

Dimensões preditoras das condições clínico-funcionais e cognição em idosos

Predicting dimensions of clinical-functional conditions and cognition in the elderly
Dimensiones indicadoras de las condiciones clínico-funcionales y cognición en ancianos

Jenifer Nogueira Martins Araujo da Silva^I

ORCID: 0000-0002-5064-669X

Marinês Tambara Leite^I

ORCID: 0000-0003-3280-337X

Luana Caroline Gaviraghi^{II}

ORCID: 0000-0002-1447-7454

Vanessa Ramos Kirsten^I

ORCID: 0000-0002-6737-1039

Sandra da Silva Kinalski^{III}

ORCID: 0000-0002-4841-2288

Leila Mariza Hildebrandt^I

ORCID: 0000-0003-0504-6166

Margrid Beuter^{III}

ORCID: 0000-0002-3179-9842

^I Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{II} Associação Hospital de Caridade de Palmeira das Missões. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva JNMA, Leite MT, Gaviraghi LC, Kirsten VR, Kinalski SS, Hildebrandt LM, et al. Predicting dimensions of clinical-functional conditions and cognition in the elderly. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20190162. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0162>

Autor Correspondente:

Marinês Tambara Leite
E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Maria Saraiva

Submissão: 06-03-2019 **Aprovação:** 01-04-2020

RESUMO

Objetivo: Avaliar as dimensões preditoras das condições clínico-funcionais e a capacidade cognitiva de idosos residentes no domicílio. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, analítico, quantitativo. Para coleta de dados, utilizou-se: instrumento com variáveis sociodemográficas e comportamentais, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional; e, para avaliar a cognição, o Mini Exame do Estado Mental. Foram conduzidas análises descritivas e testes estatísticos. **Resultados:** Participaram do estudo, 305 idosos, residentes no domicílio, em área urbana e rural. Eles classificaram-se em robustos (71,8%), pré-frágeis (22%) e frágeis (6,2%). Quanto à cognição, 24,9% deles apresentaram déficit cognitivo. Evidenciou-se que o comprometimento cognitivo prediz o desenvolvimento de incapacidade funcional. **Conclusão:** Considera-se que os profissionais de saúde devem tanto atuar no sentido da manutenção das condições funcionais e cognitivas dos idosos robustos e pré-frágeis quanto atentar para a reabilitação das incapacidades instaladas naquelas pessoas idosas que se encontram em situação de fragilidade. **Descritores:** Idoso; Fragilidade; Saúde do Idoso; Enfermagem; Cognição.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the predictive dimensions of clinical-functional conditions and the cognitive capacity of elderly people living at home. **Method:** Cross-sectional, population-based, analytical, quantitative study was utilized. For data collection, an instrument with sociodemographic and behavioral variables, the Functional Clinical Vulnerability Index; and, to assess cognition, the Mini-Mental State Examination (MMSE) was used. Descriptive analyzes and statistical tests were conducted. **Results:** 305 elderly subjects, living at home, in urban and rural areas participated in the study. They were classified as robust (71.8%), pre-frail (22%) and frail (6.2%). As for cognition, 24.9% of them had cognitive impairment. It was shown that cognitive impairment predicts the development of functional disability. **Conclusion:** It is considered that health professionals should both act in order to maintain the functional and cognitive conditions of the robust and pre-frail elderly people and pay attention to the rehabilitation of the disabilities installed in those elderly people who are in a situation of frailty. **Descriptors:** Aged; Frailty; Health of the Elderly; Nursing; Cognition.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar las dimensiones indicadoras de las condiciones clínico-funcionales y la capacidad cognitiva de ancianos residentes en el domicilio. **Método:** Estudio transversal de base poblacional, analítico, cuantitativo. Para recogida de datos, se ha utilizado: instrumento con variables sociodemográficas y comportamentales, el Índice de Vulnerabilidad Clínico Funcional; y, para evaluar la cognición, el Mini Examen del Estado Mental. Han sido conducidos análisis descriptivos y test estadísticos. **Resultados:** Participaron del estudio, 305 ancianos, residentes en el domicilio, en área urbana y rural. Ellos se clasificaron en robustos (71,8%), pre-frágeles (22%) y frágiles (6,2%). En cuanto a la cognición, 24,9% de ellos presentaron déficit cognitivo. Se ha evidenciado que el comprometimiento cognitivo predice el desarrollo de incapacidad funcional. **Conclusión:** Se considera que los profesionales de salud deben tanto actuar en el sentido de la mantención de las condiciones funcionales y cognitivas de los ancianos robustos y pre-frágeles cuanto atentar para la rehabilitación de las incapacidades instaladas en aquellas personas ancianas que se encuentran en situación de fragilidad. **Descritores:** Anciano; Fragilidad; Salud del Anciano; Enfermería; Cognición.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma progressiva e intensa, sobretudo nos países em desenvolvimento, como o Brasil. O envelhecimento é um processo natural do ser humano, no qual ocorrem mudanças multifatoriais do ponto de vista físico, psicológico e social, que repercutem na vida das pessoas envelhecidas e interferem na relação entre o eu, a mente e a sociedade, não devendo ser considerado uma doença⁽¹⁾.

