



UNICAMP

ANA FLÁVIA MAROSTEGAN DE PAULA

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL, DESEMPENHO
COGNITIVO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E EVOLUÇÃO PARA
ÓBITO EM IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE
GERIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP**

**Campinas
2012**



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

ANA FLÁVIA MAROSTEGAN DE PAULA

**RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE FUNCIONAL, DESEMPENHO
COGNITIVO, SINTOMAS DEPRESSIVOS E EVOLUÇÃO PARA
ÓBITO EM IDOSOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE
GERIATRIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP**

Orientadora: Maria Elena Guariento

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestra em Gerontologia.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ANA FLÁVIA MAROSTEGAN DE PAULA ORIENTADA PELA PROFA. MARIA ELENA GUARIENTO.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Campinas, 2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARISTELLA SOARES DOS SANTOS – CRB8/8402
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

P281r Paula, Ana Flávia Marostegan de, 1985-
Relação entre capacidade funcional, desempenho cognitivo, sintomas depressivos e evolução para óbito em idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital De Clínicas da Unicamp / Ana Flávia Marostegan de Paula. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Maria Elena Guariento.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idoso. 2. Atividades cotidianas. 3. Cognição. 4. Memória. 5. Depressão. I. Guariento, Maria Elena, 1955-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Relationship between functional capacity, performance cognitive, depressive symptoms and evolution to death in elderly assisted outpatient in the hospital of geriatrics of clinical Unicamp.

Palavras-chave em inglês:

Elderly
Activities of daily living
Cognition
Memory
Depression

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Maria Elena Guariento [Orientador]
Marcela Guimarães Assis
Arlete Coimbra

Data da defesa: 18-12-2012

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ANA FLÁVIA MAROSTEGAN DE PAULA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA ELENA GUARIENTO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). MARIA ELENA GUARIENTO



2. PROF(A). DR(A). MARCELLA GUIMARÃES ASSIS



3. PROF(A). DR(A). ARLETE MARIA VALENTE COIMBRA



Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 18 de dezembro de 2012

Dedicatória

Mesmo com imperfeições, nosso trabalho e tudo o que fazemos deve ser o nosso melhor. Acredito que devemos isso a Deus, se consideramos tudo o que recebemos: a vida, a família, as amizades. Recebi de Deus alguns presentes preciosos a quem dedico esse trabalho:

Meus pais: Aparecida Fátima Marostegan de Paula e José Assunção de Paula

Meus irmãos: Eduardo Marostegan de Paula e Ricardo Marostegan de Paula

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a **Deus** por constituir-me no que sou hoje e por colocar pessoas tão maravilhosas no meu caminho, que facilitaram e possibilitaram a realização deste trabalho.

À profa. **Maria Elena** por fazer-me chegar mais perto do meu sonho ao aceitar-me como aluna, agradeço também suas orientações, dedicação, paciência e por acreditar no meu trabalho. Não poderia esquecer também de agradecê-la de ter promovido vida, quando facilitou meu processo cirúrgico delicado.

À amiga **Luciana Helena Martins Ribeiro** pelas relevantes contribuições na pesquisa, pela força e pela amizade.

Aos meus pais **José Assunção de Paula** e **Fátima Marostegan de Paula** pelo carinho por nunca deixar faltar nada, por acreditarem em mim e incentivarem-me a continuar os estudos.

Aos meus irmãos, **Eduardo Marostegan de Paula**, **Ricardo Marostegan de Paula** e minha **Cunhada Lorryny Galoro da Silva** pelo apoio e torcida, mesmo de longe.

Ao **Hallen Fontana**, meu namorado e amigo, pelo apoio incondicional, amor, compreensão e pela contribuição na formatação deste trabalho.

A minha sogra **Ana Maria Fontana**, à **Maria Lett de Melo Ferrari** e ao **Antônio Ferrari**, amigos da família pelo apoio, colo e incentivo.

Às amigas **Aline de Melo Ferrari** e **Mônia de Melo Ferrari**, que assistiram ao ensaio de apresentação para a qualificação e ajudaram a diminuir minha ansiedade.

Às amigas que fiz na Unicamp, **Cristiane Serafim Stein, Natália Costa Arroyo, Luciana Helena Martins Ribeiro** por dividirem comigo as angústias e pela força que ofereceram para continuar o trabalho. Com certeza vocês tornaram esta tarefa mais fácil e mais prazerosa. Espero tê-las sempre por perto.

Às profissionais da equipe multidisciplinar do Ambulatório de Geriatria, **Ana Beatriz B. Pacagnella, Maria Clara Moretto, Arlete Portela Fontes, Cristiane Serafim Stein e Natália Costa Arroyo** pela troca de conhecimento, apoio e companheirismo. Aprendi muito com vocês.

