

Características cognitivas e domínio físico funcional em idosos avaliados em domicílio numa cidade no interior do Amazonas: estudo transversal*

Cognitive characteristics and functional physical domain in elderly assessed in a city inside of Amazonas: study transverse

Características cognitivas y dominio físico funcional en ancianos evaluados en una ciudad dentro de Amazonas: estudio transversal

Higor Gregore Alencar Oliveira
Marildo da Silva Pereira
Yandra Alves Prestes
Ecilene Santos da Silva
Hércules Lázaro Morais Campos

RESUMO: Este artigo explicita um estudo transversal com 50 idosos. O trabalho focou um grupo de idosos, em seus domicílios, numa cidade do interior do Amazonas, quanto aos aspectos cognitivos e físico-funcionais. O grupo caracteriza-se pelo fato de a maioria pertencer ao sexo feminino, com menos de cinco anos de escolaridade, com déficit cognitivo grave e com declínio alarmante na função físico-funcional.

Palavras-chave: Idoso; Cognição; Funcionalidade.

ABSTRACT: *This article explains a cross-sectional study with 50 elderly people. The work focused on a group of elderly people, in their homes, in a city in the interior of Amazonas, regarding cognitive and physical-functional aspects. The group is characterized by the majority being female, with less than five years of schooling, with severe cognitive impairment and with an alarming decline in physical-functional function.*

Keywords: *Elderly; Cognition; Functionality.*

RESUMEN: *Este artículo explica un estudio transversal con 50 personas mayores. El trabajo se centró en un grupo de personas mayores, en sus hogares, en una ciudad del interior de Amazonas, en relación con los aspectos cognitivos y físico-funcionales. El grupo se caracteriza porque la mayoría son mujeres, con menos de cinco años de escolaridad, con deterioro cognitivo severo y una disminución alarmante en la función físico-funcional.*

Palabras clave: *Anciano; Cognición; Funcionalidad.*

Introdução

Com o avançar dos anos, o organismo humano passa por um processo natural de envelhecimento. Esse fenômeno gera modificações funcionais e estruturais no organismo, desencadeando decréscimo no funcionamento dos sistemas corporais, tornando o idoso mais suscetível aos fatores de risco de determinadas doenças, bem como gerando prejuízos para sua funcionalidade. Já é reconhecido, na literatura, o declínio nos sistemas osteomuscular, neurológico e cardiorrespiratório ocasionado pelo envelhecimento (de Oliveira Fatori, Leite, de Souza, & Patrizzi, 2015).

A população brasileira de idosos tem aumentado, exponencialmente, com uma representatividade correspondente a 8,6% ou 14,5 milhões do total da população do país, com projeção para 9,7% em 2050. Isso aponta para a necessidade de maior atenção de profissionais da área de saúde aos idosos, que necessitam da implementação de políticas públicas, refletindo-se, diretamente, na forma de ofertar cuidados (Vitorino, Miranda, & Witter, 2013).

Nas últimas décadas, observou-se um aumento significativo nos índices de depressão em idosos com menor grau de escolaridade, associado ao alto nível de déficit cognitivo (Soares, Coelho, & Carvalho, 2012; Soares, Moraes, Ferriolli, & Perracini, 2014; Lima, *et al.*, 2016).

Alterações cognitivas e funcionais fazem parte do processo do envelhecimento, podendo ocasionar a demência que é uma das mais importantes causas de morbimortalidade e da perda da funcionalidade (de Oliveira Fatori, Leite, de Souza, & Patrizzi, 2015; Lima, *et al.*, 2016).

A forma como o envelhecimento é vivenciado é profundamente influenciada por tais eventos que são determinantes para uma melhor ou pior qualidade de vida do idoso. Outras alterações como de postura, do equilíbrio e da força muscular podem estar associadas ao envelhecimento. Todos esses fatores associados podem levar a piores desfechos para o idoso, que seriam as quedas e muitas vezes a dependência, ocorridas via de regra em seu próprio domicílio (de Castro, *et al.*, 2016).

O declínio cognitivo é um dos principais motivos para a institucionalização de idosos e, com frequência, contribui para o aumento da dependência em instituição de longa permanência. Os processos cognitivos, especialmente aqueles relacionados à atenção, influenciam, decisivamente, no equilíbrio do idoso. O aumento da idade reduz a capacidade no processamento cognitivo, com prejuízos para a habilidade de dividir a atenção e transferir recursos entre tarefas concorrentes. No dia a dia, o indivíduo realiza inúmeras atividades que envolvem ações simultâneas de duas ou mais tarefas cognitivas e motoras, levando a situações de instabilidade, principalmente, entre pessoas mais experientes, que acabam não conseguindo executar essas atividades de maneira correta, gerando maior predisposição a quedas (Gasparotto, Falsarella, & Coimbra, 2014).

