



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Ferreira, Pollyana Cristina dos Santos; Tavares, Darlene Mara dos Santos; Partezani Rodrigues,  
Rosalina Aparecida

Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem  
declínio cognitivo

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 24, núm. 1, 2011, pp. 29-35

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023869004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo\*

*Sociodemographic characteristics, functional status and morbidity among older adults with and without cognitive decline*

*Características socio demográficas, capacidad funcional y morbilidad entre ancianos con y sin declínio cognitivo*

**Pollyana Cristina dos Santos Ferreira<sup>1</sup>, Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>2</sup>, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues<sup>3</sup>**

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever as características sociodemográficas, funcionais e clínicas dos idosos com e sem declínio cognitivo residentes na zona urbana de Uberaba-MG. **Métodos:** Estudo tipo inquérito domiciliar realizado com 2.898 idosos. Foram constituídos dois grupos: grupo 1, idosos com pontuação menor que 13 no Miniexame do Estado Mental e grupo 2 com 13 pontos ou mais nesse exame. Os dados coletados, por meio de instrumento semiestruturado, foram submetidos à análise descritiva e ao teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** No grupo 1, prevaleceu idosos com 80 anos ou mais; sem ocupação e escolaridade, com hipertensão arterial e seis ou mais incapacidades funcionais. No grupo 2, a maioria possuía 60 a 70 anos; exercia atividades no lar; quatro a oito anos de estudo, hipertensão arterial e uma incapacidade funcional. Os grupos diferiram significativamente quanto: à faixa etária, escolaridade, atividade profissional, número de doenças e incapacidade funcional. **Conclusão:** Este trabalho contribuiu com estudos que enfatizam os diversos fatores que podem interferir no desempenho cognitivo do idoso.

**Descritores:** Saúde do idoso; Enfermagem geriátrica; Cognição; Cuidados de enfermagem

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the sociodemographic, functional and clinical trials of elderly patients with and without cognitive decline in urban residents of Uberaba-MG. **Methods:** Survey study conducted with 2,898 elderly household. Were formed two groups: group 1, seniors that scored lower than 13 on the Mini-Mental State Examination and group 2 with 13 points or more in the review. Data were collected through a semi-structured instrument and were subjected to descriptive analysis and Chi-square test ( $p < 0.05$ ). **Results:** In group 1, prevailed 80 years old or more, without occupation and education, with hypertension and with six or more functional disabilities. In group 2, most had 60 to 70 years, was active in the home, were between four and eight years of study and had high blood pressure and functional disability. The groups differed significantly in: age range, educational level, occupation, number of diseases and functional disability. **Conclusion:** This work contributed to studies that emphasize the various factors that may interfere with cognitive performance in elderly people.

**Keywords:** Health of the elderly; Geriatric nursing; Cognition; Nursing care

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las características socio demográficas, funcionales y clínicas de los ancianos con y sin declínio cognitivo residentes en la zona urbana de Uberaba-MG. **Métodos:** Estudio tipo encuesta domiciliar realizado con 2.898 ancianos. Fueron constituidos dos grupos: grupo 1, ancianos con puntuación menor que 13 en el Mini-examen del Estado Mental y grupo 2 con 13 puntos o más en ese examen. Los datos recolectados, por medio de instrumento semiestructurado, fueron sometidos al análisis descriptivo y a la prueba Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** En el grupo 1, prevalecieron ancianos con 80 años o más; sin ocupación y escolaridad, con hipertensión arterial y con seis o más incapacidades funcionales. En el grupo 2, la mayoría poseía 60 a 70 años; ejercía actividades en el hogar; tenían entre cuatro a ocho años de estudio, poseían hipertensión arterial y una incapacidad funcional. Los grupos diferían significativamente en: intervalo de edad, escolaridad, actividad profesional, número de enfermedades e incapacidad funcional. **Conclusión:** Este trabajo contribuyó con los estudios que enfatizan los diversos factores que pueden interferir en el desempeño cognitivo del anciano.