Aos médicos do Ambulatório de Geriatria **Dra. Rosália Matera Alves**, ao **Dr. André Fattori** por facilitarem a coleta de dados e por acreditarem no meu trabalho como Terapeuta Ocupacional.

A **todos profissionais do Centro de Reabilitação de Cosmópolis**, por entenderem minhas ausências e em especial ao coordenador Alexandre Giovelli por permitir as faltas e constantes mudanças de horários.

A minha ex psicóloga **Sara Ponzini Vieira** pela contribuição indispensável até o momento da qualificação.

À secretária do Ambulatório de Geriatria **Irene** e à secretária da Pós Graduação em Gerontologia **Renata** pelo carinho, disposição e atenção.

Ao meu médico cirurgião **Dr. Donizete Cezar Honorato** pelas palavras de incentivo para continuar na vida acadêmica, no momento em que mais precisei e pelo carinho com que cuidou do meu caso.

À **CAPES** pelo apoio financeiro à pesquisa e à participação em eventos científicos.

Aos **idosos participantes** desta pesquisa.

Às professoras doutoras **Marcella Guimarães Assis** e **Arlete Maria Valente Coimbra**, que participaram da banca de examinadora, pelas valiosas contribuições.

Epígrafe

A idade de ser feliz

(Mário Quintana)

Existe somente uma idade para a gente ser feliz,
Somente uma época da vida de cada pessoa em que é
possível sonhar e fazer planos

e ter energia bastante para realizá-los

a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida
e viver apaixonadamente

e desfrutar tudo com intensidade

sem medo nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar

e recriar a vida à nossa própria imagem e semelhança
e vestir-se com todas as cores

e experimentar todos os sabores

e entregar-se a todos os amores sem preconceito nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem

em que todo desafio é mais um convite à luta

que a gente enfrenta com toda disposição de tentar algo novo,
de novo e de novo, e quantas vezes for preciso.

Esta idade tão fugaz na vida da gente chama-se PRESENTE
e tem a duração do instante que passa.

SUMÁRIO

Lista de siglas abreviaturas.....	xix
Lista de Tabelas.....	xxi
Lista de Anexo.....	xxiii
Resumo	xxv
Abstract	xxvii
1. Introdução	32
2. Justificativa	66
3. Objetivos	70
4. Hipótese	74
5. Métodos.....	78
6. Aspectos éticos	88
7. Resultados	92
8. Discussão.....	126
9. Considerações Finais.....	148
10. Referências.....	152

Lista de abreviaturas

AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AG	Ambulatório de Geriatria
SOC	Seleção Otimização e Compensação
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AGG	Avaliação Geriátrica Global
HC	Hospital de Clínicas
FCM	Faculdade de Ciências Médica
PNAD	Programa Nacional de Amostra por Domicílio
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
PNSPI	Programa Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
DA	Doença de Alzheimer
PR	Paraná
MG	Minas Gerais
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
MEEM	Mine Exame do Estado Mental

Lista de Tabelas

Tabela 1: Descrição numérica das variáveis consideradas no estudo	94
Tabela 2: Apresentação dos valores das variáveis numéricas.....	95
Tabela 3: Comparação das variáveis categóricas entre gêneros.....	97
Tabela 4: Comparação das variáveis numéricas entre gêneros.....	98
Tabela 5: Comparação das variáveis categóricas entre faixas etárias.....	102
Tabela 6: Comparação das variáveis numéricas entre faixas etárias	103
Tabela 7: Comparação das variáveis categóricas segundo o nível de escolaridade formal	105
Tabela 8: Comparação das variáveis numéricas segundo o nível de escolaridade	106
Tabela 9: Comparação das variáveis categóricas quanto à presença ou não de déficit cognitivo	109
Tabela 10: Comparação das variáveis numéricas quanto à presença ou não de déficit cognitivo	110
Tabela 11: Comparação das variáveis categóricas segundo a presença de sintomas depressivos	113
Tabela 12: Comparação das variáveis numéricas segundo a presença de sintomas depressivos	114
Tabela 13: Comparação das variáveis categóricas segundo a autoavaliação do estado de memória.....	116
Tabela 14: Comparação das variáveis numéricas segundo a autoavaliação do estado de memória.....	117
Tabela 15: Comparação das variáveis categóricas segundo a evolução para óbito	120
Tabela 16: Comparação das variáveis numéricas segundo a evolução para óbito	121
Tabela 17: Variáveis que mostraram diferença significativa na comparação dos perfis da amostra de idosos estudada (N: 120. Ambulatório de Geriatria – HC / Unicamp, Campinas)	123

Lista de Anexo

Anexo 1 - Questionário de avaliação cognitiva.....	170
Anexo 2 - Protocolo de AIVD e AVD	172
Anexo 3 - Mini-Exame do Estado Mental	174
Anexo 4 - Escala Geriátrica de Depressão (GDS)	176