A dependência funcional pode ser definida como a incapacidade de algumas pessoas de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Essas pessoas acometidas por processos incapacitantes podem sofrer limitações no desempenho das atividades relacionadas ao autocuidado - Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e ao desempenho das atividades relacionadas à organização da rotina diária - Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (de Oliveira Fatori, Leite, de Souza, & Patrizzi, 2015; Lima, *et al.*, 2016; de Castro, *et al.*, 2016; Gasparotto, Falsarella, & Coimbra, 2014).

Os objetivos deste estudo foram os de identificar e caracterizar as condições de saúde, cognitivas e físico-funcionais, de idosos domiciliados da cidade de Coari, no interior do estado do Amazonas, Brasil, que pode impactar, diretamente, na saúde geral da população estudada e nas políticas de assistência existentes por meio da Atenção Primária.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal que apresenta as características cognitivas e seu impacto sobre o domínio físico-funcional de idosos atendidos em domicílio na cidade de Coari, Amazonas. A amostra se deu de modo que se atingisse, no mínimo, o número de 50 idosos para o cálculo amostral. Os idosos foram visitados em suas casas, sendo convidados a participar do estudo após assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão, foi estabelecido que não participaria da pesquisa o idoso(a) que apresentasse incapacidade total (cognitiva e física) para responder às questões e participar das avaliações. Neste estudo, o familiar e/ou cuidador poderia responder e/ou o auxiliar do(a) idoso(a).

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, UFAM, sob o registro de número CAEE: 08021219.1.0000.5020.

Para a caracterização dos idosos, foi aplicado um questionário semiestruturado com as seguintes informações: gênero, faixa etária, grau de instrução, naturalidade, renda mensal, situação de moradia e doenças autorrelatadas.

O desempenho cognitivo foi avaliado por meio dos seguintes testes:

1) Miniexame do Estado Mental (MEEM): um questionário de rastreamento e de avaliação da função cognitiva, composto por domínios de orientação espacial; de orientação temporal; de memória imediata e de evocação; de cálculo; de linguagem-nomeação; de repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Os pontos de cortes são 20 pontos para analfabetos; 21 pontos para indivíduos com um a três anos de escolaridade; 24 pontos para quatro a sete anos de escolaridade; e 26 pontos para oito anos de escolaridade ou mais (Brucki, Nitrini, & Caramelli, 2003).

2) *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly* (IQCODE): um questionário de rastreio do declínio cognitivo, composto por 26 itens com situações cotidianas capazes de usar a memória ou inteligência para respondê-lo. Utiliza-se uma escala de 5 pontos para indicar o grau de mudança (1 = muito melhor para 5 = muito pior) em comparação com os últimos dez anos. Os pontos de cortes são calculados com o total de todos os pontos adquiridos, dividido pelo número de itens; o score abaixo de 3,4 indica deterioração do funcionamento cognitivo do entrevistado (Sanchez, & Lourenço, 2009).

3) Teste de Fluência Verbal (TFV): um instrumento que avalia o desempenho cognitivo, como a velocidade de processamento, a memória semântica e, principalmente, a geração de palavras, e o maior número possível da mesma categoria semântica durante um minuto. Esse teste é composto por duas categorias de palavras: animais e frutas. Os pontos de cortes para analfabetos são de 9 pontos e para indivíduos, com oito anos ou mais de escolaridade, são 13 pontos (Mirandez, Aprahamian, & Talib, 2017).

4) Escala de Depressão Geriátrica (GDS): um instrumento utilizado para detectar o diagnóstico de depressão em indivíduos adultos e idosos. É composto por 15 perguntas negativas/afirmativas em que o resultado totaliza 5 ou mais pontos, em que um *score* igual ou maior que 5 caracteriza depressão grave (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Reis, Henriques, & Correia, 2018).

5) Teste de Trilha (TT): um teste para a avaliação da função cognitiva como o nível de atenção, a flexibilidade cognitiva e as funções executivas em que o indivíduo deve interligar um número, de 1 a 5, a uma letra, de A a E, e, assim, sucessivamente. O ponto de corte é considerado correto, se todos os números e letras estiverem conectados de forma subsequente, totalizando 0 ou 1 ponto, sendo que o 0 indica baixa função cognitiva; e o 1 indica boa função cognitiva (Mota, Banhato, Silva, & Cupertino, 2008).

6) Teste de Reconhecimento de Figuras (TRF): um instrumento que visa a avaliar as funções executivas, a linguagem e as habilidades visuais-construtivas; consiste em uma folha com 10 figuras que é mostrada, por 30 segundos, ao indivíduo para este tentar decorar o maior número possível de figuras e, sem visualizar, depois, deverá evocar seis elementos. Os pontos de cortes ideais são ≥ 9 , ≥ 5 , ≥ 6 , ≥ 6 , ≥ 5 , respectivamente. Quanto menor for a evocação das figuras mostradas, maior é o déficit cognitivo do indivíduo (Nitrini, *et al.*, 2005).