**Descriptores:** Salud del anciano; Enfermería geriátrica; Cognición; Cuidados de enfermería

\* Trabalho decorrente de projeto financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM – Uberaba(MG), Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária (DEESC) do Centro de Graduação em Enfermagem (CGE), Universidade Federal do Triângulo Mineiro –UFTM – Uberaba(MG), Brasil.

<sup>3</sup> Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo – USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população repercute na sociedade, podendo se configurar em problema social. Desta forma, este fenômeno precisa ser aprofundado no Brasil, a fim de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população idosa<sup>(1)</sup>.

O envelhecimento humano pode ser abordado nos contextos biológicos, sociais, psicológicos, intelectuais, econômicos, funcionais, culturais e cronológicos<sup>(2)</sup>. No que tange ao envelhecimento físico, pode ocorrer o declínio das capacidades, tanto físicas como cognitivas, de acordo com fatores genéticos, estilo de vida e características de vida dos idosos<sup>(1)</sup>.

Salienta-se que para que o idoso tenha boas condições de vida, são fundamentais a manutenção da autonomia e a independência. A autonomia é considerada a habilidade para tomar decisões, ou seja, ter autocontrole sobre sua própria vida<sup>(3)</sup> e independência é entendida como a “capacidade de realizar as atividades da vida diária sem depender de terceiros”<sup>(4)</sup>.

Ressalva-se que a autonomia e a independência são variáveis que podem se alterar no decorrer do tempo, porém a equipe interdisciplinar de saúde deve ter como meta restaurá-las ou chegar o mais próximo possível da capacidade anterior ao agravio do idoso.

Uma das maneiras de verificar as condições de saúde do idoso consiste na aplicação de instrumentos que permitam a avaliação global desses indivíduos pela equipe de saúde, abordando suas condições individuais, familiares e sociais e a relação com a capacidade funcional, cognitiva e afetividade<sup>(5)</sup>.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, dentre as suas diretrizes, tem a promoção do envelhecimento ativo e saudável que enfoca a necessidade de manutenção da capacidade física e mental<sup>(6)</sup>. Nesta perspectiva, a adoção de instrumentos que avaliem a função cognitiva, a capacidade funcional e detectem as morbidades autorreferidas pelo idoso durante o cuidado de enfermagem, contribuirá para o planejamento da atenção, pautada nas especificidades individuais, bem como na detecção precoce de déficits cognitivos e funcionais com vistas à intervenção.

O déficit cognitivo pode manifestar-se durante o processo de envelhecimento com início e progressão variáveis e relaciona-se com as próprias perdas biológicas inerentes ao tempo e à cultura do indivíduo. Ademais, os níveis social, econômico, instrucional e a idade interferem no desempenho do idoso<sup>(7)</sup>. Desta forma, é necessário estar atento a estes fatores na interpretação dos resultados<sup>(4)</sup>.

O déficit cognitivo em idosos consiste em “lentidão leve, generalizada e perda de precisão, quando estes são comparados com pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano”<sup>(8)</sup>, a exemplo o Miniexame do Estado

Mental adaptado e validado para a cultura brasileira<sup>(9)</sup>.

A avaliação da capacidade funcional dos idosos permite aos profissionais de enfermagem e aos demais membros da equipe multidisciplinar uma visão mais abrangente em relação às morbidades referidas e ao impacto da doença para a pessoa<sup>(10)</sup>.

Idosos com múltiplas comorbidades e, em especial, doenças crônicas podem apresentar dificuldades para a realização de atividades da vida diária<sup>(11)</sup>. Estudo realizado na Suécia afirma que a prevalência de agravos à saúde aumenta consideravelmente com a idade e, consequentemente, eleva os custos relacionados à assistência médica, social e serviços de cuidados de longa duração<sup>(12)</sup>.

Em inúmeros casos, o déficit cognitivo pode relacionar-se à presença de incapacidade funcional no desempenho de atividades da vida diária, especialmente, em populações com baixo nível de escolaridade<sup>(13)</sup>.