Resumo

O envelhecimento da população brasileira tem ocorrido com grande velocidade. Paralelamente a esse fenômeno observa-se aumento das doenças crônicas que, frequentemente, associam-se a déficits cognitivos, comprometimento do estado de humor e incapacidade funcional. Desta forma, para uma assistência efetivamente integral e integrada desse segmento etário, faz-se necessário detectar essas disfunções nas esferas física, psíquica e cognitiva. Neste sentido, o trabalho em questão tem como objetivo estudar o perfil funcional e cognitivo, bem como o status de humor de idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria, de um hospital universitário que é referência para os serviços de Atenção Primária da Região Metropolitana de Campinas (SP). Os dados foram coletados a partir da Avaliação Geriátrica de 120 prontuários de idosos, considerando as Escalas Adaptadas de Kats, e de Lawton, que permitiu avaliar respectivamente o desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). O desempenho cognitivo, por sua vez, foi avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental e a triagem de sintomas depressivos foi feita através da Escala de Depressão Geriátrica. No que se refere à auto-avaliação de memória, esta foi pesquisada através de três perguntas referentes ao estado de memória no ultimo ano e à dificuldade em lembrar fatos antigos e recentes. A maioria relatou ser independente e apresentou idade maior ou igual a 80 anos, (66%) era do gênero feminino e (43%) com escolaridade de 1 a 4 anos. O déficit cognitivo esteve presente em 29% dos idosos e 32% apresentou sintomas depressivos. 41,25% das mulheres apresentou dependência parcial para as tarefas domésticas; 61,25% dos homens relataram independência para as AIVD. 100% dos idosos com idade entre 71 a 74 anos não referiu dificuldade para lembrar fatos antigos e os idosos com idade maior que 75 anos foram os mais dependentes. Os com escolaridade entre 1 a 4 anos apresentaram pior auto-avaliação de memória. 85,72% dos idosos com déficit cognitivo relataram pouca dependência para AIVD. 57,8% dos idosos com sintomas depressivos apresentaram-se dependentes para AVD e 34,21% desses referiram dificuldades para lembrar fatos antigos. 94,12% dos idosos que consideraram sua memória ruim ou muito ruim referiram dificuldade para lembrar fatos recentes e 32,35% para lembrar fatos antigos. Os resultados destacam a necessidade da avaliação do déficit cognitivo e de comprometimento do estado de humor em idosos assistidos em ambulatório, a fim de prevenir perdas secundária à incapacidade funcional e garantir melhores condições de qualidade de vida para os mesmos.

Palavras chaves: idoso, atividades cotidianas, cognição, memória, depressão.

Abstract

The aging of the population has occurred with great speed. Alongside this phenomenon is observed increase of chronic diseases that often are associated with cognitive deficits, impaired mood and functional disability. Thus, for a comprehensive and integrated care effectively this age group, it is necessary to detect these dysfunctions in the physical, mental and cognitive. In this sense, the work in question is to study the functional and cognitive and mood status of elderly patients in a Geriatric Outpatient Clinic, a teaching hospital that is a reference to the services of Primary Metropolitan Region of Campinas (SP). Data were collected from the medical records of 120 Geriatric Assessment of older people, considering the Scales Adapted Kats, and Lawton, allowing respectively evaluate the performance in Activities of Daily Living (ADL) and the Instrumental Activities of Daily Living (IADL). The cognitive performance, in turn, was assessed with the Mini-Mental State Examination depressive symptoms and screening will be done by the Geriatric Depression Scale. With regard to self-assessment of memory, this was investigated through three questions concerning the state of memory in the last year and will trouble remembering facts old and new. Most reported being independent, showed age greater than or equal to 80 years (40%), was the was female (66%), schooling 1-4 years (43%). Cognitive impairment was present in 29% of seniors and 32% had depressive symptoms. 41.25% of women showed partial dependence for household chores; 61.25% of men reported independence for the AIVD. 100% of the elderly aged between 71 and 74 years reported no trouble remembering facts old and the elderly aged over 75 years were the most dependent. The school with between 1 and 4 years had a poorer self-rated memory. 85.72% of the elderly with cognitive impairment reported little dependence for IADL. 57.8% of older people with depressive symptoms presented themselves dependent for ADL and 34.21% reported difficulty remembering these old facts. 94.12% of the elderly who considered his memory bad or very bad reported difficulty remembering recent events and 32.35% for recall old facts. The results emphasize the need for evaluation of cognitive impairment and mood in the elderly assisted outpatient order to prevent loss secondary to functional disability and guarantee better quality of life for them.

Keywords: elderly, daily activities, cognition, memory, depression.

