 2007). Esse baixo índice pode acontecer devido às políticas e incentivo ao não uso do tabaco, sendo este um fator de prevenção e promoção de saúde, além de motivação nos centros de convivência para o seu não uso.

**Tabela 2** - Hábitos sociais e prática de atividade física entre idosos participantes de grupos de convivência. Campina Grande/PB.

| <b>CATEGORIAS</b>                       | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| <b>Fuma</b>                             |          |            |
| Sim                                     | 6        | 5,0        |
| Não                                     | 114      | 95,0       |
| <b>Bebe</b>                             |          |            |
| Sim                                     | 7        | 5,8        |
| Não                                     | 113      | 94,2       |
| <b>Pratica atividade física</b>         |          |            |
| Sim                                     | 65       | 54,2       |
| Não                                     | 55       | 45,8       |
| <b>Regularidade de atividade física</b> |          |            |
| Menos de 3x/semana                      | 9        | 13,8       |
| 3-4x/semana                             | 33       | 50,8       |
| 5x ou mais                              | 23       | 35,4       |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

Verificou-se que 54,2% pratica alguma modalidade de atividade física, com uma predominância de 50,8% de 3 a 4 vezes por semana. Um dado positivo, pois a realização de exercícios física leva a melhorias na saúde global do indivíduo, colaborando na manutenção e no retardo do declínio das funções orgânicas presentes no processo de envelhecer, proporcionando benefícios físicos na função ventilatória, cardiovascular, muscular, e também cognitivos e de sociabilidade (LEITE et al., 2012a; LEITE et al., 2012b ).

Na tabela 3 pode se observar as morbidades referidas pelos idosos. Nelas, entre as mais relatadas encontram-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (60,8%) e o diabetes melito (29,8%) com maiores percentuais, seguidos por as doenças reumáticas (22,8%), cardiovasculares (15%), e outras (56,7%). Os idosos dos centros de convivência de Campina Grande apresentaram um índice HAS e a diabetes mais alto em relação aos idosos do

município de Jequeti, no estado da Bahia, que obtiveram freqüência de 22,7% e 11,3% respectivamente. Porém, em relação ao percentual de morbidade, a sua freqüência foi um pouco mais baixa, 83,33% com alguma patologia, em relação aos idosos de Jequeti, em que 94% apresentavam algum problema de saúde (REIS; REIS; TORRES, 2015). Os dados em questão não superam os idosos do município de Viçosa em Minas Gerais, em que 70% possuía HAS (MACHADO et al, 2011). Porém, ainda mostra-se uma informação preocupante e que deve ser levado em consideração.

**Tabela 3** - Doenças Crônicas não transmissíveis na população idosa dos centros de convivência. Campina Grande/PB.

| DOENÇAS                           | N   | (%)  |
|-----------------------------------|-----|------|
| Diabetes Mellitus                 |     |      |
| Sim                               | 34  | 28,3 |
| Não                               | 86  | 71,7 |
| Hipertensão Arterial Sistêmica    |     |      |
| Sim                               | 73  | 60,8 |
| Não                               | 47  | 39,2 |
| Cardiovascular                    |     |      |
| Sim                               | 18  | 15,1 |
| Não                               | 101 | 84,9 |
| Reumática                         |     |      |
| Sim                               | 27  | 22,5 |
| Não                               | 93  | 77,5 |
| Nefrológica                       |     |      |
| Sim                               | 1   | 8,0  |
| Não                               | 119 | 99,2 |
| Urológica                         |     |      |
| Sim                               | 3   | 2,5  |
| Não                               | 117 | 97,5 |
| Ortopédica                        |     |      |
| Sim                               | 10  | 8,3  |
| Não                               | 110 | 91,7 |
| Câncer                            |     |      |
| Sim                               | 2   | 1,7  |
| Não                               | 118 | 98,3 |
| Psiquiátrica                      |     |      |
| Sim                               | 4   | 3,3  |
| Não                               | 116 | 96,7 |
| Gastrointestinal                  |     |      |
| Sim                               | 11  | 9,2  |
| Não                               | 109 | 90,8 |
| Visão                             |     |      |
| Sim                               | 15  | 2,5  |
| Não                               | 105 | 87,5 |
| Hormonal                          |     |      |
| Sim                               | 6   | 5,0  |
| Não                               | 114 | 95,0 |
| Vestibular                        |     |      |
| Sim                               | 5   | 4,2  |
| Não                               | 115 | 95,8 |
| Alguma outra doença diagnosticada |     |      |
| Sim                               | 68  | 56,7 |
| Não                               | 52  | 43,3 |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

No que se refere à capacidade funcional, esta foi avaliada com a Escala de Barthel para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), a qual que possui valores que vão de 0 a 100, de modo que 0 caracteriza dependência total e 100, independência. Nessa escala, os idosos obtiveram uma média de 96,42 pontos, com valor mínimo de 80 e o máximo de 100.