Ressalta-se que a aplicação de instrumentos que avaliem a função cognitiva e a capacidade funcional do idoso subsidiem o planejamento da atenção à saúde, visando a desenvolver ações terapêuticas e de reabilitação a serem aplicadas de forma individual, além da assistência à família. No Brasil, essa prática ainda não faz parte da rotina dos serviços de saúde incluindo os diversos níveis de atendimento ao idoso<sup>(14)</sup>. Uma das hipóteses pode ser que os serviços de saúde ainda não estão atentos a algumas lacunas, como exemplo, compreender o processo de envelhecimento como etapa da vida, bem como a falta de formação adequada dos profissionais de saúde.

Os cuidados de enfermagem em relação à avaliação funcional devem estar centrados no idoso e nos sistemas de apoio com que ele pode contar. Sendo assim, o enfermeiro, deve assistir o idoso de maneira individualizada, nos contextos familiar e social, levando em consideração as suas limitações físicas, psíquicas, sociais e ambientais<sup>(15)</sup>.

Enfatiza-se que a atuação da enfermagem na equipe multidisciplinar no processo educativo com o idoso e seus familiares é indispensável e visa a estabelecer a sua independência funcional, prevenir complicações secundárias e colaborar para a adaptação do idoso e da família à nova situação<sup>(16)</sup>.

Considerando o progressivo crescimento da população idosa de Uberaba-Minas Gerais e constatando que o uso de instrumentos para avaliação cognitiva do idoso, bem como a capacidade funcional e as morbidades prevalentes pela equipe de saúde ainda são deficientes nos serviços, porém necessários para o cuidado individualizado. O presente estudo teve a finalidade de suscitar discussões entre os profissionais de saúde sobre o referido tema e sua utilização nos serviços, além de subsidiar a atenção à saúde à população idosa.

## OBJETIVO

Descrever as características sociodemográficas,

funcionais e clínicas dos idosos, com e sem declínio cognitivo, residentes na zona urbana de Uberaba-MG.

## MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior tipo inquérito domiciliar, transversal e observacional, que avaliou as condições de saúde dos idosos residentes na zona urbana do município de Uberaba, Minas Gerais, com população idosa de 10,3%<sup>(17)</sup>.

Para este estudo maior, a amostra populacional foi calculada em 3.034 idosos considerando 95% de confiança, 80% de poder de teste, margem de erro de 4% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de  $\pi = 0,5$ , para as proporções de interesse. Após o cálculo do número de idosos, para a amostra em cada estrato (bairro), considerou-se, pelo menos, dez idosos naqueles bairros onde o cálculo amostral foi inferior a cinco e, utilizou-se a técnica de amostra sistemática para selecionar, dentro de cada bairro, os domicílios, onde os idosos foram entrevistados. Ao término da coleta dos dados e considerando as perdas, foram obtidas 2.924 entrevistas.

A amostra populacional do presente estudo constituiu-se dos idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais, ter a avaliação cognitiva completa, residir na zona urbana do município, ambos os sexos e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídas 24 pessoas que não possuíam a avaliação cognitiva completa, uma com idade inferior a 60 anos e uma por falta de informação completa, totalizando 2.898 idosos participantes da pesquisa. Foram constituídos dois grupos, denominados Grupo 1 aqueles com avaliação cognitiva menor que 13 pontos no Minieexame do Estado Mental - MEEM e Grupo 2 aqueles com avaliação cognitiva maior ou igual a 13 pontos no MEEM.

Para a coleta dos dados, foi necessário realizar, anteriormente, a identificação dos idosos no domicílio; para tanto, utilizou-se a técnica da amostragem sistemática. O mapa de cada bairro, disponibilizado pelo Centro de Controle de Zoonoses do município de Uberaba, serviu de itinerário para a seleção dos domicílios. Tal centro possui esta informação atualizada. Por meio de sorteio, foi selecionado o primeiro domicílio a ser visitado na primeira quadra do bairro. No sentido horário, os demais domicílios foram considerados em cada quadra até percorrer o bairro todo. No domicílio que não havia idoso, considerou-se aquele imediatamente posterior. Realizou-se sorteio aleatório quando, na residência selecionada havia mais de um idoso. Quando no domicílio selecionado havia idoso, mas, não estava em casa, agendou-se outro horário, e se no dia agendado o idoso não estivesse, considerou-se o domicílio imediatamente posterior. Em condomínios (prédios ou casas), o entrevistador apresentou-se na portaria e

questionou sobre o número de apartamentos ou casas existentes, elaborou um roteiro e deu sequência à seleção dos domicílios. Quando todo o bairro foi percorrido e não se alcançou o número de idoso desejado, voltou-se ao início do bairro na casa subsequente a primeira casa selecionada e repetiu-se os procedimentos até obter o número estipulado.