INTRODUÇÃO

1. Introdução

O envelhecimento populacional refere-se à mudança na estrutura etária da população, o que se associa a um aumento relativo das pessoas acima de 60 anos nos países em desenvolvimento e acima dos 65 anos em países desenvolvidos. Este marcador varia de sociedade para sociedade e não depende somente de fatores biológicos, mas também econômicos, ambientais, científicos e culturais.

O processo de envelhecimento tornou-se uma realidade mundial, ao passo que se destaca como um dos maiores desafios da Saúde Pública, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

A longevidade, que corresponde aos anos vividos por um indivíduo, ou média de vida de pessoas de uma mesma geração, passou a ser um desejo de qualquer sociedade. No entanto, ela só pode ser considerada uma conquista real na medida em que for agregada qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, as ações políticas direcionadas aos idosos devem considerar e valorizar a capacidade funcional, a autonomia, a participação social e a satisfação pessoal.

Como também se faz necessário viabilizar as possibilidades de atuação dos idosos em diversos contextos sociais, elaborar novos significados para a vida dessas pessoas, além de incentivar a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde.¹

Do ponto de vista individual, o aumento da longevidade ocasiona uma situação paradoxal: o desejo de viver cada vez mais coexiste com o medo de atingir essa meta com perda da autonomia e da independência. No aspecto

coletivo, os serviços de saúde têm como desafio responder às necessidades das pessoas com incapacidades e dependência, e de suas famílias. O sistema de saúde precisa ser capaz de identificar quais usuários apresentam maiores necessidades, a fim de implantar ações consoantes com as mesmas.²

1.1. Relevância do estudo

No presente estudo foram priorizados os seguintes temas: processo de envelhecimento; capacidade funcional; aspectos emocionais do idoso; velhice e desempenho cognitivo. O enfoque desses temas está associado à significativa influência que eles apresentam na qualidade de vida dos idosos.³

A capacidade funcional, os aspectos cognitivos e os estados emocionais durante o processo de envelhecimento podem, com frequência, ser comprometidos por doenças incapacitantes e psicossomáticas, que possivelmente levam à inatividade física, ao prejuízo no desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD), ao isolamento social e, em decorrência podem afetar a qualidade de vida dos idosos.

A conquista de maior longevidade, proporcionada pelos avanços tecnológicos e das ciências da saúde, implica em estabelecer um novo paradigma em saúde, que tenha em vista o compromisso sociopolítico de concretizar a possibilidade de viver mais e com qualidade.

Assim, ao se considerar o envelhecer em boas condições sem ignorar as modificações inerentes ao processo do envelhecimento, e sem negligenciar as perdas e incertezas do percurso da vida, pode-se perguntar em quais condições

psíquicas e físicas os idosos estão enfrentando as modificações do curso de vida relacionadas à capacidade funcional, à presença ou não de sintomas depressivos e ao desempenho da memória. É válido reconhecer a importância de se avaliar como a memória e os sintomas depressivos interferem no desempenho das AVD e das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) , assim como, se idosos atendidos em ambulatórios de geriatria necessitam de ajuda para estas atividades e quais são as mais comprometidas. Tendo em vista a presença de sintomas depressivos e sua influencia nos prejuízos de memória e de execução nas AVD e AIVD e como os idosos avaliam a própria memória.

Em face dos questionamentos apresentados acima, considera-se adequado conhecer o perfil funcional, emocional e cognitivo dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Unicamp (AG / HC-Unicamp), que se constitui em um serviço de referência de nível terciário para a rede básica da Região Metropolitana de Campinas. O atendimento nesse serviço é realizado por uma equipe multiprofissional.

Para que atendimento ao idoso seja completo a avaliação multidisciplinar é indispensável, já que essa possibilita abordar, de forma integral, as manifestações objetivas e subjetivas relacionadas aos aspectos funcionais, emocionais e cognitivos, a fim de encontrar um diagnóstico que possibilite um planejamento terapêutico individualizado, em vista de oferecer cuidado de melhor qualidade.

No presente estudo, a avaliação dos aspectos relacionados ao desempenho funcional, cognitivo e emocional possivelmente possibilitará planejar ações inclusivas e não apenas atender à demanda espontânea do AG / HC-Unicamp, como também propor à equipe multidisciplinar práticas mais condizentes

com o perfil dos idosos assistidos nesse serviço. Além disso, o estudo permitirá reconhecer as eventuais associações que se estabelecem entre capacidade funcional, cognitiva e os sintomas depressivos em idosos com um perfil mais complexo de comorbidades, do qual resultou o encaminhamento para um serviço de assistência de nível terciário.