Caracterizar o envelhecimento como um *continuum* significa que o envelhecer ocorre diariamente, sem que isso tenha o sentido de ser velho⁽²⁾. Por sua vez, os anos a mais, conquistados para serem vividos, devem ser vividos com boa qualidade de vida. Dentre os aspectos relacionados à boa qualidade de vida na velhice, está a capacidade funcional (CF), pois associa-se à independência e autonomia do indivíduo⁽³⁾.

O potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar de forma independente no seu cotidiano define-se como CF. Esse atributo pode ser avaliado de diferentes modos e perspectivas. Assim, a avaliação funcional verifica, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos restringem as pessoas idosas para a realização, de forma autônoma e independente, das atividades de vida diária (AVDs) e possibilita a elaboração de um planejamento assistencial mais adequado⁽⁴⁾. É importante destacar que a redução da CF e da autonomia da pessoa idosa pode implicar consequências negativas para si bem como modificar o modo de vida e sobrecarregar os familiares e/ou seus cuidadores⁽⁵⁾.

Independência é entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, ter capacidade de viver de modo independente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outras pessoas. E a autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como quer viver, de acordo com suas próprias regras e preferências⁽⁴⁾. Nesse contexto, a qualidade de vida (QV) é um conceito amplo que engloba a saúde física, o nível de independência, as relações sociais, o estado psicológico, as crenças e o meio ambiente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu QV como a percepção que a pessoa possui de sua posição na vida, inserida em sua comunidade e nos sistemas de valores, relativos às suas expectativas, padrões e preocupações⁽⁴⁾.

O avanço da idade pode causar diminuição da CF e fazer com que a pessoa idosa perca sua autonomia e independência, comprometendo sua qualidade de vida⁽⁶⁾. Paralelamente, o desenvolvimento de doenças crônicas tem sido crescente entre os idosos, e isso se deve, em parte, ao processo de envelhecimento da população, o qual é comum ocorrer de modo saudável, mas também ao fato de possuir interface com morbidades crônico-degenerativas, que podem acarretar a perda da CF, deixando-os vulneráveis e dependentes de cuidados⁽⁷⁾.

A fragilidade é uma síndrome multidimensional, que envolve fatores biológicos, cognitivos e sociais, culminando com estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte). A fragilidade está relacionada à presença de comorbidades e incapacidades, podendo ser fator causador ou predisponente de tais eventos⁽⁸⁻⁹⁾. Os idosos classificados como frágeis podem apresentar três ou mais

das seguintes características: relato de fadiga, perda de peso sem causa aparente no período de um ano, capacidade reduzida para atividade física, força de preensão reduzida e alteração no tempo da marcha e do equilíbrio⁽⁹⁾. Dessa forma, é importante verificar a ocorrência da síndrome de fragilidade nessa população, bem como identificar quais são os fatores associados a essa vulnerabilidade. Dentre eles, o declínio cognitivo recebe maior ênfase⁽¹⁰⁾.

O declínio cognitivo consiste em lentidão das habilidades mentais, que evolui conforme o avançar da idade, pode relacionar-se às perdas biológicas inerentes ao tempo e, ainda, estar associado a outras razões, como: demência, uso de medicação, alteração de afeto e depressão. Os déficits cognitivos observados no envelhecimento são os esquecimentos de fatos recentes, dificuldade de efetuar cálculos, mudanças no estado de atenção, diminuição da concentração e do raciocínio⁽¹¹⁾.

A avaliação cognitiva e da CF é relevante na área da geriatria e gerontologia como uma ferramenta de estimativa da qualidade de vida do idoso⁽¹²⁾. Essa avaliação pode ser realizada de modo sistemático nos serviços de atenção à saúde aos idosos, com uso de instrumentos já construídos e validados.

Nesses serviços, os enfermeiros desempenham importante papel junto a essa população, uma vez que interagem e compartilham orientações, ofertando assistência diferenciada, humanizada e de qualidade a esse estrato populacional. Além disso, auxiliam os idosos na manutenção da capacidade funcional e cognitiva, a enfrentar situações de adoecimento e a encontrar sentido na vida.

OBJETIVO

Avaliar as condições clínico-funcionais e a capacidade cognitiva de idosos residentes no meio rural e urbano de um município do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Aspectos éticos

No decorrer da pesquisa foram preservados os dispositivos da Resolução CNS/MS nº 466/2012⁽¹⁷⁾, favorável à sua execução junto ao Comitê de Ética e Pesquisa.

Desenho, local do estudo, período, população e amostra

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, quantitativo, com amostra de conveniência, conduzido em um município do Rio Grande do Sul, Brasil, em que os dados foram coletados no domicílio, no período de janeiro a fevereiro de 2018. Participaram deste estudo, idosos residentes no meio urbano e rural do município-local de investigação.