Para a coleta dos dados, utilizou-se a entrevista, realizada por dez entrevistadores, que foram treinados e acompanhados sistematicamente pelos pesquisadores. A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2005 e primeiro de 2006.

Os dados foram coletados, utilizando-se instrumento estruturado, baseado no questionário Older Americans Resources and Services (OARS), elaborado pela Duke University e adaptado à realidade brasileira<sup>(18)</sup>, que consta dos seguintes itens: avaliação cognitiva, dados sociodemográficos e econômicos, atividades da vida diária, saúde e uso de serviços de saúde.

A avaliação cognitiva foi baseada no Minieexame do Estado Mental (MEEM), versão reduzida validada pelos pesquisadores do Projeto SABE<sup>(19)</sup>. Para tal validação, foram usados os dados obtidos em estudo realizado no Chile pela Organização Mundial da Saúde sobre Demências Associadas à Idade<sup>(20)</sup>. Entretanto, os resultados do referido estudo evidenciaram forte viés educacional ao utilizar o instrumento na versão completa. Desta forma, foi validada nova versão para ser usada pelo Projeto SABE, visando a eliminar ou diminuir os possíveis efeitos da escolaridade sobre os resultados do MEEM. Nesta versão, estabeleceu-se um ponto de corte de 12/13, obtendo-se uma sensibilidade de 93,8 e especificidade de 93,9. A deterioração cognitiva foi indicada por uma pontuação igual ou inferior a 12. As questões da avaliação cognitiva estavam subdivididas em orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, memória recente, realização de comando e cópia de desenho. A cada acerto considerava-se um ponto, tendo pontuação máxima de 19 pontos<sup>(19)</sup>.

O MEEM constitui-se em um dos instrumentos de rastreamento de deterioração cognitiva mais utilizados, de fácil aplicação e fornece informações sobre as dimensões cognitivas, como orientação, memória, cálculo e linguagem<sup>(19)</sup>.

Dos itens do questionário OARS, descritos anteriormente, foram selecionadas as variáveis para compor este estudo: sexo, faixa etária, estado conjugal, renda individual (em salário mínimo), ocupação, escolaridade (em anos de estudo), morbidade autorreferida e número de incapacidade funcional. A capacidade funcional foi avaliada por meio das atividades da vida diária, a saber, comer; tomar banho; vestir-se; pentear cabelo; deitar e levantar da cama; ir ao banheiro em tempo; controle urinário e intestinal; subir e descer

escadas; transporte cadeira para cama e vice versa; andar no plano, andar perto de casa e cortar unhas dos pés.

A incapacidade funcional foi considerada quando o idoso referiu não conseguir realizar determinadas atividades da vida diária.

O banco de dados eletrônico foi construído no programa EPIINFO 3,2<sup>TM</sup>, os dados coletados foram duplamente digitados, para posterior verificação das informações registradas.

Após foram submetidos à análise descritiva por meio da distribuição de frequências simples absolutas e percentuais. As associações entre as variáveis categóricas foram estudadas a partir do teste  $\chi^2$ , sendo considerado significativo quando  $p < 0,05$ .

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atendendo à Resolução n.º 196/96, Protocolo n.º 553. Os idosos foram contatados em seus domicílios, aos quais foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas as informações pertinentes. Só após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo, foi conduzida a entrevista. Garantiu-se o sigilo e o anonimato das respostas, por meio da identificação das entrevistas por números.

## RESULTADOS

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos idosos estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Características sóciodemográficas de idosos, Uberaba, Minas Gerais, 2º semestre de 2005/1º semestre de 2006.

Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	36	32,70	1013	36,40	1049	36,20
Feminino	74	67,30	1775	63,60	1849	63,80
Faixa Etária						
60   70	20	18,18	1519	54,48	1539	53,10
70   80	30	27,27	939	33,68	969	33,40
80 ou mais	60	54,55	330	11,84	390	13,50
Estado Conjugal						
Nunca casou/ morou com companheiro	12	10,90	178	6,38	190	6,56
Casado/ mora com companheiro	31	28,20	1337	47,96	1368	47,20
Separado/ desquitado/ divorciado	4	3,60	278	9,97	282	9,73
Viúvo	63	57,30	989	35,47	1052	36,3
Ignorado	-	-	6	0,22	6	0,21
Renda Individual (em salário mínimo)						
Sem renda	12	10,91	371	13,31	383	13,22
< 1	1	0,91	62	2,22	63	2,17
1	81	73,64	1443	51,76	1524	52,59
1   3	10	9,09	620	22,24	630	21,74
3   5	2	1,82	163	5,85	165	5,69
> 5	4	3,64	129	4,63	133	4,59
Ocupação						
Dona de casa	12	10,91	1374	49,28	1386	47,83
Empregada doméstica	-	-	40	1,43	40	1,38
Trabalhador braçal	-	-	70	2,51	70	2,42
Comerciante/ bancário	-	-	41	1,47	41	1,41
Profissional liberal	-	-	78	2,80	78	2,69
Agricultor	-	-	14	0,50	14	0,48
Empresário	1	0,91	2	0,07	33	0,10
Outro	7	6,36	296	10,62	303	10,46
Nenhuma	89	80,91	863	30,95	952	32,85
Ignorada	1	0,91	10	0,36	11	0,38
Escolaridade (anos de estudo)						
0	56	50,91	608	21,81	664	22,91
1   3	20	18,18	870	31,21	890	30,71
4   8	19	17,27	1006	36,08	1025	35,37
9 a 12	3	2,73	183	6,56	186	6,42
> 12	2	1,82	83	2,98	85	2,93
Ignorada	10	9,09	38	1,36	48	1,66

Na Tabela 1, observa-se que a maioria dos idosos era do sexo feminino, em ambos os grupos. Não se percebeu diferença significativa entre os sexos quanto à avaliação cognitiva ( $\chi^2 = 0,45$ ;  $p = 0,50223363$ ).

No que se refere à faixa etária, verificou-se que, no grupo 1, os maiores percentuais eram para os idosos com 80 anos ou mais de idade, e no grupo 2, àqueles com 60 a 70 anos. A comparação entre os grupos mostrou que, conforme aumentou a faixa etária, houve maior proporção de idosos com avaliação cognitiva menor que 13 pontos ( $\chi^2 = 171,00$ ;  $p = 0,00000000$ ).

Quanto ao estado conjugal, observou-se diferença entre os grupos, no qual houve maior proporção de idosos viúvos no grupo 1 e no grupo 2 eram casados ou moravam com companheiros ( $\chi^2 = 30,52$ ;  $p = 0,00000383$ ).

Em ambos os grupos, os maiores percentuais para a renda individual foi de um salário mínimo. Entretanto, ao se comparar os grupos, verificou-se maior proporção de idosos no grupo 1 com renda mensal individual de um salário mínimo, e no grupo 2 recebiam de um até três salários mínimos ( $\chi^2 = 22,00$ ;  $p = 0,00040404$ ).

No grupo 1, a maioria não exercia atividade e, no grupo 2, o maior percentual era para os idosos com atividades no lar. Houve maior proporção de idosos do grupo 1 sem ocupação, e no grupo 2 a exerciam no próprio lar ( $\chi^2 = 132,40$ ;  $p = 0,00000000$ ).

Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados do grupo 1 era de analfabetos, no grupo 2, possuíam de 4 a 8 anos de estudo. Observou-se, entre os grupos, que quanto menor a escolaridade menor o desempenho cognitivo ( $\chi^2 = 96,61$ ;  $p = 0,00000000$ ).