O desempenho físico-funcional foi avaliado pelos seguintes testes:

1) *Short Physical Performance Battery (SPPB)*: um instrumento com testes que avaliam o desempenho físico-funcional por meio do tempo de equilíbrio, da velocidade da marcha e da força nos membros inferiores. Primeiramente, solicita-se ao indivíduo que fique com os pés juntos olhando para a frente; se for capaz de se manter na posição durante 10 segundos, será atribuído 1 ponto; caso contrário, ou se recusar a fazê-lo, nenhum ponto, será atribuído. No segundo teste, o indivíduo deve permanecer em posição Semi Tandem, que tem pontuação igual à anterior; solicita-lhe que fique na posição Tandem, um pé à frente do outro; se for capaz de se manter na posição por 10 segundos, serão atribuídos 2 pontos; no caso de se manter na posição, entre 3 a 9,99 segundos, será atribuído 1 ponto; e, para um tempo menor que 3 segundos, nenhum ponto lhe será atribuído. Dessa forma, o valor total do teste de equilíbrio será dado pela somatória entre as três posições, apresentando como pontuação máxima 4 pontos. Já a velocidade da marcha é observada ao solicitar que o indivíduo ande, com o seu passo habitual, uma distância de 4 metros. Serão cronometrados os tempos das duas caminhadas (ida e volta), será válido o menor tempo de caminhada. A pontuação máxima será de 04 pontos, em que serão atribuídos pontos da seguinte maneira: tempo de caminhada menor que 4,82 segundos - 4 pontos; entre 4,82 e 6,20 segundos - 3 pontos; entre 6,21 e 8,70 - 2 pontos; maior que 8,70 - 1 ponto. Caso o indivíduo avaliado não realize a caminhada, nenhum ponto será atribuído. Já o teste de força dos membros inferiores é realizado por meio do sentar-se e se levantar da cadeira cinco vezes consecutivas sem utilizar os membros superiores; a pontuação máxima será de 4 pontos atribuídos para um tempo de teste de 11,19 segundos ou menos; 3 pontos atribuídos para um tempo de teste de 11,20 a 13,69 segundos; 2 pontos para um tempo de teste de 13,70 a 16,69 segundos; e 1 ponto para 16,70 segundos ou mais. A pontuação total final do SPPB varia de 0 a 11; quanto menor for a pontuação, maior o comprometimento físico-funcional (da Silva, Freitas, Monteiro, & de Melo Borges, 2010).

2) O Índice de Comorbidade Funcional (ICF): um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções. Ao final, calcula-se, também, o Índice de Massa Corporal (IMC). Os pontos de cortes são de 1 ponto para cada doença autorreferida sobre a presença ou não dessa comorbidade, totalizando 18 pontos, sendo que, quanto maior o

número de pontos, mais alto é o índice de vulnerabilidade de comorbidade funcional do indivíduo (Moraes, *et al.*, 2016).

3) *World Health Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS): um instrumento genérico que mede o nível de saúde e de incapacidade da população. A incapacidade é avaliada em seis domínios da vida: cognição, locomoção, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades da vida e participação social, sendo que cada item avalia a quantidade de dificuldade que o indivíduo apresenta no período do último mês para realizar suas atividades. Os pontos de cortes são calculados para cada domínio em que as respostas dos itens pelo indivíduo são adicionadas e transformadas em um intervalo de 0 a 100, em que os pontos mais altos indicam altos níveis de incapacidade. Esses pontos também podem ser calculados a partir do total 36 itens, exceto as atividades de vida - trabalho/escola, quando as pessoas não se candidatam a esse domínio, totalizando, assim, 32 itens (Garin, *et al.*, 2010). Para análise descritiva dos dados, usou-se o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0.

Resultados

As características dos idosos estão descritas na tabela 1:

Tabela 1 – Caracterização da amostra de idosos que residam no interior do Amazonas (n= 50)

Variável	Valores (n) (%)
Idade (60 a 69 anos)	24 (48,0)
Sexo feminino	40 (80,0)
Escolaridade, analfabetos e primário incompleto	31 (62,0)
Natural do interior do Amazonas	46 (92,0)
Aposentados	45 (90,0)
Renda até um salário mínimo	44 (88,0)
Não usa dispositivo de auxílio de marcha	47 (94,0)
Mora com alguém	46 (92,0)
Uso de 1 a 4 medicações	33 (66,0)
Percepção subjetiva de visão péssima ou regular	44 (84,0)
Percepção subjetiva de audição péssima ou regular	41 (82,0)