A prevalência de dependência para as ABVDs foi 45,83%. Através desses dados pode-se perceber que os idosos realizam a maior parte das atividades básicas sem necessidade de ajuda. Em atividades rotineiras com tomar banho, alimentar-se, todos os idosos eram independentes. Além de que todos os idosos com dependência enquadravam-se em dependência leve. Os itens que mais apresentaram nível de dependência foram relacionados ao controle esfinteriano e locomoção, onde 25% dos idosos mencionavam acidentes ocasionais de perda urinária. Esse item foi seguido pelo registro da necessidade de ajuda para o uso de escadas (20%). Dados semelhante à pesquisa de Nunes et al., (2010) com idosos acompanhados por Equipes de Saúde da Família em Goiânia, em que os maiores comprometimentos eram incontinência urinária (20,9%) e subir e descer escadas (12,6%).

Um dos indicadores de incapacidade funcional com maior percentual consiste em subir e descer escadas, sua dificuldade pode estar relacionada ao medo de quedas e alterações do sistema locomotor, dificultando a realização da atividade, levando a necessitar de ajuda ou evitá-las, repercutindo negativamente na funcionalidade do idoso, restringindo sua mobilidade e independência (MELO et al., 2013).

Desse modo percebe-se que, apesar das limitações encontradas em uma parcela significativa desta população, os idosos estão aptos a realizar ABVDs sem comprometer as atividades de autocuidado.

Os grupo etários que mais apresentaram dependência foi a partir dos 70 anos. Segundo Junior e Guerra (2011), com o aumento da idade cronológica há maiores chances de se apresentar dependência funcional. Tal condição pode decorrer das alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, de doença e/ou de problemas associados ao progredir a idade (REIS; REIS; TORRES, 2015). Em relação ao sexo, as mulheres mostram-se mais dependentes, com 93,73% já os homens, apenas 7,27%. A teoria existente sobre essa ocorrência seria a maior sobrevivência das mulheres em relação aos homens, havendo uma maior quantidade de fatores incapacitantes não fatais interferindo na sua dependência para ABVDs (PILGERI; MENON; MATHIAS, 2013).

Em relação à escolaridade foi um dado corroborado pela literatura tendo em vista que dependência associada à escolaridade, de modo que a escolaridade é mostrada como fator de proteção para a dependência das ABVD, em idosos residentes do município de Maceió identificou-se que os indivíduos com baixo nível educacional apresentaram chance duas vezes maior de apresentar comprometimento funcional (SILVA et al., 2011). Na atual pesquisa, 69,08% dos idosos analfabetos ou com baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo), mostram-se dependentes parciais.

**Tabela 4:** Distribuição da dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) em associação com as variáveis sociodemográficas na população idosa dos centros de convivência. Campina Grande/PB.

| Variáveis Socioeconômicas | Dependência para ABVD |       |
|---------------------------|-----------------------|-------|
|                           | (N)                   | (%)   |
| <b>Sexo</b>               |                       |       |
| Masculino                 | 4                     | 7.27  |
| Feminino                  | 51                    | 92.73 |
| <b>Estado Civil</b>       |                       |       |
| Com companheiro           | 14                    | 25.45 |
| Sem companheiro           | 41                    | 74.55 |
| <b>Idade</b>              |                       |       |
| 60-69 anos                | 17                    | 30.90 |
| 70-79 anos                | 23                    | 41.82 |
| 80 anos ou mais           | 15                    | 27.77 |
| <b>Escolaridade</b>       |                       |       |
| Analfabetos               | 20                    | 36.36 |
| 1-4 anos                  | 18                    | 32.72 |
| 5-8 anos                  | 7                     | 12.72 |
| 8-11 anos                 | 7                     | 12.72 |
| Mais de 11 anos           | 3                     | 5.45  |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

Para a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDS) utilizou-se a Escala de Lawton e Brody, apresentando 21 pontos a sua pontuação máxima, classificando o usuário como dependente total se seu escore for menor ou igual 5 pontos, dependente parcial com pontuação maior que 5 e menor que 21, e independente para aqueles com 21 pontos.