**Tabela 2** - Morbidades referidas pelos idosos, Uberaba, Minas Gerais, 2º semestre de 2005/1º semestre de 2006.

Problema de saúde	Grupo 1		Grupo 2		Total
	n	%	n	%	
Reumatismo	17	15,45	592	21,23	609
Artrite/Artrose	24	21,82	766	27,47	790
Osteoporose	12	10,91	504	18,08	516
Asma ou Bronquite	14	12,73	279	10,01	293
Hipertensão arterial	58	52,73	1537	55,13	1595
Má Circulação (varizes)	36	32,73	1136	40,75	1172
Problemas Cardíacos	43	39,09	835	29,95	878
Diabetes	13	11,82	400	14,35	413
Obesidade	8	7,27	329	11,80	337
Derrame	22	20,00	77	2,76	99
Incontinência Urinária	27	24,55	234	8,39	261
Incontinência Fecal	19	17,27	82	2,94	101
Prisão de Ventre	9	8,18	431	15,46	440
Problemas para Dormir	37	33,64	1033	37,05	1070
Catarata	31	28,18	629	22,56	660
Glaucoma	9	8,18	154	5,52	163
Problemas de Coluna	42	38,18	1515	54,34	1557
Problema Renal	14	12,73	334	11,98	348
Seqüela Acid./Trauma	9	8,78	209	7,50	218
Problema de Visão	75	68,18	1894	67,93	1969

Nos dados da Tabela 2, são apresentadas as morbidades referidas pelos idosos. Nela, destacam-se as três morbidades com maiores percentuais. No Grupo 1, verificaram-se os problemas de visão, seguidos pelos problemas cardíacos e hipertensão arterial. No grupo 2, a maior ocorrência foi para problemas de visão, hipertensão arterial e de coluna.

Nos dados da Tabela 3, apresenta-se o número de incapacidades funcionais entre os dois grupos.

Neste estudo, foi considerada incapacidade funcional quando o idoso referiu que não conseguia realizar determinada atividade da vida diária, necessitando de ajuda de terceiros.

Na Tabela 3, verificou-se que a maioria dos idosos de ambos os grupos apresentou incapacidade funcional. Destaca-se que no Grupo 1 houve maior proporção de idosos com seis ou mais incapacidades funcionais; e no Grupo 2, a maior ocorrência foi de uma ( $\chi^2 = 753,43$ ;  $p = 0,00000000$ ).

**Tabela 3** - Incapacidades funcionais entre os idosos, Uberaba, Minas Gerais, 2º semestre de 2005/1º semestre de 2006.

Incapacidades funcionais	Grupo 1 (AC <13)		Grupo 2 (AC >13)		Total
	n	%	n	%	
Nenhuma	12	10,91	675	24,21	687
1	15	13,64	1555	55,77	1570
2	11	10,00	346	12,41	357
3	6	5,45	97	3,48	103
4	6	5,45	49	1,76	55
5	9	8,18	22	0,79	31
6 ou mais	51	46,36	44	1,58	95
					3,28

## DISCUSSÃO

O dado obtido para o maior percentual de mulheres corrobora com os encontrados no Brasil e Estado de Minas Gerais<sup>(21)</sup>. No Brasil, a razão entre os sexos masculino e feminino para os idosos com 60 anos ou mais é de 79,5 para 100, respectivamente. Em Minas Gerais, para cada 100 idosas, existe uma proporção de 81,2 homens<sup>(21)</sup>. O fenômeno ocorre de forma mais acentuada na área urbana, uma vez que para a zona rural existe maior proporção de homens, 107 para 100 mulheres; tipicamente a migração da mulher para a área urbana é superior e os homens têm maior presença em atividades no campo<sup>(21)</sup>.

Concernente à faixa etária, os resultados de estudo realizado em uma unidade ambulatorial de atendimento ao idoso foram semelhantes aos encontrados, uma vez que se observou maior disfunção cognitiva (77%) nas pessoas com 80 anos e mais de idade em relação aos que estavam na faixa etária entre 65 e 79 anos<sup>(22)</sup>. Outro estudo realizado com idosos mexicanos, com idade média de 73 anos, também corrobora com os resultados desta pesquisa

( $r = -0,28$ ,  $p = 0,001$ )<sup>(23)</sup>. Quanto ao estado conjugal, trabalho relacionado ao perfil do idoso no Brasil demonstra que a grande maioria dos homens idosos está casada, apresentando menores percentuais entre as mulheres, como os encontrados neste estudo<sup>(24)</sup>. Os dados relacionados à maior proporção de idosos do Grupo 1 ser viúvo, remetem ao planejamento da atenção em enfermagem, ou seja, é essencial identificar o cuidador potencial no âmbito familiar, para se estabelecer rede de corresponsabilidade no processo de cuidar entre idoso-cuidador-enfermagem.