As características cognitivas dos idosos estão descritas na tabela 2:

Tabela 2 – Caracterização cognitiva dos idosos residente no interior do Amazonas (n= 50)

Variáveis	Valores (n) (%)
MEEM	
Não pontuaram	20 (40,0)
<20 pontos	15 (30,0)
Analfabetos	5 (10,0)
1 a 4 anos de escolaridade	5 (10,0)
5 a 8 anos de escolaridade	3 (6,0)
9 a 11 anos de escolaridade	1 (2,0)
IQCODE	27 (54,0)
- esquecer o que vai dizer no meio de uma conversa (pior ou muito pior)	
- entender o significado de palavras pouco utilizadas (pior ou muito pior)	25 (50,0)
- entender o que é escrito em revistas e jornais (pior ou muito pior)	
- escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais (pior ou muito pior)	25 (50,0)
- conhecer importantes fatos históricos (pior ou muito pior)	25 (50,0)
- lidar com dinheiro (muito melhor, melhor ou pouca mudança)	
- usar inteligência para compreender e pensar sobre o que estar acontecendo (muito melhor, melhor ou pouca mudança)	25 (50,0) 42 (84,0)
Fluência verbal	
≤9 (9 é o mínimo para analfabetos)	35 (70,0)
GDS	
≥ 5 sintomas depressivos (4 sintomas = depressão leve)	12 (24,0)
Abaixo ou igual a 5 sintomas depressivos	
Teste de trilha	29 (58,0)
Correto	21 (42,0)
Incorreto	
Teste de reconhecimento de figura	4 (8,0)
Percepção visual e nomeação correta ≤9	46 (92,0)
Memória incidental, ≥5	
Memória incidental 1, ≥6	48 (96,0)
Memória incidental 2, ≥5	46 (92,0)
	44 (88,0)
	48 (96,0)

MEEM (Mini-Exame do Estado Mental); IQCOD (Questionário para informar sobre o declínio cognitivo em idoso); GDS (Escala de Depressão Geriátrica)

As características físico-funcionais dos idosos estão descritas na tabela 3:

Tabela 3 – Caracterização físico-funcional dos idosos residente no interior do Amazonas (n= 50)

Variáveis	Valores (n) (%)
SPPB marcha	
1 ponto	35 (70,0)
SPPB equilíbrio	
3 pontos	15 (30,0)
SPPB sentar e levantar	
4 pontos	21 (42,0)
ÍNDICE DE COMORBIDADE FUNCIONAL	
- impedimento visual (sim)	21 (42,0)
- doença da coluna	17 (34,0)
- sobrepeso IMC	31 (62,0)
- CIRC ABM, obeso/obesa	34 (68,0)
WHODAS 2.0	
- saúde geral em 30 dias, boa ou média	43 (86,0)
- dificuldade para ficar de pé por 30 min	43 (86,0)
- emocionalmente afetado pela saúde	31 (62,0)
- dificuldade de cuidar do lar	30 (60,0)
- dificuldade de lidar com pessoas que não conhece	30 (60,0)
- alguma dificuldade de caminhar uma longa distância	27 (54,0)
- dificuldade pelo menos uma vez em 30 dias	26 (52,0)
- se as dificuldades interferem na vida cotidiana	26 (52,0)
- nenhuma dificuldade de participar de atividade da comunidade	25 (50,0)
- dificuldade de aprender nova tarefa	20 (40,0)

SPPB (*Shont Physical Performace Battery*); WHODAS 2 (*World Health Disability Assessment Schedule*).

Discussão

Os idosos, visitados na cidade de Coari, AM, eram, em sua grande maioria, do sexo feminino, o que dá, ao envelhecimento local, características particulares. Sabe-se que idosas costumam ter presença mais assídua em amostras de pesquisas envolvendo saúde e/ou envelhecimento (Brucki, *et al.*, 2003). Segundo Jesus, Orlandi, Grazziano, & Zazzetta (2017), isso se deve ao fato de as mulheres desfrutarem de maior expectativa de vida, menor exposição a riscos ocupacionais, por consumirem menos tabaco e álcool, e devido a diferenças quanto à atitude em relação às doenças e incapacidades, em comparação aos homens. Para Sposito, D'Elboux e Guariento (2013), o motivo do baixo número de homens em pesquisas deve-se, na maioria das vezes, por permanecerem por mais tempo fora de casa, pois a participação dos homens em atividades e/ou trabalhos remunerados, mesmo com, ou sem aposentadoria, é via de regra maior quando comparada a das mulheres (Souza, Lima, & Cesar, 2018).