Nas AIVDs foi encontrado um percentual de 81,7% para dependência parcial, sendo 18,3% independentes. Devido a maior parte de a população ser dependente parcial, nesse estudo empregou-se a classificação utilizada no estudo de Paula et al., (2013), de modo que a dependência parcial poderia ser compreendida como pouco dependente (20 a 14) e muito dependente (13 a 8). Dessa forma, os idosos dessa pesquisa foram classificados em 77,5% como pouco dependentes e 5% como muito dependentes.

Diferente das ABVDs, os idosos dos centros de convivência apresentaram, na sua maioria, dependência parcial para AIVDs, um dado que pode ser explicado devido à maior complexidade na execução dessas ações, tendo em vista uma maior necessidade da integridade física e cognitiva (BARBOSA et al., 2014). No entanto, nenhum deles apresentou dependência total; tal valor encontrado na presente pesquisa é superior aos dados de outro estudo, no qual idosos de um centro de convivência de Santos/SP, apresentavam dependência parcial (66,6%) (ANDRADE; NOVELLI, 2015).

Cada item do questionário apresenta uma pontuação de 1 a 3, de modo que quanto maior o valor, maior sua dependência. Os itens que mais apresentaram níveis de dependência foram a realização de trabalho doméstico, com média de pontos 2,23, sendo que 58,34% dos idosos realizavam apenas tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas e manusear dinheiro, com média de 2,26, totalizando 47,5% dos idosos. Na tabela 5 está representada a distribuição dos valores de escore referentes às Atividades Instrumentais de Vida (AIVDs) dos idosos, e na tabela 6, a média da capacidade funcional de idosos frequentadores de centros de convivência através das escalas de ABVDs e AIVDs.

A capacidade funcional do indivíduo reflete na manutenção das suas atividades e sua conservação está diretamente relacionada à independência (PILGERI, MENON; MATHIAS, 2013). Através dos dados pode-se observar que os idosos apresentam um paradigma entre independência e autonomia. Apesar de haver capacidade de realização de determinadas atividades, como preparo refeições e uso de medicamentos foi verificado e relatado pelos idosos que atividades como viajar, realização de compras e manuseio de dinheiro são evitados ou realizados apenas quando acompanhados, devido ao medo de acontecimentos incertos, como acidente e falta de segurança por parte dos mesmos e de seus familiares.

**Tabela 5:** Distribuição dos valores de escore referentes às Atividades Instrumentais de Vida (AIVDs) na população idosa dos centros de convivência. Campina Grande/PB.

| <b>Atividades</b>  | <b>(N)</b> | <b>(%)</b> |
|--|------------|------------|
| <b>Em relação ao Telefone</b>                                  |            |            |
| Recebe e faz ligações sem assistência                          | 87         | 72,30      |
| Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas    | 25         | 20,83      |
| Não tem hábito ou é incapaz de usar telefone                   | 8          | 06,87      |
| <b>Viagens</b>   |            |            |
| Realiza viagens sozinha  | 74         | 61,66      |
| Somente viaja quando tem companhia                             | 37         | 30,84      |
| Não tem o hábito ou é incapaz de viajar                        | 9          | 07,50      |
| <b>Compras</b>   |            |            |
| Realiza compras, quando é fornecido o transporte               | 88         | 73,33      |
| Somente faz compras quando tem companhia                       | 20         | 16,67      |
| Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras              | 12         | 10,00      |
| <b>Refeições</b>   |            |            |
| Planeja e cozinha as refeições completas                       | 107        | 89,17      |
| Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda      | 5          | 04,17      |
| Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições            | 8          | 06,66      |
| <b>Trabalho doméstico</b>                                      |            |            |
| Realiza tarefas pesadas  | 37         | 30,83      |
| Realiza tarefa leves, necessitando de ajuda nas pesadas        | 70         | 58,34      |
| Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos | 13         | 10,83      |
| <b>Medicamentos</b>  |            |            |
| Faz uso de medicamentos sem assistência                        | 102        | 85,00      |
| Necessita de lembretes ou assistência                          | 11         | 09,17      |
| É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos           | 7          | 05,84      |
| <b>Manuseio do dinheiro</b>                                    |            |            |
| Preenche cheque e paga contas sem auxílio                      | 45         | 37,50      |

|  |    |       |
|--|----|-------|
| Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas | 57 | 47,50 |
| Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas | 18 | 15,00 |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