1.2. Fundamentação Teórica

No presente estudo, os temas abordados foram os seguintes: 1) O processo de envelhecimento, no qual foi descrito os aspectos psicossociais e biológicos inerentes a tal processo; 2) Capacidade funcional e envelhecimento, que discorreu sobre o impacto da funcionalidade para o envelhecimento; 3) Aspectos cognitivos e envelhecimento, que abordou as questões relativas ao declínio cognitivo, principalmente no que se refere à memória; 4) Sintomas depressivos e depressão no envelhecimento, que tratou da associação entre quadro depressivo e processo de envelhecimento.

1.2.1. O processo de envelhecimento

Apesar de o processo de envelhecimento ser um fenômeno comum aos seres animados, até o momento ainda se fazem necessários muitos estudos para melhor entender a dinâmica de tal processo.

Netto (2006) considera o envelhecimento como a fase de um *continuum* da vida que começa na concepção e termina com a morte ⁴. Para Jeckel Netto e

Cunha (2006), esse termo é empregado para descrever as mudanças morfofuncionais desenvolvidas ao longo da vida, que se iniciam após a maturação sexual e comprometem a capacidade de resposta dos indivíduos frente ao estresse ambiental e à manutenção da homeostasia ⁵.

Para os mesmos autores, o envelhecimento destaca-se como característica universal relacionada à ocorrência de mudanças ao longo do tempo, representando o conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo. Pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável. Essa involução, entretanto, não impede que a pessoa mantenha-se ativa, independente e feliz.⁵

Durante a trajetória de vida do ser humano é possível observar a presença de marcadores biofisiológicos que determinam fases de desenvolvimento, como por exemplo, a menarca que estabelece a transição da puberdade para a maturidade. Em contrapartida, o envelhecimento não apresenta um marcador biofisiológico que lhe seja específico. Desta forma, a passagem da maturidade para o envelhecimento é demarcada, principalmente, por fatores legais, socioeconômicos, status cognitivo, atitudes e comportamentos.

Como todas as fases da vida, a velhice tem uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história. Desta forma, a velhice deve ser compreendida não só sob uma perspectiva individual, mas também sociocultural, o que gera diferentes visões sobre a mesma. ⁶

A presença de doenças, inutilidade e limitações marcou a definição de velhice para cem idosos de João Pessoa, Paraíba, Brasil. ⁶ Por outro lado, para

idosos da zona rural do Estado do Ceará a velhice foi considerada uma condição boa mesmo com a presença de nostalgia relacionada à juventude principalmente no que diz respeito à capacidade funcional para o trabalho e lazer.⁷

É interessante destacar que, a partir das características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, não se verifica uma determinação clara sobre o início da velhice, ao considerarmos que existem pessoas que apresentam características compatíveis com a etapa da velhice em uma fase mais precoce da vida. Nesse sentido vale ressaltar que os fatores determinantes do envelhecimento atuam de diferentes formas nos indivíduos e nas populações humanas, o que destaca a heterogeneidade desse processo.

De acordo com um estudo de natureza qualitativa, com idosas frequentadoras de dois Centros de Convivência do Idoso da Região Centro-Oeste do Brasil, desenvolvido com o objetivo de compreender a vivência do envelhecer por meio do registro da experiência realizada por pessoas que estavam envelhecendo, constatou-se que muitos aspectos podiam ser comuns, plurais, mas o viver era particular, singular e diferenciado. Para as participantes desse estudo, não havia um processo de envelhecimento, mas a continuidade do viver, ou seja, para essas pessoas o idoso continuava sendo a mesma pessoa que sempre tinha sido.⁸

Em outro estudo de caráter qualitativo com 17 idosos com idade maior ou igual a 70 anos, e que teve como pretensão compreender os significados atribuídos à autoavaliação de saúde do idoso, observou-se que a saúde era entendida por essas pessoas como ter autonomia no exercício de competências funcionais exigidas pela sociedade, tais como capacidade de responder às

obrigações familiares e capacidade de desempenhar papéis sociais. Ao definir sua saúde como boa ou razoável, o idoso não se caracterizava como pessoa livre de doenças, mas como sujeito capaz de agir sobre o ambiente.⁹

De acordo com um estudo de revisão bibliográfica sobre os aspectos biológicos e psicológicos inerentes ao envelhecimento, estes representam os efeitos da passagem do tempo no organismo e no psiquismo, sendo essas duas dimensões igualmente importantes, já que são coadjuvantes da manutenção da estabilidade do organismo e do psiquismo, indispensáveis para o ser humano cumprir sua meta de vida¹⁰. Nesse sentido, o envelhecimento representa o conjunto de mudanças, declínios, ganhos, perdas, danos, consequências e efeitos da passagem do tempo em relação à pessoa humana e seu curso de vida.