No que se refere à escolaridade, mais da metade dos idosos é analfabeta ou tem apenas o primário incompleto, variando de 2 a 3 anos de estudo. Dados parecidos foram encontrados no estudo de Nascimento, Batista e Rocha (2015), que verificou uma forte congregação entre o declínio cognitivo dos idosos com menos de três anos de escolaridade. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2011), a média de anos estudados entre idosos está em torno de 4,4 anos. A baixa escolaridade se deve ao fato de a educação não ser vista como prioridade na região (Costa, Leão, & Campos, 2020). Muitos idosos, entrevistados neste estudo, relataram que, quando mais novos, moravam no interior da cidade e que a distância e o custo de vida eram obstáculos para a realização dos estudos na cidade.

Devido à baixa escolaridade detectada nesses idosos, houve extrema dificuldade dos mesmos em compreender os testes cognitivos realizados neste estudo, principalmente, no Teste de Trilha. Segundo Mota, Banhato e Silva (2008) e Biasoli, Moretto e Guariento (2016), os idosos que vão mal no teste de trilha tendem a ir, igualmente ou pior, no teste de MEEM. Embora a combinação entre esses dois instrumentos forneça maior precisão na triagem de déficits cognitivos em casos iniciais, aplicá-los em idosos de baixa escolaridade é um desafio aos estudiosos (Gasparotto,

Falsarella, & Coimbra, 2014; Mota, *et al.*, 2008), o que confirma os similares desafios enfrentados neste estudo, em que a maioria dos idosos é analfabeta.

Para Argimon e Stein (2005), a alta escolaridade apresenta um importante papel nas habilidades cognitivas dos idosos e pode facilitar o bom desempenho ligado a algumas funções executivas do dia a dia.

No Teste de Reconhecimento de Figuras, conhecido para rastreio cognitivo, os idosos apresentaram baixo desempenho, devido às dificuldades em responder a ele; além desse agravante, os idosos relataram comprometimentos visuais. Durante a aplicação do teste de Fluência Verbal, os idosos apresentaram baixas pontuações, o que pode ser justificado pelas queixas de memória e de esquecimentos no dia a dia, durante uma conversa ou de lembrarem de alguns objetos sumidos. Além disso, queixaram-se da extrema dificuldade com a leitura e escrita. Vê-se, no estudo de Jomar, Lourenço e Lopes (2019), que, quanto pior for o desempenho no Teste de Fluência Verbal, piores serão as alterações e dificuldades funcionais dos idosos.

De acordo com Faber, Scheicher e Soares (2017), há evidências suficientes para levar a sério a possibilidade de que a depressão seja um fator agravante do declínio cognitivo do idoso. Essa mesma posição é reforçada por Steffens, Otey e Alexopoulos (2006).

Mais da metade dos idosos apresentou acima de cinco sintomas depressivos na GDS, com indicativo de depressão, sendo coerentes aos achados de Torqueti e Soares (2018) e, também, com a premissa de Steffens e Potter (2008), em que o declínio cognitivo é comum e se associa com a depressão geriátrica. Ávila e Bottino (2006) apontam que idosos com depressão podem apresentar maior comprometimento nas habilidades cognitivas e executivas do dia a dia.

No que se refere ao IQCODE, observou-se que os idosos apresentaram resultados insatisfatórios, principalmente, quando as perguntas têm relação com memória, escrita, leitura, execução de tarefas e capacidade de aprendizagem. Diante disso, as percepções dos idosos estão piores, quando comparadas há 10 anos, ao momento atual. Nos achados de Carraba, Menta e Fasolin (2015), os idosos também pontuaram baixo no IQCODE e o autor afirma que, quanto menor a escolaridade, maior é a tendência de déficits cognitivos. Ao realizarem o MEEM, muitos idosos não conseguiram executar o que se pedia. De

acordo com Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994), os testes cognitivos sofrem influência da escolaridade, da idade e das atividades pré-mórbidas.

O Teste de Trilhas foi um desafio neste estudo, com resultado negativo e abaixo de notas de corte-padrão. O teste exige muita atenção e compreensão para execução e/ou associação de números a letras. O baixo desempenho e funcionamento cognitivo dos idosos podem comprometer o bem-estar biopsicossocial e capacidade funcional. Litvoc (2006) e Rabelo (2009) observaram que as características do declínio cognitivo interferem de forma significativa na capacidade funcional de um idoso.

Para a avaliação da capacidade físico-funcional dos idosos, utilizou-se o teste SPPB, e as menores pontuações foram durante os testes de equilíbrio e os de sentar e levantar, mas percorrer uma distância de quatro metros foi extremamente desafiador para esses idosos, com desequilíbrios importantes no trajeto. No estudo de base populacional realizado por Ferriolli e Perracini (2007), fica claro que a baixa pontuação no SPPB pode ser um indicativo de riscos de quedas e maiores níveis de fragilidade dos idosos.