**Tabela 6** - Média da capacidade funcional de idosos frequentadores de centros de convivência através das escalas de ABVDs e AIVDs. Campina Grande/PB.

|                 | <b>Escala de <i>Lawton &amp; Brody</i>_Total</b> | <b>Escala de <i>Barthel</i>_Total</b> |
|-----------------|--|---------------------------------------|
| Números válidos | 120  | 120                                   |
| Média           | <b>17,95</b>                                     | <b>96,42</b>                          |
| Desvio Padrão   | 2,618  | 5,145                                 |
| Valor Máximo    | 10   | 80                                    |
| Valor Mínimo    | 21   | 100                                   |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

No que se refere ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), identificou-se que dos 120 idosos entrevistados, 74 apresentaram diagnóstico sugestivo de declínio cognitivo (61,6%). O teste apresenta uma pontuação máxima de 30 pontos, os participantes apresentaram uma média de 22 pontos, valor mínimo de 6 e o máximo de 30 pontos. Como ponto de corte foi utilizado o estudo de Brucki et al., (2003) como referência: analfabetos, 20; Escolaridade 1-4 anos, 25; 5-8, 26,5; 9-11, 28 e mais de 11 anos de estudo, 29 pontos.

Em uma pesquisa realizada com idosos de centro de convivência do Rio Grande do Sul foi verificada uma prevalência de 23,6% dos idosos com declínio cognitivo (LEITE et al, 2012). Apesar de serem observados valores maiores em outros estudos, não deixa de ser uma situação preocupante e que requer um maior cuidado, tendo em vista a presença de tendência de declínio cognitivo entre os idosos dos centros de convivência de Campina Grande/PB.

Nos estudos com associação da cognição na literatura encontra-se o declínio cognitivo mais presente em idosos com idade superior a 80 anos e melhor cognição nos indivíduos com maior escolaridade (LEITE et al., 2012a).

Na tabela 7 visualiza-se a associação entre as variáveis sociodemográficas com a cognição de idosos que frequentam centros de convivência, ressaltando que, dos 120 idosos avaliados, 74 apresentaram diagnóstico sugestivo de declínio cognitivo.

**Tabela 7-** Associação entre variáveis sociodemográficas com a cognição de idosos que frequentam centros de convivência. Campina Grande/PB.

| <b>Variáveis Socioeconômicas</b> | <b>(N)</b> | <b>Déficits cognitivos<br/>Percentual</b> |
|----------------------------------|------------|---|
| <b>Sexo</b>                      |            |   |
| Masculino                        | 13         | 17,56%                                    |
| Feminino                         | 61         | 82,43%                                    |
| <b>Idade</b>                     |            |   |
| 60-69 anos                       | 27         | 36,48                                     |
| 70-79 anos                       | 35         | 47,30                                     |
| 80 ou mais                       | 12         | 16,21                                     |
| <b>Escolaridade</b>              |            |   |
| Analfabetos                      | 31         | 41,89                                     |
| 1-4 anos                         | 19         | 25,68                                     |
| 5-8 anos                         | 14         | 18,92                                     |
| 8-11 anos                        | 6          | 08,11                                     |
| Mais de 11 anos                  | 4          | 05,40                                     |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

Os dados das variáveis da cognição com a capacidade funcional foram cruzados de modo que percentualmente não foi detectada diferença substancial entre o grupo com declínio cognitivo com os idosos dependentes e independentes para ABVDs. Entretanto, para as AIVDs, de acordo com a tabela 8, os idosos com declínio cognitivo 91,89% eram dependentes. No estudo de Leite et al.,(2015) realizaram a mesma associação e identificaram que uma pior capacidade cognitiva pode estar associada a uma capacidade funcional limitada, já de 33,2% dos idosos com declínio cognitivo eram independentes e 60,3% dos indivíduos sem declínio cognitivo eram independentes.