A população total do município era de 2.710 habitantes, dos quais 1.858 residiam no meio rural; e 852, na área urbana⁽¹³⁾. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), esse município possuía, em 2010, 13,9% de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos⁽¹³⁾. A partir dos dados populacionais atualizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) no mês de setembro de 2017, a relação de idosos totalizou o número de 406, que estão distribuídos em sete microáreas de atuação da

Estratégia de Saúde da Família (ESF). A localização e o endereço deles foram fornecidos pelos ACSs, os quais também acompanharam a pesquisadora na realização das entrevistas. Destaca-se que o município possuía 100% de cobertura pela ESF. No entanto, no período de coleta dos dados, uma microárea não era coberta, sem ACS, o que inviabilizou o contato e a entrevista com 62 idosos adscritos a essa ESF. Além disso, 39 idosos vinculados a outras ESFs não se encontravam em seus domicílios por ocasião das visitas da entrevistadora. Assim, participaram deste estudo 305 idosos.

Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão estabeleceram-se: ser idoso, residir em área de abrangência do município-local de estudo. Quando diante de impossibilidade cognitiva dos idosos para a realização das entrevistas, as informações relativas à caracterização socio-demográfica e ao IVCF-20 foram fornecidas por um familiar e/ou cuidador destes. Em tais casos, não foi aplicado o MEEM.

Protocolo do estudo

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário para caracterização da população, elaborado pelas pesquisadoras — o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20); bem como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O questionário continha questões relativas a dados socioeconômicos e de saúde. Para avaliar o risco de vulnerabilidade, utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20). Esse questionário contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfaz um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso⁽¹⁴⁾. Classificaram-se os idosos como de baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional (robustos) aqueles que apresentam pontuação de 0 a 6 pontos; de moderado risco (pré-frágeis), com pontuação de 7 a 14; e de alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágeis), com pontuação de 15 ou mais⁽¹⁴⁾.

Para avaliar o nível cognitivo, foi usado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹⁵⁾. Esse instrumento contém questões agrupadas em sete categorias, e cada uma tem o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas como: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM varia de 0 pontos (maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos) ao máximo de 30 pontos (melhor capacidade cognitiva)⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Como a escolaridade influencia os escores do MEEM, neste estudo empregaram-se as notas de corte de acordo com o número de anos de estudo formal⁽¹⁶⁾, as quais são: 18 pontos para analfabetos; 21 pontos para os indivíduos com escolaridade de 1 a 3 anos; 24 pontos de 4 a 7 anos; e 26 pontos para aqueles com 7 anos ou mais de ensino formal.

Análise dos resultados e estatística

Os dados coletados foram duplamente digitalizados em um banco de dados, para evitar possíveis erros de digitação. Em seguida, para análise, foi utilizado o software, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Foram usadas análises estatísticas descritiva, com distribuição de frequências (para variáveis qualitativas); as associações entre variáveis categóricas foram realizadas com testes qui-quadrado e Exato de Fischer. Foi adotado valor de $p < 0,05$ como nível de significância para todas as análises.

RESULTADOS

Dos 305 idosos participantes do estudo, 229 (75,1%) não apresentaram déficit cognitivo, e 219 (71,8%) classificaram-se como robustos. Entre os idosos classificados como frágeis, 13 (17,1%) tinham alterações cognitivas, ao passo que, dentre os classificados como robustos, 178 (77,7%) mantinham sua capacidade cognitiva inalterada ($p < 0,000$). Esse dado evidencia que a redução das condições clínico-funcionais se associa a déficit cognitivo (Tabela 1).

Tabela 1 – Classificação dos idosos de acordo com o IVCF-20, segundo presença ou não de déficit cognitivo (MEEM), 2018

IVCF-20	n (%)	COGNIÇÃO		Valor de p
		Sem déficit n (%)	Com déficit n (%)	
Robusto	219 (71,8)	178 (77,7)	41 (53,9)	0,000*
Pré-frágil	67 (22,0)	45 (19,7)	22 (28,9)	
Frágil	19 (6,2)	6 (2,6)	13 (17,1)	
Total	305 (100)	229 (75,1)	76 (24,9)	

Nota: *Teste Qui-quadrado, $p < 0,05$.

Na Tabela 2, observa-se que, dentre os idosos que apresentaram déficit cognitivo, 44 (29,9%) consideraram sua saúde regular ou ruim; dentre os que não tinham alterações cognitivas, 126 (79,7%) consideraram-na excelente ou boa. No que concerne às atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), 275 (90,2%) referiram que sua saúde ou condição física não os impediam de fazer compras; e 283 (92,8%) disseram que eles não deixavam de controlar seu dinheiro ou pagar contas ($p < 0,000$).