O desempenho físico-funcional e social do idoso depende, de forma significativa, da integralidade de suas funções cognitivas (Silveira, Vieira, & Souza, 2018). Para Silveira, Vieira e Souza (2018) e dos Santos, Bicalho, Mota, de Oliveira e de Moraes (2013), a piora da autoavaliação da memória, o menor desempenho cognitivo, a presença de sintomas depressivos, a dependência funcional e a elevada prevalência de queixas inespecíficas e de comorbidades estão incluídos no processo de envelhecimento, em que a baixa escolaridade é um dos fatores de riscos para essas condições encontradas nos idosos também encontrados neste estudo.

Viu-se que os idosos deste estudo apresentam o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado. Silveira, Vieira e Souza (2018) demonstraram que a circunferência abdominal ideal para os idosos é 102 centímetros e, para idosas, >88 centímetros; acima disso, indica gordura abdominal; já o IMC >27 Kg/m² indica um sobrepeso, que pode aumentar as comorbidades dos idosos estudados com impacto direto na saúde física e funcionalidade.

Devido às alterações fisiológicas do processo de senescência ou de problemas associados com essa faixa etária, 30% dos idosos, depois dos 70 anos, apresentam alguma doença crônica e, entre eles, metade tem algum tipo de limitação ou de incapacidade física (Ferreira, *et al.*, 2012). A obesidade em idosos é um dos problemas graves de saúde

pública, em que a elevação da circunferência abdominal é indicativa de fragilidade em idosos (Silveira, Vieira, & Souza, 2018).

Para Gomes-Neto, *et al.* (2016), idosos obesos apresentam redução significativa da capacidade funcional, maior nível de dor e dificuldade de executar tarefas cotidianas que exigem maiores esforços. Essas alterações podem estar associadas à maior quantidade de massa corporal e, conseqüentemente, isso causa sobrecarga às articulações e limitações do movimento (Gomes-Neto, *et al.*, 2016); paralelamente a isso, vê-se a dificuldade dos idosos deste estudo em realizar atividades propostas pelo SPBB e o WHODAS.

Silveira, *et al.* (2016) e Santos, *et al.* (2013) mostram que o excesso de peso constitui o principal problema nutricional da população geriátrica nacional, correlacionado ao aumento no número de comorbidades e o declínio físico-funcional.

Conclusão

Na cidade de Coari, no interior do Amazonas, os idosos domiciliados apresentam sérias alterações cognitivas que os fragilizam e os levam a apresentar declínios físico-funcionais importantes. Esses idosos apresentam incapacidade de autocuidados básicos; dificuldades de se autogerir; desafios com a mobilidade e a vida em comunidade. Acabam se isolando e deixando de participar, ativamente, da sociedade.

Faz-se necessária uma especial atenção a esse idoso fragilizado para que as políticas de atenção ao idoso cheguem até esse grupo amazonense que, por vezes, fica isolado e fora do convívio social em seu domicílio.

Referências

Apóstolo, J. L. A., Bobrowicz-Campos, E. M., Reis, I. A. C. D., Henriques, S. J., & Correia, C. A. V. (2018). Capacidade de rastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. *Revista de Enfermagem Referência*, 16, 29-40. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17062>.

Argimon, I. I., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 64-72. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100008>.

Ávila, R., & Bottino, C. M. C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 28(4), 316-320. Recuperado em 30 dezembro, 2017, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000010>.

Bertolucci, P. H., Brucki, S. M., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 5(2), p. 1-7. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.

Biasoli, T. R., Moretto, M. C., & Guariento, M. E. (2016). Baixa escolaridade e doenças mentais em idosos: possíveis correlações. *Revista de Ciências Médicas*, 25(1), 1-10. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n1a2952>.

Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 61(3B), 777-781. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.

Costa, R. S., Leão, L. F., & Campos, H. M. (2020). Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. São Paulo, SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(1), 83-103. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 05 março, 2020, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/48657/32093>.

da Silva, T. O., de Freitas, R. S., Monteiro, M. R., & de Melo Borges, S. (2010). Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. São Paulo, SP: *Rev Bras Clin Med.*, 8(5), 392-398. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/005.pdf>.

de Castro, M. L., Godinho, M. M., de Oliveira, L. A. F., Santos, C. O., Grecco, L. A. C., & Neto, H. P. (2016). Influência de tarefas cognitivas sobre o equilíbrio estático de indivíduos saudáveis. *ConScientiae Saúde*, 15(2), 273-280. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: DOI:10.5585/ConsSaude.v15n2.6463.

de Oliveira Fatori, C., Leite, C. F., de Souza, L. A. P. S., & Patrizzi, L. J. (2015). Dupla tarefa e mobilidade funcional de idosos ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 29-37. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13180>.

dos Santos, R. R., Bicalho, M. A. C., Mota, P., de Oliveira, D. R., & de Moraes, E. N. (2013). Obesity in the elderly. *Rev Med Minas Gerais*, 23(1), 62-71. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: DOI: 10.5935/2238-3182.20130011.