Em análise do perfil cognitivo e capacidade funcional realizada por Andrade e Noveli (2015) em idosos de centros de convivência, foi identificado que entre os aspectos da cognição e ABVDs não houve correlação, porém foi possível identificar correlações entre as pontuações totais do MEEM com as pontuações totais da Escala da Lawton e Brody.

**Tabela 8:** Associação entre a Cognição e a Capacidade funcional de idosos que frequentam centros de convivência. Campina Grande/PB.

| Cognição     | Dependentes | Independente | Dependentes | Independentes |
|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
|              | ABVDs       | ABVDs        | AIVD        | AIVDs         |
| Sem declínio | 21(45,65%)  | 25(54,35%)   | 37 (80,43%) | 9 (19,57)     |
| Com declínio | 35 (47,30%) | 39 (52,70%)  | 68 (91,89%) | 6 (8,11%)     |

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2015.

Através da análise foi possível observar que, apesar pequena diferença estatística, os idosos dependentes tanto ABVDs quanto para AIVDs, apresentam-se em um percentual maior de declínio cognitivo. O mesmo padrão repete-se, nos idosos independentes: ocorre um maior quantitativo sem declínio cognitivo, porém sem significância estatística. Evidenciou-se dessa forma que nos idosos dos centros de convivência de Campina Grande, a cognição não é um fator que culmina na dependência para ABVDs e AIVDS. E idosos que possuem limitação funcional não necessariamente apresentaram uma tendência a declínio cognitivo.

## 5 CONCLUSÃO

Perante os dados apresentados conclui-se que os idosos dos centros de convivência de Campina Grande apresentam as ABVDs satisfatórias, porém em relação às AIVDS percebeu-se uma limitação principalmente em atividades que demandam em maior esforço físico e segurança. Quanto à cognição destes, apesar de não ser possível afirmar a existência de declínio cognitivo, pode-se mencionar que o sugestivo indicado pelo teste utilizado é uma informação relevante, devido ao número significativo de idosos identificados. Não foi possível observar associação significativa entre cognição e a capacidade funcional.

Diante desse estudo foi vista a necessidade do estabelecimento de políticas públicas para prevenção e promoção de saúde dos idosos, especialmente quanto à cognição, levando em consideração o número crescente de doenças neurodegenerativas, visando à redução de morbidades cada vez mais presentes, para que o processo de envelhecimento seja saudável e ativo, sem perda da independência e autonomia.

É de suma importância a formação de novos centros de convivência, sabendo que há uma carência no município de Campina Grande/Pb, contando com a presença de uma equipe multidisciplinar, capacitada para subsidiar esta população nas suas demandas de lazer, recreação, educação e saúde, proporcionando, dessa forma, um maior bem-estar físico e mental e uma melhor qualidade de vida .

## REFERÊNCIAS

- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n.8, p. 1924-1930, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019)>. Acesso em: 13 de abril de 2015.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.4, p. 1199-1207, 2008. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400016)>. Acesso em 02 de outubro de 2015.
- ANDRADE, N. A. et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras - PB. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.39-48, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000100039](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039) >. Acesso em 20 de junho de 2015.
- ANDRADE, N.B.; NOVELLI, M. M. P. C. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 23, n. 1, p. 143-152, 2015. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/662>>. Acesso em 20 de junho de 2015.
- ANDRADE, L. M. et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.18, n. 12, p.3543-3552, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a11v18n12.pdf>>. Acesso em 06 de novembro 2015
- ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J. L. P.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007; v.25, n.2, p.59-66, 2007. Disponível em: < <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/86323.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2015.
- ARGIMON, I, L. Aspectos cognitivos em idosos. *Aval. psicol.* v.5, n.2, p. 243-245, 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712006000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200015)> . Acesso em: 20 de junho de 2015.
- ARGIMON, I, L.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cad. Saúde Pública*, v.21, n.1, pp. 64-72, 2005. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100008)>. Acesso em 14 de abril de 2015.
- AVILA, R.; BOTTINO, C. M. C.. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev. Bras. Psiquiatr.* v.28, n.4, p. 316-320, 2006. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000400013)>. Acesso em 18 de abril de 2015.
- AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de Dependência em Doentes que sofreram AVC. *RFML* v. 8, n. 3, p.199-204, 2003. Disponível em

< [http://www.fm.ul.pt/fmlportal/userfiles/file/rfml\\_4\\_2003.pdf](http://www.fm.ul.pt/fmlportal/userfiles/file/rfml_4_2003.pdf)>. Acesso em 01 de maio de 2015.