Entre os idosos com déficit cognitivo, 19 (86,4%) relataram ter deixado de fazer compras ou pagar contas por causa de sua saúde. No que tange à realização de pequenos trabalhos domésticos, 20 (71,4%) idosos deixaram de realizá-los, resultado estatisticamente significativo ($p < 0,000$). No que se refere às AVDs, como tomar banho sozinho, 296 (97,0%) relataram não ter deixado de fazê-las ($p < 0,001$).

Com relação ao humor, dos idosos sem déficit cognitivo, 53 (71,6%) apontaram desânimo, tristeza ou desesperança no último mês. Acerca da mobilidade, 211 (77,3%) dos idosos sem déficit cognitivo e 62 (22,7%) dos que apresentaram déficit cognitivo, declararam dificuldades para caminhar. Relativo a quedas, 294 (96,4%) do total de idosos não as apresentaram no último ano. No que diz respeito à continência esfinteriana, 290 (95,1%) afirmaram não perder urina ou fezes sem querer ($p < 0,001$).

Os dados relativos à comunicação mostram que 293 (96,1%) idosos não mencionaram problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, e 292 (95,7%)

Continuação da Tabela 2

também não referiram problemas de audição. Porém, dos idosos com déficit cognitivo, oito (61,5%) citaram problemas de audição. Os dados relativos às dimensões do IVCF-20 e faixa etária mostraram que 22 (50%) dos idosos com mais de 80 anos classificaram-se como pré-frágeis, e 8 (18,2%) são frágeis (Figura 1). Esse dado mostra que a idade se constitui em um fator preditor de redução da capacidade funcional.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos de acordo com IVCF-20 e presença ou não de déficit cognitivo, 2018

IVCF-20	n (%)	Cognição		Valor de p
		Sem déficit n (%)	Com déficit n (%)	
Em geral, você diria que sua saúde é...				
Excelente, muito boa ou boa	158 (51,8)	126 (79,7)	32 (20,3)	0,034*
Regular ou ruim	147 (48,2)	103 (70,1)	44 (29,9)	
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?				
Sim	30 (9,8)	10 (33,3)	20 (66,7)	0,000*
Não ou não faz por outros motivos	275 (90,2)	219 (79,6)	56 (20,4)	
Por causa de sua saúde você deixou de controlar seu dinheiro ou pagar as contas?				
Sim	22 (7,2)	3 (13,6)	19 (86,4)	0,000*
Não ou não controla por outros motivos	283 (92,8)	226 (79,9)	57 (20,1)	
Por causa de sua saúde você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos?				
Sim	28 (9,2)	8 (28,6)	20 (71,4)	0,000*
Não ou por outros motivos	277 (90,8)	221 (79,8)	56 (20,2)	
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?				
Sim	9 (3,0)	2 (22,2)	7 (77,8)	0,001*
Não	296 (97,0)	227 (76,7)	69 (23,3)	
Algun familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?				
Sim	123 (40,3)	89 (72,4)	34 (27,6)	0,220
Não	182 (59,7)	140 (76,9)	42 (23,1)	
Esse esquecimento está piorando nos últimos meses?				
Sim	56 (18,4)	35 (62,5)	21 (37,5)	0,015*
Não	249 (81,6)	194 (77,9)	55 (22,1)	
Esse esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?				
Sim	18 (5,9)	7 (38,9)	11 (61,1)	0,001*
Não	287 (94,1)	222 (77,4)	65 (22,6)	
No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?				
Sim	74 (24,3)	53 (71,6)	21 (28,4)	0,260
Não	231 (75,7)	176 (76,2)	55 (28,4)	
No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades prazerosas?				
Sim	22 (7,2)	11 (50,0)	11 (50,0)	0,007*
Não	283 (92,8)	218 (77,0)	65 (23,0)	
Você tem dificuldade de caminhar?				
Sim	32 (10,5)	18 (56,2)	14 (43,8)	0,011*
Não	273 (89,5)	211 (77,3)	62 (22,7)	

Continua

IVCF-20	n (%)	Cognição		Valor de p
		Sem déficit n (%)	Com déficit n (%)	
Você teve duas ou mais quedas no último ano?				
Sim	11 (3,6)	5 (45,5)	6 (54,5)	0,031*
Não	294 (96,4)	224 (76,2)	70 (23,8)	
Você perde urina ou fezes sem querer em algum momento?				
Sim	15 (4,9)	5 (33,3)	10 (66,7)	0,001*
Não	290 (95,1)	224 (77,2)	66 (22,8)	
Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de atividade do cotidiano?				
Sim	12 (3,9)	6 (50,0)	6 (50,0)	0,050*
Não	293 (96,1)	223 (76,1)	70 (23,9)	
Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de atividade cotidiana?				
Sim	13 (4,3)	5 (38,5)	8 (61,5)	0,005*
Não	292 (95,7)	224 (76,7)	68 (23,3)	
Total	305 (100)	229 (75,1)	76 (24,9)	

Nota: *Teste exato de Fisher; Valor significativo igual a $p < 0,05$.