Faber, L. M., Scheicher, M. E., & Soares, E. (2017). Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(2), 195-210. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 22 setembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p195-210/23939>.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 513-518. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., Alonso, J., Cieza, A., Svetskova, O., Burger, H., Racca, V., Francescutti, C., Vieta, E., Raggi, N. K. A., Leonardi, M., Ferrer, M., & Consortium, M. (2010). Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*, 8, 51. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.517598>.

Gasparotto, L. P. R., Falsarella, G. R., & Coimbra, A. M. V. (2014). As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 201-209. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100019>.

Gomes-Neto, M., Araujo, A. D., Junqueira, I. D. A., Oliveira, D., Brasileiro, A., & Arcanjo, F. L. (2016). Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 56(2), 126-130. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2015.05.004>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Sinopse censo 2010*. Recuperado em 11 outubro de 2019, de <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse>.

Jesus, I. T. M. D., Orlandi, A. A. D. S., Grazziano, E. D. S., & Zazzetta, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614-620. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>.

Jomar, R. T., Lourenço, R. A., & Lopes, C. D. S. (2019). Acurácia da versão brasileira do Functional Activities Questionnaire no rastreamento de demência. *Revista de Enfermagem Referência*, 21, 25-33. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV19022>.

Lima, A., Ramos, J., Bezerra, I., Rocha, R., Batista, H., & Pinheiro, W. (2016). Depression in the elderly: a systematic review of the literature. *Journal of Epidemiology and Infection Control*, 6(2), 96-103. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>.

Litvoc, J. (2006). Transtornos cognitivos e incapacidades. In: Bottino, C. M. C., Laks, J., & Blay, S. L. (Orgs.). *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan. (472 p., ISBN 85-2771189-3).

Machado, J. C. B., Freitas, E. V., Cançado, F. A. X., Doll, J., & Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia: Doença de Alzheimer* (2nd ed., 260-279). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Melo, B. R. D. S., Diniz, M. A. A., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Santos-Orlandi, A. A. D., Haas, V. J., ... & Gratão, A. C. M. (2017). Cognitive and functional assessment about elderly people users of health public service. *Escola Anna Nery*, 21(4). Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0388>.

Mirandez, R. M., Aprahamian, I., Talib, L. L., Forlenza, O. V., & Radanovic, M. (2017). Multiple category verbal fluency in mild cognitive impairment and correlation with CSF biomarkers for Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics*, 29(6), 949-958. Recuperado em 10 outubro, 2019, de: DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610217000102>.

- Moraes, E. N. D., Carmo, J. A. D., Moraes, F. L. D., Azevedo, R. S., Machado, C. J., & Montilla, D. E. R. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, *50*, 81. Recuperado em 10 de outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.
- Mota, M. M. P. E. D., Banhato, E. F. C., Silva, K. C. A. D., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Triagem cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas. Campinas, SP: *Estudos de Psicologia* *25*(3), 353-359. Recuperado em 10 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300004>.
- Nascimento, R. A. S. A. D., Batista, R. T. S., Rocha, S. V., & Vasconcelos, L. R. C. (2015). Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *64*(3), 187-192. Recuperado em 10 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000077>.
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., Araújo, L. F. D., Eulálio, M. D. C., Cabral, B. E., Siqueira, M. E. C. D., ... & Moura, J. G. D. A. (2013). Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública*, *29*, 778-792. Recuperado em 10 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015>.
- Nitrini, R., Caramelli, P., Bottino, C. M. D. C., Damasceno, B. P., Brucki, S. M. D., & Anghinah, R. (2005). Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, *63*(3A), 720-727. Recuperado em 10 outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000400034>.
- Prakhinkit, S., Suppakitporn, S., Tanaka, H., & Suksom, D. (2014). Effects of Buddhism walking meditation on depression, functional fitness, and endothelium-dependent vasodilation in depressed elderly. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *20*(5), 411-416. Recuperado em 10 de outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1089/acm.2013.0205>.
- Queiroga Freitas, F. F., Feitosa Beleza, C. M., Correa Garchet Furtado, I. Q., Kallás Fernandes, A. D. R., & Soares, S. M. (2018). Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(Supl.2), 960-966. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0130>.
- Rabelo, D. F. (2009). Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairos-Gerontologia*, *12*(2). ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/4414/2986>.
- Sanchez, M. A. D. S., & Lourenço, R. A. (2009). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cadernos de saude publica*, *25*, 1455-1465. Recuperado em 15 setembro, 2019, de:
- Santos, K. A. D., Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J. S., & Pattussi, M. P. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*(11), 2781-2788. Recuperado em 10 de outubro, 2019, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100025>.