BARBOSA et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.19, v.8, p. 3317-3325, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803317&script=sci_arttext)>. Acesso em: 14 de abril de 2015.

BECKERT, M.; IRIGARAY, T.Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estud. psicol*, vol.29, n.2, p. 155-162, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000200001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2012000200001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 de novembro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 8, 2007.

BORGES, P. L. C. et al. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.24, n.12, p. 2798-2808, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/08.pdf> >. Acesso em 20 de junho de 2015.

CAMARANO, A. A.; FERNADES, D. *Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), p.7 , 2013. Disponível em: <<http://www.econstor.eu/handle/10419/91382>>. Acesso em: 10 de abril de 2015.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. v.19, n. 3, p. 725-733, 2003. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 de julho de 2015.

CESAR, C. C. et al. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. *Cad. Saúde Pública*, vol.31, n.5, p. 931-945, 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000500006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, v.45, n.2, p. 1763-1768, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022)>. Acesso em: 11 de abril de 2015.

CORREIA, M. V. G. et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís - MA. *Rev. psiquiatr. clín.* vol.35, n.4, p. 131-137, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 de abril de 2015.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de longa Permanência. *Rev Bras Enferm.* v. 66, n. 6, p. 914-920, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600016&script=sci_arttext)> . Acesso em; 17 de junho de 2015.

DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 43, v. 5, p. 796-805, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>. Acesso em: 17 de junho de 2015.

FARIA, E. C. et al . Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na estratégia saúde da família: município do Sul de Minas. *Rev. esc. enferm. USP*, v.45, n.spe2, p. 1748-1752, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800019)> . Acesso em: 18 de abril de 2015.

FERREIRA O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto contexto - enferm.*v.21, n.3, p. 513-518, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300004&script=sci_arttext)> . Acesso em: 15 de junho de 2015.

FERREIRA, P. C. S; TAVARES, D. M. S; RODRIGUES, R. A. P. Característica sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*, v24, n.1, p.29-35, 2011.

FHON, J. R. S. et al. Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.20, n.5, p. 927-934, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500015&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500015&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em: 01 de maio de 2015.

FIALHO, C.B et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, v.30, n.3, p.599-610, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000300599&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000300599&script=sci_arttext)>. Acesso em: 19 de junho de 2015.

GIRONDI, J. B. R, et al. O uso do índice de Barthel modificado em idoso: contrapondo a capacidade funcional, dependência e fragilidade. *J. HealthBio/Sci.* v.2, n.4, p.213-217, 2014.

JUNIOR, V. J.S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2541-2548, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000500024&script=sci_arttext)>. Acesso em 22 de junho de 2015.

GOTTLIEB, M. G,V et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v.4, n. 2, p. 365-380, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 de junho de 2015.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e

novos desafios. *Rev Soc. estado*. v.27, n.1, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69922012000100010&script=sci_arttext)>.  
Acesso em 15 de junho de 2015.

KAGAWA, C. A.; CORRENTE, J. E. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2015, vol.18, n.3, pp.577-586, 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14140>>. Acesso em: 24 de abril de 2016.

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm*, v.33, n. 4, p. 64-71, 2012. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.4322%2F0104-4931.ctoAO396>>. Acesso em: 04 de março de 2016a.

LEITE, M. T. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v.15. n.3, p.481-492, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.1.196461>>. Acesso em: 05 de março de 2016b.

LEITE, M. T. et al. Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. *Enfermería Global*, v. 14, n.37, p. 12-22, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.1.196461>>. Acesso em: 15 de abril de 2016.

MACÊDO, A. M. L et al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. n.25, v.3, p.358-363, 2012. Disponível em :  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300007)>.  
Acesso em: 14 de abril de 2015.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. bras. geriatr. gerontol*, vol.14, n.1, p. 109-121, 2011. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100012)>. Acesso em 23 de novembro de 2015.

MELLO, P. M. S. et al. Tradução, adaptação cultural e validação de uma escala para aferir limitação da atividade de subir e descer escadas. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v.16, n.3, p. 433-441, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a03.pdf> >.  
Acesso em 4 de outubro de 2016.

MORAES, E. N et al. *Atenção a saúde do idoso*: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NUNES, W. A. et al. Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Rev Rene*, v.17, n.1, p.103-11, 2016.