A baixa renda dos idosos deste estudo corrobora com os dados do Brasil, em que 12,4% vivem com até meio salário mínimo<sup>(21)</sup>. Ao observar os números absolutos dos idosos brasileiros em situação de pobreza destaca-se que a maioria reside nos Estados da Bahia (334 mil), Minas Gerais (265 mil) e São Paulo (248 mil)<sup>(21)</sup>.

Quanto ao exercício de alguma atividade laboral, foram verificados percentuais acima dos encontrados entre os idosos brasileiros com 65 anos ou mais. Cerca de 30,9% possuíam uma ocupação e, entre aqueles com 70 anos ou mais esse valor foi reduzido para 18,4%<sup>(21)</sup>. A ocupação do tempo seja por meio do trabalho ou de atividades de lazer é essencial para manter o idoso inserido socialmente. Nesta perspectiva, este aspecto deve ser identificado pelo enfermeiro, em seu processo de trabalho, visando a favorecer ações em saúde que reforcem as relações interpessoais e o estímulo à preservação da memória.

Em relação à escolaridade, o percentual dos idosos analfabetos (22,9%) foi menor que o encontrado no Brasil (36,6%). Destaca-se que as regiões Sudeste e Sul (26,6%) têm os maiores entre as regiões brasileiras<sup>(21)</sup>. Os dados deste trabalho estão em consonância com estudos realizados no Brasil que evidenciam o menor nível educacional refletindo no pior desempenho cognitivo<sup>(25-26)</sup>.

Uma pesquisa realizada com idosos participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade demonstrou que aqueles com maior nível de escolaridade apresentavam maior renda, possuíam maior conhecimento sobre prevenção de agravos à saúde e tinham maior acesso à rede de saúde por meio de planos privados de atendimento<sup>(27)</sup>.

Os dados referentes à incapacidade funcional deste estudo chamam a atenção pelo alto número de habilidades que os idosos com declínio cognitivo não conseguem realizar, levando à maior dependência e restringindo a autonomia. Nesse sentido, autores relatam que a incapacidade funcional pode interferir no desenvolvimento pessoal e coletivo<sup>(28)</sup>.

No grupo 1, o maior número de incapacidade funcional, pode estar relacionado com o declínio funcional e com o tipo de morbidade, que são os problemas cardíacos e de visão. Situações estas que contribuem para a dependência no desenvolvimento das atividades da vida diária. Estudo realizado

em ambulatório de um hospital-escola mostrou que 72,7% dos idosos que apresentavam catarata e 81,1% dos cardiopatas eram dependentes e tinham comprometimento em três ou mais atividades da vida diária<sup>(29)</sup>.

Evidenciou-se que a hipertensão arterial foi referida por parcela expressiva dos entrevistados, bem como os problemas relacionados à coluna. Em estudo que retrata a saúde dos idosos no Brasil, constatou-se que entre aqueles com incapacidade leve prevaleciam estas duas morbidades<sup>(30)</sup>.

Neste estudo, não se verificou a relação do declínio funcional com o déficit de autocuidado. Mas, sabendo que o déficit no autocuidado relacionado ao declínio cognitivo pode dificultar a adesão e o acompanhamento do tratamento da hipertensão arterial e, consequentemente, pode contribuir para a ocorrência de problemas cardíacos, sugere-se que novas investigações sejam realizadas visando a identificar se a maior ocorrência de problemas cardíacos, entre os idosos do grupo 1, tem relação com o declínio funcional.

Nesse sentido, uma vez identificadas estas situações nos serviços de saúde o enfermeiro pode elaborar o planejamento de cuidados, desenvolvendo atividades que visem a potencializar a capacidade funcional do idoso como: estimular o autocuidado e encaminhá-lo ao tratamento e acompanhamento de agravos à saúde, propiciar um ambiente físico seguro e adequado às suas necessidades, estabelecer parcerias com a família, cuidadores e comunidade, a fim de reintegrá-lo ao convívio familiar e social.