Silveira, E. A., Vieira, L. L., & Souza, J. D. D. (2018). Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 903-912. Recuperado em 10 de outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01612016>.

Soares, E., Coelho, M. D. O., & Carvalho, S. M. R. D. (2012). Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(5), 117-139. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/9541/11434>.

Soares, W. J. D. S., Moraes, S. A. D., Ferriolli, E., & Perracini, M. R. (2014). Factors associated with falls and recurrent falls in elderly: a population-based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 49-60. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00049.pdf>.

Sousa, N. F. D. S., Lima, M. G., Cesar, C. L. G., & Barros, M. B. D. A. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00173317. Recuperado em 10 de outubro, 2019, de: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173317>.

Souza, G. C. S. D. (2016). *Declínio cognitivo em idosos: rastreamento a partir de idosos e seus informantes*. Master's thesis, Universidade Federal de Pernambuco. Recuperado em 15 setembro, 2019, de: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/25522>.

Steffens, D. C., Otey, E., Alexopoulos, G. S., Butters, M. A., Cuthbert, B., Ganguli, M., Geda, Y. E., Hendrie, H. C., Krishnan, R. R., Kumar, A., Lopez, O. L., Lyketsos, C. G., Mast, B. T., Morris, J. C., Norton, M. C., Peavy, G. M., Petersen, R. C., Reynolds, C. F., Salloway, S., Welsh-Bohmer, K. A., Yesavage, J. (2006). Perspectives on Depression, Mild Cognitive Impairment, and Cognitive Decline. *Arch Gen Psychiatry*, 63(2). 130-138. Recuperado em 30 dezembro, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16461855>.

Steffens, D. C., Potter, G. G. (2008). Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med.*, 38(2), 163-175. Recuperado em 30 dezembro, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17588275>.

Torqueti, A. X., & Soares, E. (2018). Declínio cognitivo, depressão e fragilidade em idosos: incidência e relações. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. São Paulo: SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(4), 109-128. Recuperado em 30 dezembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/44638/29644>.

Vitorino, S., Miranda, M., & Witter, C. (2013). Educação e envelhecimento bem-sucedido: reflexões sobre saúde e autocuidado. São Paulo: SP: PUC-SP: *Revista Kairós-Gerontologia*, 15(2), 29-42. ISSNprint 1516-2567. ISSNNe 2176-901X. Recuperado em 30 dezembro, 2019, de: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/7531>.

Agradecimentos

À professora Beatriz Fraga pelas correções ortográficas, dentre outras, do texto; sua vivência ativa com a questão do envelhecimento responde por essas correções especiais.

Recebido em 27/11/2019

Aceito em 30/03/2020

Higor Gregore Alencar Oliveira – Graduado em Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas, UFAM, Brasil. Experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

E-mail: mister.gregore@gmail.com

Marildo da Silva Pereira - Graduado em Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas, UFAM, Brasil. Experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

E-mail: marildo11_tj@hotmail.com

Yandra Alves Prestes - Graduada em Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas, UFAM, Brasil.

E-mail: yprestess18@hotmail.com

Ecilene Santos da Silva - Graduada em Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas, UFAM, Brasil.

E-mail: ecilenesantos@hotmail.com

Hércules Lázaro Morais Campos – Graduado em Fisioterapia, Centro Universitário São Camilo. Aperfeiçoamento em Saúde e Educação na Escola, Universidade Federal de Minas Gerais. Especialização em Fisioterapia Geriátrica, Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Fisioterapia, Universidade da Cidade de São Paulo. Aluno especial do Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo. Experiência clínica em: Fisioterapia Neurofuncional do Adulto e do Idoso, fundador do serviço de Fisioterapia Neurofuncional do adulto do Instituto Neurologia, Neurocirurgia e Comportamento (INNC)) na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, ES; Fisioterapia Geriátrica/Gerontológica e Atendimento Domiciliar ao Idoso. Professor do curso de Fisioterapia, no Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB), Universidade Federal do Amazonas, UFAM.

E-mail: herculeslmc@hotmail.com

* Este artigo resulta de reflexões realizadas no Grupo de Pesquisa sob a orientação do Prof. Hércules Lázaro Morais Campos, advindas de investigação desenvolvida em Trabalho de Conclusão de Curso em Fisioterapia, em 2019, na Universidade Federal do Amazonas, UFAM, Brasil, de título similar: “Características cognitivas e sua correlação com funções físico-funcionais em idosos rurais do interior do Amazonas, da graduanda Yandra Alves Prestes, sob a orientação do Prof. Hércules Lázaro Morais Campos.