O envelhecimento, do ponto de vista psíquico, pode representar a etapa em que se efetiva a compreensão e a realização do sentido da vida. Assim, destaca-se a velhice bem-sucedida, física e psiquicamente, na qual o ser humano está mais bem preparado para enfrentar aceitar as perdas, e também reconhecer suas conquistas.¹¹

Netto (2006) admite duas formas de envelhecimento: usual ou comum; bem sucedido ou saudável. Para esse autor, no envelhecimento usual ou comum os fatores extrínsecos, tais como estilo de vida e fatores psicossociais, intensificariam os efeitos adversos decorrentes dos anos de vida, enquanto que no envelhecimento saudável estes efeitos adversos ou não estão presentes, ou têm menor importância.⁴

Para Baltes, o envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado por uma sequência de seleção, otimização e compensação (SOC). Para ele a seleção diz

respeito ao direcionamento eletivo do desenvolvimento, incluindo a escolha das estruturas disponíveis para a obtenção satisfatória de metas, que são redefinidas conforme a repercussão das perdas nas atividades individuais e sociais. A otimização refere-se ao processo de potencializar os meios selecionados para o percurso, envolvendo o uso de recursos internos e externos para que se obtenha um bom resultado. Por sua vez, a compensação associa-se à otimização e se caracteriza pela aquisição ou ativação de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade.¹²

Esse autor defende que o SOC é um constructo psicossocial dinâmico cuja expressão atinge o pico na idade adulta, acentuando-se no envelhecimento como um plano de seleção e compensação com características pessoais e contextuais particulares, cujo objetivo é buscar uma maneira de lidar com as perdas por meio de estratégias psicológicas, utilizando recursos internos e concretos para se aproximar de um desenvolvimento adaptativo. Para ele indivíduos muito idosos encontram-se no limite da capacidade funcional, havendo necessidade de planejamento e implementação de medidas que tornem efetivas as intervenções para reduzir a perda da identidade, autonomia e senso de controle.

No que diz respeito ao envelhecimento a partir de uma perspectiva biológica, Jeckel Neto e Cunha (2006) consideram que esse não se constitui em uma soma de enfermidades e danos ocasionados por doenças, e que nem todas as alterações estruturais e funcionais dependentes da idade podem ser relacionadas, exclusivamente, com o avanço da mesma.⁵

Desta forma, para melhor entender e operacionalizar as mudanças relacionadas ao avançar da idade, Jeckel Neto (2006) propõe que tais mudanças

devem obedecer quatro condições: 1) ser deletérias, ou seja, reduzir a funcionalidade; 2) ser progressivas, estabelecer-se gradualmente; 3) ser intrínsecas, não resultando de um componente ambiental modificável; 4) ser universais, ou seja, todos os membros de uma espécie devem apresentar essas mudanças com o passar do tempo.

O envelhecimento biológico é ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas. Existem evidências de que o processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular- molecular. É possível haver, em consequência disso, uma diminuição da capacidade funcional das áreas afetadas e sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático, que passam a servir como substrato fisiológico para influência da idade na apresentação da doença, da resposta ao tratamento proposto e das complicações que se seguem. Os sinais deficientes vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida, sem comprometer as relações e a gerência de decisões. Esse processo não pode ser considerado doença. Em condições basais, o idoso não apresenta alterações no funcionamento ao ser comparado com o jovem.

Na tentativa de descrever as mudanças decorrentes do avanço da idade em um organismo, que afetam adversamente sua vitalidade e função de forma significativa ao ponto de aumentar a taxa de mortalidade em função do tempo, surge o termo *senescência*. Na mesma direção, a palavra *senilidade* vem para definir o estágio final da senescência, ou seja, quando o risco de mortalidade aproxima-se de 100%.

Não há um limite preciso que demarque a transição entre senescência e senilidade, o que dificulta discriminá-los. A senescência aparece de maneira discreta no decorrer da vida sem comprometer as relações e a gerência de decisões, não pode ser considerada doença. Sua diferença manifesta-se nas situações em que se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, que, no idoso, são mais escassas.⁵ Além disso, vale considerar que todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior.

Destaca-se, portanto, a relevância de investigar as diferenças entre as condições que se associam à senescência e à senilidade, tanto na prática assistencial como na área da pesquisa gerontológica. Sob este paradigma, com a finalidade de estabelecer quais são as deficiências, e incapacidades que aumentem a vulnerabilidade do idoso, em vista de planejar o cuidado e o acompanhamento em curto ou longo prazo, surge a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Essa apresenta um caráter multidimensional e interdisciplinar, da mesma forma que lança mão de instrumentos para quantificar a capacidade funcional, os aspectos cognitivos, bem como parâmetros psicológicos e sociais.