OKUMA, S. S. *O idoso e a atividade física*: fundamentos e pesquisa. 4ª ed, Campinas: Papirus, p.54-55, 1998.

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

PAULA, A. F. M et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. *Rev Bras Clin Med*, n.11, v. 3, p. 212-218, 2013. Disponível em:

< <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.bvs.br%2Fupload%2FS%2F1679-1010%2F2013%2Fv11n3%2Fa3767.pdf&ei=eBctVY6ILledsAXJgoGgBA&usg=AFQjCNHXhFgXCoscO01TwSD3XDGpc5buvQ>>. Acesso em: 14 de Abril de 2015.

PILGER, C. ; MARIO UMBERTO MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm.* v.66, n.6, p.907-13, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/15.pdf>>. Acesso em 4 de outubro de 2016.

PORTO, J. F. *Longevidade: atividade física e envelhecimento*. Maceió: EDUFAL, p. 74, 2008.

PRATA, H. L et al. Envelhecimento, depressão e quedas: um estudo com os participantes do Projeto Prev-Quedas. *Fisioter. mov.* v.24 n.3, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502011000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502011000300008)>. Acesso em 15 de junho de 2015.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p. 793-797, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011)>. Acesso em: 14 de abril de 2015.

REIS, L. A; REIS, L. A; TORRES, G. V. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Cienc Cuid Saude*, v.14, n.1, p. 847-854, 2015. Disponível em: < [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585/pdf\\_294](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585/pdf_294) >. Acesso em 20 de junho de 2015.

REIS, L. A; TORRES, G. V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev. bras. enferm.* vol.64, n.2, p. 274-280, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 01 de maio de 2015.

REIS, L.A.; REIS, L.A.; TORRES, G. V. Impacto das variáveis sociodemográficas e de saúde na capacidade funcional de idosos de baixa renda. *Cienc Cuid Saude*, v.14, n. 1, p. 847-854. Disponível em: <[http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585/pdf\\_294](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19585/pdf_294)>. Acesso em 18 de junho de 2015.  
*Revista de administração*, v.35, v.2, p.15-112, 2000. Disponível em: < [www.rausp.usp.br/download.asp?file=3503105.pdf](http://www.rausp.usp.br/download.asp?file=3503105.pdf)>. Acesso em: 8 de junho de 2015.

SANTOS, M. I. P. 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.

SERBIM, A. K.; FIGUEIREDO, A. E. P. L. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Sci. Med*, v.21, n.4, p. 166-172, 2011.

SILVA, M. D. C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev Saúde Pública*, v.45, n.6, p.1137-1144, 2011. Disponível

em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600016)>. Acesso em: 15 de junho de 2015

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F. P. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto - enferm.* v.21, n.1, p. 112:120, 2012.

Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci_arttext)>. Acesso em 18 de junho de 2015.

SILVA, M. D. C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n.6, p.1137-1144, 2011.

SOUZA, G. S.; SANTOS, A. R.; DIAS, V. B. *Metodologia da pesquisa científica: a construção do conhecimento e do pensamento científico no processo de aprendizagem.* Animal, p. 64, 2013.

TAVARES, D. M. S.; DIAS, F.P. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto contexto - enferm.* v.21, n.1, p. 112-120, 2012.

Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci_arttext)>. Acesso em 18 de junho de 2015.

TEIXEIRA, C. A. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Ciênc. saúde coletiva.*, v.9, n.4, p. 841-843, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000400003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 de abril de 2015.

WAJMAN, J.R. et al. Adaptação e correlação entre instrumentos cognitivos e funcionais para o estadiamento e acompanhamento da doença de Alzheimer em fases avançadas. *Rev Psiq Clín.* 2014; v.41, n. 1:5-8, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0101-60832014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-60832014000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em : 20 de junho de 2015.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *R. bras. Est. Pop.* v.23, n.1, p 5-26, 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002)>. Acesso em: 18 de julho de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 8, 2005 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Resumo: Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde.* Geneva: WHO, 2015.

ZORTEA, B. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. *Rev Rene*, v. 16, n.1, p. 123-31, 2015. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1983>>. Acesso em: 19 de novembro de 2015.