A Enfermagem gerontológica necessita ser difundida e implementada pela equipe de enfermagem, visando a atender ao idoso em suas especificidades, de maneira a acrescentar qualidade à vida e contribuir em sua inserção social do idoso.

## CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, evidenciou-se que os idosos eram, na sua maioria, do sexo feminino, com renda de um salário mínimo. Entre aqueles do Grupo 1, prevaleceu a faixa etária de 80 anos ou mais de idade, sem ocupação, sem escolaridade; com hipertensão arterial, problemas de visão e cardíacos e apresentando seis ou mais incapacidades funcionais. Já entre os idosos do Grupo 2, a maioria estava na faixa etária de 60 a 70 anos de idade, casados, exercendo atividades no próprio lar; com 4 a 8 anos de estudo, apresentando hipertensão arterial, problemas de visão e de coluna e com uma incapacidade funcional.

As variáveis que apresentaram diferença significativa entre os grupos, tendo por recorte o declínio funcional, foram: faixa etária, escolaridade, atividade profissional, número de doenças e incapacidade funcional.

Este estudo contribui com investigações que enfatizam os diversos fatores que podem interferir no desempenho

cognitivo do idoso. A equipe de enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar deve estar preparada para aplicação de instrumentos que avaliem o idoso em relação

ao déficit cognitivo, bem como para elaboração e prática de atividades que melhorem seu desenvolvimento, visando à qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Argimon III, Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Rep Public Health.* 2005; 21(1):64-72.
2. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Netto M, coordenador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 1996. p. 313-23.
3. Diogo MJDE. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Rev Latinoam Enferm.* 1997;5(1):59-64.
4. Ventura MM, Bottino CM. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaléo Netto M, coordenador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 1996. p. 174-89.
5. Santos SSC, Cavalheiro BC, Silva BT, Barlem ELD, Feliciani AM, Valcarenghi RV. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude.* 2010;9(1):129-36.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Souza PS, Falcão JTR, Leal CC, Marino JG. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(1):29-38.
8. Gorman WF, Campbell CD. Mental acuity of the normal elderly. *J Okla State Med Assoc.* 1995;88(3):119-23.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
10. Diogo MJDE. O papel da enfermeira na reabilitação dos idosos. *Rev Latinoam Enferm.* 2000;8(1):75-81.
11. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Pública = Pan Am J Public Health.* 2007; 22(1):1-11.
12. Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *Gerontologist.* 2007;47(2):150-8.
13. Castro KCM, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66(4):809-13.
14. Reys BN, Bezerra AB, Vilela ALS, Keusen AL, Marinho V, Paula E, Laks J. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2006;52(6):401-4.
15. Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciênc Cuid Saude.* 2007;6(4):407-13.
16. Santos SSC. O ensino da Enfermagem Gerontogeriatrica e a complexidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2006;40(2):228-35.
17. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epíodo, São Paulo. *Rep Public Health.* 2003;19(3):793-8.
18. Ramos LR. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and family support of the elderly of different socio-economic strata living in the community [tese]. London (England): London School of Hygiene and Tropical of Medicine; 1987.
19. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde: Bem-estar e Envelhecimento; o projeto Sabe no município de São Paulo, uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 256 p.
20. Icaza MC, Albala C. Projeto SABE: Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. OPAS; 1999. p. 1-18.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
22. Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(1):7-17.
23. Sheffield KM, Peek MK. Neighborhood context and cognitive decline in older Mexican Americans: results from the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *Am J Epidemiol.* 2009;169(9):1092-101.
24. Camarano AA, Kanso S, Mello JL. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In: Camarano AA, organizadora. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 77-105.
25. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miníexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2007;34(1):13-7.
26. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
27. Alexandre TS, Cordeiro RC. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):613-21.
28. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(1):32-9.
29. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional do idoso. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4):643-8.
30. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. *Rep Public Health.* 2008;24(3):535-46.