A AGA apresenta benefícios individuais e sociais. Em nível individual ela permite complementar o exame clínico tradicional e melhorar a precisão diagnóstica, além de possibilitar a determinação do grau e da extensão da incapacidade (motora, mental, psíquica); identificar risco de declínio funcional; avaliar o estado nutricional; direcionar a necessidade de atendimentos multidisciplinar; identificar fatores que predispõem à iatrogenia; orientar mudanças e adaptações no ambiente em que o idoso vive, no sentido de reduzir as

desvantagens e preservar a independência; estabelecer critérios para a indicação de internação hospitalar ou em instituição de longa permanência para idoso. Já em nível social a AGA contribui como uma medida precisa em estudos clínicos, nos quais se avalia a capacidade funcional e a qualidade de vida, além de identificar populações de risco, permitir maior investimento em saúde, qualidade de vida e bem-estar e servir como instrumento de planejamento de ações e políticas de saúde.¹³

Também é importante destacar que nem todas as alterações que ocorrem com o idoso são decorrentes da senescência. O Ministério da Saúde alerta para o fato de que esse tipo de visão pode dificultar a detecção precoce e o tratamento de doenças, da mesma forma que não se considera válido tratar o envelhecimento natural como uma doença lançando mão de exames e terapêuticas desnecessárias, ignorando as mudanças que decorrem do processo de senescência². De qualquer forma, existem claras evidências de que as doenças crônicas são mais comuns na velhice, assim como as incapacidades que decorrem das mesmas.

De acordo com dados do Perfil Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) referentes ao ano de 2003, em uma amostra de 33786 idosos brasileiros, foi constatada uma prevalência de 49% de hipertensão arterial sistêmica (HAS), 17% de doenças do coração e 37% de problemas de coluna¹⁴. Em outro estudo que avaliou 1769 idosos (idade média de 71,93 anos) do município de São Paulo, a prevalência de HAS foi de 53%, de artropatias 33,8% e de doenças cardíacas 20,6%¹⁵.

Essas enfermidades têm caráter crônico, e se não forem devidamente tratadas e acompanhadas, tendem a gerar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia do idoso.

À medida que uma proporção maior de pessoas atinge idades cada vez mais avançadas, registra-se maior tendência de alteração no padrão de morbidade e mortalidade da população. As doenças infectocontagiosas declinam e as doenças crônico-degenerativas com seus agravos passam a predominar . Desta forma, verifica-se que, apesar dos indivíduos viverem mais, eles também passam a apresentar maior número de alterações mórbidas crônicas, o que inclui maior comprometimento da capacidade funcional. A partir dessa visão, o estado de saúde não é mais mensurado apenas pela presença ou ausência de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional ¹⁶.

Sendo assim, deve-se conferir ênfase à manutenção da funcionalidade, o que implica em busca diminuir as condições mórbidas. Tal situação permite levar a vida para o limiar mais próximo possível da velhice bem sucedida considerando a existência humana na perspectiva de uma boa qualidade de vida, com preservação da funcionalidade.

Torna-se, portanto, necessário avaliar e conhecer melhor os fatores que interferem na capacidade funcional dos idosos, já que esta se tornou um determinante do estado de saúde das pessoas idosas, visto que muitas apresentam várias doenças simultaneamente, as quais variam em gravidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana dessas pessoas.

1.2.2. Capacidade funcional e envelhecimento

A capacidade funcional pode ser entendida como o conjunto de competências comportamentais relacionadas à habilidade de desempenhar as atividades rotineiras da vida ¹⁶. Ela está associada à independência e autonomia do indivíduo. A primeira diz respeito à habilidade de realizar as atividades do dia a dia de forma independente, enquanto a segunda denota a capacidade de autogoverno, de comando e de decisão sobre as próprias ações.

Como antônimo à capacidade funcional surge o termo incapacidade funcional, entendida como a inabilidade ou dificuldade do indivíduo executar tarefas físicas básicas. De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a incapacidade funcional, é decorrente da disfunção apresentada pelo indivíduo, seja por comprometimento das funções fisiológicas e / ou psicológicas, ou por acometimento das estruturas anatômicas e / ou biológicas.

17

A capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em três domínios: nas Atividades da Vida Diária (AVD), nas Atividades Instrumentais da Vida diária (AIVD) e nas Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD). No presente estudo serão temas de investigação apenas as duas primeiras.

As AVD dizem respeito às tarefas relacionadas ao auto-cuidado tais como: tomar banho, vestir-se, usar o toalete, transferir-se da cama para a cadeira, alimentar-se e, também, se refere à continência fecal e urinária, tomando-se como referência para pontuação o índice de Katz¹⁸. Quanto maior o número de

comprometimentos na realização dessas atividades mais grave é a incapacidade do indivíduo.