Na Figura 2, visualiza-se que os idosos que frequentaram maior tempo o ensino formal se classificaram como robustos 64 (78%). Nesse cenário, infere-se que a escolaridade é um fator protetor para a preservação das condições clínico-funcionais e da cognição em idosos.

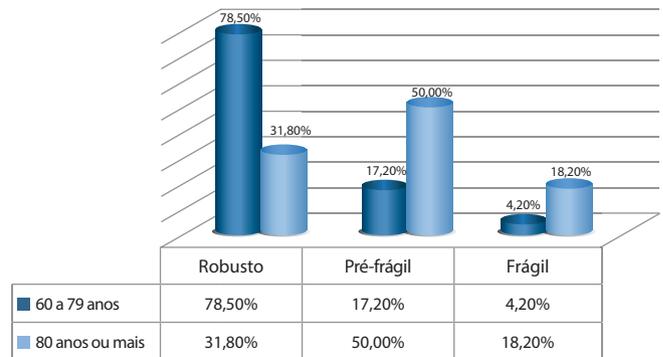


Figura 1 - Distribuição dos participantes de acordo com as dimensões do IVCF-20 e faixa etária, 2018

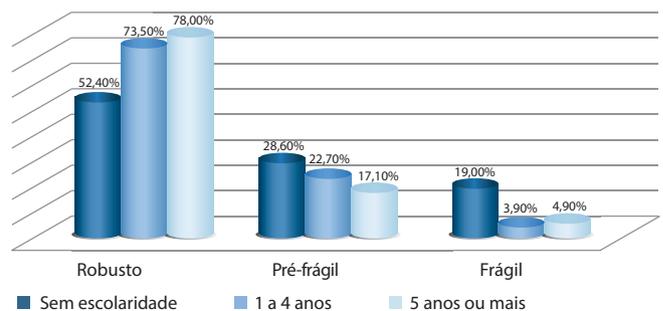


Figura 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as dimensões do IVCF-20 e escolaridade, 2018

Na Tabela 3, observa-se que a faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos em 161 (52,8%) participantes; 93 (57,1%) eram mulheres; 197 (64,6%) residiam em área rural; 198 (64,9%) eram casados; 278 (91,1%) mencionaram ter filhos; e 42 (13,8%) não estudaram.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes do estudo, segundo características sociodemográficas e sexo, 2018

	n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Valor de p
Idade				
60 a 70	161 (52,8)	93 (57,1)	68 (47,9)	0,078
70 a 80	100 (32,8)	53 (32,5)	47 (33,1)	
80 ou mais	44 (14,4)	17 (40,4)	27 (19,0)	
Situação conjugal				
Casado(a)	198 (64,9)	101 (62,0)	97 (68,3)	0,227
Solteiro(a)	40 (13,1)	20 (12,3)	20 (14,1)	
Viúvo(a)	67 (22,0)	42 (25,8)	25 (17,6)	
Reside na área				
Urbana	108 (35,4)	64 (39,3)	44 (31,0)	0,132
Rural	197 (64,6)	99 (60,7)	98 (69,0)	
Tem filhos				
Sim	278 (91,1)	152 (93,3)	126 (88,7)	0,166
Não	27 (8,9)	11 (6,7)	16 (11,3)	
Sabe ler e escrever				
Sim	252 (82,6)	133 (81,6)	119 (83,8)	0,612
Não	53 (17,4)	30 (18,4)	23 (16,2)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	42 (13,8)	25 (15,3)	17 (12,0)	0,397
1 a 4 anos	181 (59,3)	91 (55,8)	90 (63,4)	
5 anos ou mais	82 (26,9)	47 (28,8)	35 (24,6)	
Situação ocupacional				
Trabalha e/ou aposentado	59 (19,3)	14 (8,6)	45 (31,7)	0,000*
Aposentado	246 (80,7)	149 (91,4)	97 (68,3)	
Renda mensal				
≤ 1 SM*	227 (74,4)	113 (69,3)	114 (80,3)	0,029*
2 ou mais SM	78 (25,6)	50 (30,7)	28 (19,7)	
Nº de pessoas dependentes				
1 pessoa	58 (19,3)	32 (20,1)	26 (18,4)	0,340
2 a 3 pessoas	223 (74,3)	120 (75,5)	103 (73,0)	
4 pessoas ou mais	19 (6,3)	7 (4,4)	12 (8,5)	
Total	305 (100)	163 (53,4)	142 (46,6)	

Nota: *Teste Qui-quadrado; p < 0,05. *SM – Salário mínimo (R\$ 954,00).

Quanto à situação ocupacional, 246 (80,7%) eram aposentados, e 59 (19,3%) mencionaram trabalhar e/ou serem aposentados. A renda mensal de 227 (74,4%) era de um salário mínimo ou menos; e 223 (74,3%) tinham de duas a três pessoas dependentes da renda que recebiam.