## ANEXO A

## ESCALA DE BARTHEL

| ATIVIDADE   | PONTUAÇÃO |
|---|-----------|
| <b>ALIMENTAÇÃO</b><br>0 = Incapacidade<br>5 = Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga<br>10 = Independente  |           |
| <b>BANHO</b><br>0 = Dependente<br>10 = Independente   |           |
| <b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b><br>0 = Precisa de ajuda com a higiene pessoal<br>5 = Independente rosto/ cabelo/ dentes / barbear  |           |
| <b>VESTIR-SE</b><br>0 = Dependente<br>5 = Precisa de ajuda mais consegue fazer uma parte sozinho<br>10 = Independente (incluindo botões, zíperes, laços e etc.)   |           |
| <b>INTESTINO</b><br>0 = Incontinente (necessidade de enemas)<br>5 = Acidente ocasional<br>10 = Continente   |           |
| <b>SISTEMA URINÁRIO</b><br>0 = Incontinente ou cateterizado e incapaz de manejo<br>5 = Acidente ocasional<br>10 = Continente  |           |
| <b>USO DE TOILETE</b><br>0 = Dependente<br>5 = Precisa de alguma ajuda parcial<br>10 = Independente (pentear- se e limpar- se)  |           |
| <b>TRANSFÊRENCIA (da cama para cadeira e vice e versa)</b><br>0 = Incapacidade, sem equilíbrio para ficar sentado<br>5 = Muita ajuda (uma ou duas pessoas física) podem sentar<br>10 = Pouca ajuda (verbal ou física) 15 = Independente   |           |
| <b>MOBILIDADE (em superfícies planas)</b><br>0 = Imóvel ou < 50 metros<br>5 = Cadeiras de rodas independe, incluindo esquinas, >50 metros<br>10 = Caminhada com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) >50 metros<br>15 = Independente, mais pode precisar de alguma ajuda; como exemplo bengala) >>50 metros |           |
| <b>ESCADAS</b><br>0 = Incapacitado<br>5 = Precisa de ajuda (verbal, física ou ser carregado)<br>10 = Independente   |           |

## ANEXO B ESCALA DE LAWTON E BRODY

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sr./Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia-a-dia. Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma;
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sr./Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

### 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 hábito ou é incapaz de usar telefone

### b) Em relação às 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 o 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

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM

#### ORIENTAÇÃO NO TEMPO

Em que ano nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês nós estamos? \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO

Em que estado nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que cidade nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que bairro nós estamos? \_\_\_\_\_  
 O que é este prédio em que estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar nós estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar nós estamos? \_\_\_\_\_

#### REGISTRO

Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, BOLA. Agora, repita para mim. (permita cinco tentativas, mas pontue apenas a primeira)

Carro \_\_\_\_\_  
 Vaso \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

#### ATENÇÃO E CÁLCULO

Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar. Entendeu? Vamos começar: quanto é 100 menos 7?

93\_87\_79\_72\_65\_

Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra MUNDO. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra MUNDO de trás para frente.

Nota: \_\_\_\_\_

#### MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO

Quais as três palavras que eu pedi que o Sr(a) memorizasse?

Carro \_\_\_\_\_  
 Vaso \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

#### LINGUAGEM

Aponte o lápis e o relógio e pergunte:

O que é isso? (lápis) \_\_\_\_\_

O que é isso? (relógio) \_\_\_\_

Agora eu vou pedir para o Sr(a) repita o que eu vou dizer. Certo? Então repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ".

Agora, ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr(a) fazer uma tarefa: Pegue este papel com a mão direita (pausa), com as duas mãos dobre ao meio uma vez e em seguida jogue-o no chão.

Pegue com a mão direita \_\_\_\_

Dobrou ao meio uma vez \_\_\_\_

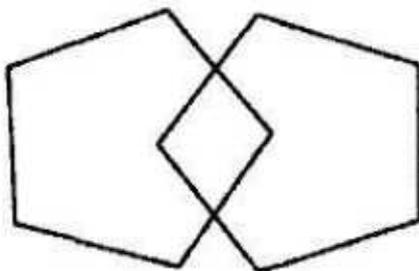
Jogou no chão \_\_\_\_

Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado a folha com o comando: FECHER OS OLHOS

Por favor escreva uma sentença. Se om paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo. (Coloque na frente do paciente um pedaço de papel em branco e lápis ou caneta)

#### HABILIDADE CONSTRUTIVA

Por favor, copie este desenho. (Apresente a folha com os pentágonos que se interseccionam)



TOTAL: \_\_\_\_