DISCUSSÃO

A avaliação das dimensões clínico-funcionais dos idosos demonstrou que há fatores preditores positivos para a preservação da capacidade funcional, tais como: maior escolaridade e renda, boas condições de saúde e mobilidade preservada. Entretanto, há dimensões preditoras que podem ser consideradas negativas para a manutenção das condições clínico-funcionais, entre elas está a idade avançada, baixa escolaridade, reduzida condição econômica, estado de saúde regular ou ruim, capacidade de mobilidade prejudicada e déficit cognitivo.

Sendo assim, verificou-se que o comprometimento cognitivo pode prever o desenvolvimento de alterações nas condições clínico-funcionais. Isto é, uma vez que fragilidade é uma entidade multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida⁽¹⁸⁾, os idosos foram classificados como robustos, pré-frágeis e frágeis.

Vale destacar que idosos robustos são aqueles que apresentam boa reserva homeostática e, portanto, capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não possuem incapacidade funcional ou condição crônica de saúde. Idosos em risco de fragilização (pré-frágeis) são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia se encontram em estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais, mas sem dependência funcional. Idoso frágil é aquele que apresenta declínio funcional estabelecido e que é incapaz de gerenciar sua vida, em razão da presença de incapacidades, única ou múltipla⁽¹⁴⁾.

No presente estudo, do total de idosos, 219 (71,8%) foram classificados como robustos; e destes, 178 (77,7%) não apresentaram déficit cognitivo. No entanto, dos 19 (6,2%) idosos classificados como frágeis, o maior número, 13 (17,1%), apresentou déficit cognitivo, demonstrando associação estatisticamente significativa entre cognição e funcionalidade nos idosos avaliados. Esse mesmo achado também foi encontrado em outros estudos⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Em relação à cognição, 34 (27,6%) dos idosos com déficit cognitivo mencionaram que algum familiar ou amigo referiu que o mesmo está esquecido, com piora desse quadro nos últimos meses. Destaca-se que, dos idosos sem déficit cognitivo, 7 (38,9%) relataram que o esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade cotidiana, e o mesmo acontece para 11 (61,1%) idosos com déficit cognitivo.

Com o aumento da idade, algumas funções cognitivas se mantêm estáveis e outras declinam. Neste estudo, observou-se que 76 (24,9%) idosos tinham comprometimento cognitivo. Em distintos estudos⁽²⁰⁻²¹⁾, houve uma proporção maior de indivíduos, respectivamente, 28,14% e 63,3% da população idosa com déficit cognitivo. Essa diferenciação pode estar associada às características dos idosos entrevistados, pois naqueles estudos a amostra constituiu-se de indivíduos residentes em áreas urbanas de uma grande cidade, ao passo que, neste, participaram idosos residentes em área urbana e rural, em um pequeno município, o que favorece a interação social. Salienta-se, ainda, que o comprometimento cognitivo afeta, também, a capacidade funcional do indivíduo no seu cotidiano, implicando perda da independência e da autonomia. Tal perda varia de acordo com o grau de gravidade, com consequente redução da qualidade de vida do idoso, o que indica a importância do diagnóstico precoce do declínio cognitivo⁽²²⁾.

No referente às AIVDs, 275 (90,2%) dos idosos referiram que sua saúde ou condição física não os impediam de fazer compras; e 283 (92,8%) não deixavam de controlar seu dinheiro ou pagar contas. Já entre os idosos com déficit cognitivo, 19 (86,4%) relataram ter deixado de fazer compras ou pagar contas por causa da sua condição de saúde. Sobre realização de pequenos trabalhos domésticos, 20 (71,4%) deixaram de fazê-los. Para atividades básicas de vida diária (AVDs), como tomar banho sozinho, 296 (97,0%) referiram não ter deixado de fazê-las. Esses dados são semelhantes ao estudo que avaliou a capacidade funcional para AVD de idosos residentes em área rural, o qual concluiu que os idosos, na maior parte, eram funcionalmente capazes para a realização delas, tanto básicas quanto instrumentais, em que a prevalência de capacidade para AVD foi de 81,8%; e para as AIVDs, 54,6%⁽²³⁾.

Com relação ao humor, observou-se que 74 (24,3%) dos idosos referiram desânimo, tristeza ou desesperança no último mês. Esse dado é relevante, pois pode estar associado a uma condição depressiva. Estudos destacam a importância da relação preditiva entre sintomas depressivos e incapacidade funcional, tornando-se importante a estratégia de rastreamento de sintomatologia comum em idosos. Tais sintomas são frequentemente desconhecidos — como alteração de humor, do sono e do apetite — e permanecem por mais de duas ou três semanas⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Quanto à mobilidade, 32 (10,5%) idosos referiram dificuldades para caminhar, e 294 (96,4%) do total de idosos não apresentaram duas ou mais quedas no último ano. Esse dado chama a atenção, pois divergem de outro estudo, realizado com o objetivo de verificar os fatores associados a quedas em idosos, no qual os autores verificaram uma incidência de quedas recorrentes em 75% dos idosos investigados, estando ligadas à condição cognitiva, alterações visuais, vestibulopatias e ao ambiente domiciliar. E os fatores isolados que não apresentaram riscos foram o equilíbrio, a marcha e a força muscular⁽²⁶⁾.

Os dados relativos à comunicação mostram que 293 (96,1%) idosos não mencionaram problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, e 292 (95,7%) também não reportaram problemas de audição. Porém, dos idosos com déficit cognitivo, 8 (61,5%) citaram problemas de audição, corroborando achados do estudo realizado com o objetivo de verificar a correlação entre o desempenho cognitivo e perda auditiva, o qual demonstrou que a cognição pode estar intimamente relacionada ao desempenho comunicativo de idosos em situações desfavoráveis de conversação — por exemplo, quando há perda auditiva⁽²⁷⁾.

Os dados sociodemográficos mostram que houve predomínio de idosos na faixa etária de 60 a 70 anos de idade, dados que igualmente aparecem em outros estudos⁽²⁸⁾. Ressalta-se, ainda, que 44 (14,4%) dos idosos possuíam idade igual ou superior a 80 anos. Essa faixa etária, de 80 anos ou mais, vem crescendo a um ritmo relativamente maior do que a população idosa total, apresentando um crescimento de 246% no período compreendido entre 1980 a 2005⁽²⁹⁾. O destaque para a população feminina pode estar atrelado à maior longevidade das mulheres, fato que caracteriza a feminização do envelhecimento.

No que tange à escolaridade, houve prevalência dos que estudaram entre um e quatro anos, dados similares a outros estudos⁽³⁰⁾. Tais resultados vão ao encontro dos dados levantados pelo IBGE⁽¹¹⁾, evidenciando elevada incidência de baixos níveis de instrução entre os idosos brasileiros. Nesse mesmo contexto, verificou-se que os idosos com maior nível de escolaridade, em sua maioria, foram classificados como robustos, ou seja, apresentaram melhor capacidade clínico-funcional, sendo importante salientar que a escolaridade tem impacto sobre a situação de saúde da população. Os idosos com maior nível de escolaridade são mais autônomos para o autocuidado, uso de meios de transporte e de comunicação. Por outro lado, o idoso com menor escolaridade está mais suscetível a doenças e, logo, demanda maior atenção à saúde e reconhecimento desse importante fator. Ressalta-se a influência de aspectos socioeconômicos nesse contexto, pois, na infância de muitos desses idosos, a educação era privilégio de poucos⁽²⁹⁾.

Dessa maneira, os resultados deste estudo reforçam o entendimento de que a capacidade cognitiva se associa à funcionalidade

do indivíduo. Essa constatação deve ser considerada na construção de estratégias de prevenção como forma de assegurar, o quanto possível, a independência e a autonomia do idoso⁽²⁸⁾.

Embora o maior número de idosos que participaram deste estudo tenha sido classificado como robusto, há de se atentar para adoção de medidas de preservação das capacidades funcionais e cognitivas desse estrato populacional. Isso porque tais condições devem ser mantidas com vistas à manutenção da autonomia e independência da pessoa idosa.

Limitações do estudo

O presente estudo mostra limitações em relação à variabilidade interindividual dos idosos, pelo uso de métodos indiretos de avaliação dos desfechos. Também, não foram avaliadas outras variáveis no presente estudo pelo entendimento de que elas podem influenciar tanto as condições de declínio clínico-funcional quanto a capacidade cognitiva, visto que foram considerados desfechos secundários e estes não fizeram parte do objetivo deste manuscrito. Outra limitação é o fato de ter sido realizado com a população residente em um município de pequeno porte. Portanto, sugere-se que outros estudos sejam realizados com amostras de diferentes municípios.

Contribuições para o campo da enfermagem

A partir dos resultados encontrados, evidencia-se que a enfermagem lida com idosos em diferentes cenários, assim deve atuar tanto na manutenção das condições clínico-funcionais e cognitivas de idosos robustos e pré-frágeis quanto atentar para a reabilitação das incapacidades instaladas naquelas pessoas idosas que se encontram em situação de fragilidade.

CONCLUSÃO

Os idosos foram classificados como robustos, pré-frágeis e frágeis, com maior predomínio de robustos. No que se refere à capacidade cognitiva, verificou-se que a maior parte dos idosos mantinha sua cognição inalterada. Ainda, foi possível evidenciar que o comprometimento cognitivo pode predizer o desenvolvimento de incapacidades funcionais, uma vez que, entre os idosos classificados como frágeis, houve predomínio dos que apresentaram déficit cognitivo. Também, constatou-se que os idosos com maior nível de escolaridade, prevaleceu os que foram classificados como robustos, ou seja, apresentaram melhor capacidade funcional.

Desse modo, verificou-se que, entre as dimensões preditoras positivas para a manutenção das condições clínico-funcionais, estão: maior escolaridade e renda, boas condições de saúde e mobilidade preservada. Entre as dimensões que podem ser consideradas negativas, se encontram: idade avançada, baixa escolaridade, reduzida condição econômica, estado de saúde regular ou ruim, capacidade de mobilidade prejudicada e déficit cognitivo.

Resultados que mostram a associação entre o déficit cognitivo e capacidade funcional apontam para a importância de realização de estudos que rastreiem tais condições na população idosa, com vistas a planejar ações de atenção à saúde, manutenção da saúde, independência, autonomia e qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

1. Silva AP, Pirolo SM. Perception of man about aging. Rev Enferm UFPE[Internet]. 2017 [cited: 2018 May 08];11(supl.3):1388-97. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13981/16832>
2. Gonçalves CD. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. Estud Interdiscipl Envelhec[Internet]. 2015[cited 2018 Sep 12];20(2):645-57. Available from: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/49428>
3. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. Rev Enferm Cent O Min. 2014;4(2):1135-45. doi: 10.19175/recom.v0i0.593
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.
5. Saquetto M, Schettino L, Pinheiro P, Sena ELS, Yarid SD, Gomes Filho DL. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. Rev Bioét. 2013;21(3):518-24. doi: 10.1590/S1983-80422013000300016
6. Ilha S, Argenta C, Silva MRS, Cezar-Vaz MR, Pelzer MT, Backes DS. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. Rev Pesqui: Cuid Fundam. 2016;8(2):4231-42. doi: 10.9789/2175-5361.rpcf.v8.4242
7. Maciel GMC, Santos RS, Santos TM, Menezes RMP, Vitor AF, Lira ALBC. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. Rev Enferm Cent O Min. 2016;6(3):2430-38. doi: 10.19175/recom.v6i3.1010
8. Buckinx F, Rolland Y, Reginster JY, Ricour C, Petermans J, Bruyère O. Burden of frailty in the elderly population: perspectives for a public health challenge. Arch Public Health. 2015;73(1):19. doi: 10.1186/s13690-015-0068-x
9. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: an emerging public health priority. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(3):188-92. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.016
10. Melo BRS, Diniz MAA, Casemiro FG, Figueiredo LC, Santos-Orlandi AA, Haas VJ, et al. Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários do serviço público de saúde. Esc Anna Nery. 2017;21(4):e20160388. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0388>
11. Martins JB, Lange C, Lemões MAM, Llano PMP, Santos F, Avila JA. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos residentes em zona rural. Cogitare Enferm. 2016;21(3):01-09. doi: 10.5380/ce.v21i3.48943
12. Andriolo BNG, Santos NV, Volse AA, Fé LCM, Amaral ARC, Carmo BMSS, et al. Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. Rev Soc Bras Clin. Med. 2016;14(3):139-44.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico. 2010.
14. Moraes EM, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016;50(81):1-10. doi: 10.1590/s1518-8787.2016050006963
15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. Rev Arq Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7. doi: 10.1590/S0004-282X1994000100001
16. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. Ciên Saúde Coletiva. 2015;20(12):3865-76. doi: 10.1590/1413-812320152012.06032015
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 2012.
18. Campos DM, Felipe LA. Profile of the frailty in the elderly participants of an assisting living residence in Campo Grande-MS. J Health Sci [Internet] 2016 [cited 2018 Oct 20];18(4):224-8. Available from: <http://pgskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/4511/3404>
19. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. J Bras Psiquiatr. 2007;56(4):267-72. doi: 10.1590/S0047-20852007000400005
20. Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. Cad Saúde Colet. 2015;23(4):386-93. doi: 10.1590/1414-462X201500040139
21. Andrade NB, Novelli MMPC. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos, SP. Cad Ter Ocup UFSCar. 2015;23 (1):143-52. doi: 10.4322/0104-4931.ctoAO396
22. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(1):109-21. doi: 10.1590/S1809-98232011000100012
23. Pinto AH, Lange C, Pastore CA Llano PMP, Castro DP, Santos F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(11):3545-55. doi: 10.1590/1413-812320152111.22182015
24. Matias AG, Fonsêca MA, Gomes ML, Matos MA. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. Einstein. 2016;14(1):6-11. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3447
25. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. Rev Bras Epidemiol. 2015;18(1):1-12. doi: 10.1590/1980-5497201500010001
26. Piovesan AC, Pivetta HMF, Peixoto JMB. Fatores que predisõem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(1):75-83. doi: 10.1590/S1809-98232011000100009

27. Soares E, Coelho MO, Carvalho SMR. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Rev Kairós Gerontol.* 2012;15(5):117-39. doi: 10.23925/2176-901X.2012v15i3p117-139
 28. Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(4):893-908. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14123
 29. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):350-7. doi: 10.1590/S0104-07072008000200018
 30. Carneiro JÁ, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Costa FM, Caldeira AP. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):408-15. doi: 10.1590/0034-7167.2016690304i
-