As AIVD estão relacionadas à vida prática, ou seja, às tarefas mais adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade. De acordo com Lawton e Brody (1969), elas consistem em: usar o telefone, utilizar meio de transporte, fazer compras, preparar as refeições domésticas, tomar medicamentos e manejar dinheiro¹⁹. As AIVD são atividades mais complexas que as AVD, pois envolvem habilidades mais seletivas e a harmonia de diversas funções simultaneamente. Elas abrangem o funcionamento de sistemas de forma dinâmica e integrada com dependência recíproca entre o ambiente, as habilidades motoras e a cognição. Por esse motivo, o prejuízo da capacidade funcional segue uma sequência hierárquica na qual o indivíduo experimenta primeiro o comprometimento das AIVD, e posteriormente das atividades mais elementares e menos complexas, as AVD.

Em estudo realizado por Dell Duca et al. (2009) com indivíduos que apresentavam incapacidade funcional, a presença deste desfecho foi evidenciada em apenas uma AVD e foi bem mais frequente para as AIVD (7,4% versus 16,6%)²⁰. Em outro estudo realizado por Nunes et. al (2010) com uma amostra de 388 idosos verificou-se que 34,8% dos mesmos necessitavam de ajuda em uma ou mais AVD e 60,6% nas AIVD²¹. Outros estudos também encontraram maior incidência de dependência para AVD quando comparadas às AIVD^{22, 23, 24, 25}.

Em decorrência da forte influência que tem a capacidade funcional no processo de envelhecimento, ela surge como um novo paradigma de saúde

proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), da mesma forma em que independência e a autonomia passam a ser metas desejadas na atenção à saúde da pessoa idosa².

O comprometimento da capacidade funcional pode ser influenciado por fatores como o funcionamento fisiológico inerente ao próprio processo de envelhecimento, por características relacionadas ao gênero, renda, escolaridade, ambiente físico e social, condições de saúde, história de vida e personalidade, idade e cognição¹⁶.

De acordo com um estudo realizado por Rodrigues et al. (2008), com idosos de Ribeirão Preto (SP), as mulheres referiram maior número de morbidades e apresentaram maior comprometimento na execução das AVD²⁶. De modo geral, na literatura evidencia-se que as mulheres idosas apresentam maior número de morbidades e maior prevalência de incapacidade funcional^{27, 28,29}.

Em uma coorte de 2143 idosos, verificou-se que as mulheres são mais susceptíveis a incapacidades para atividades de autocuidado e apresentam maior incidência de doenças³⁰. Elas também estão mais propensas à internação hospitalar e à institucionalização, além de serem mais queixosas e dependentes que os homens, e de referirem maior incidência de doenças.^{31,32,33} Porém, apesar das condições incapacitantes, as mulheres vivem mais do que os homens^{34,35}.

Um estudo referente a uma amostra de 208 idosas de baixa renda revelou uma prevalência de 56% de mulheres com limitações funcionais do tipo moderada a grave, registrando-se associação significativa com faixa etária superior a 80 anos, viuvez, presença de hipertensão arterial e inatividade física no lazer.³²

Entretanto, apesar de se registrar maior incidência de incapacidades entre as mulheres do que entre os homens, a presença desse desfecho para as atividades de auto cuidado no contexto masculino é mais preditora de morte do que no contexto feminino.³⁵

Segundo a CIF, a capacidade funcional é também influenciada pelo ambiente, o que em outras palavras significa que a capacidade de desempenhar uma determinada atividade ou ação depende das condições físicas e psíquicas que a pessoa apresenta em um determinado momento e ambiente.¹⁷ Nessa perspectiva condições relacionadas ao corpo, ao ambiente e ao tempo devem estar em consonância para que uma dada tarefa (com suas demandas) seja executada. O ambiente (físico, social e cultural) influencia o comportamento humano e pode determinar o contexto de atuação, no qual as atividades são realizadas.^{36 37,38} Por exemplo, um ambiente adequadamente adaptado favorece o desempenho de atividades de um idoso com limitações físicas, ao passo que um ambiente não adaptado pode não viabilizá-lo, ou dificultá-lo.^{37,38}

Idosos que vivem em área urbana apresentam maior incidência de dependência grave quando comparados a idosos que residem em área rural.³⁹ É possível que isso se deva ao fato de que as demandas do meio urbano são mais complexas e exigentes que as do meio rural. Verifica-se também que idosos institucionalizados que vivem em instituições que não oferecem programas de atividades físicas apresentam menor desempenho cognitivo e comprometimento do equilíbrio funcional quando comparados aos idosos que vivem na comunidade e praticam atividade física.³⁸

A manutenção da capacidade funcional tem importante implicação na qualidade de vida dos idosos por estar relacionada à possibilidade de os mesmos ocuparem-se com o trabalho, com atividades de lazer e de subsistência, e também por permitir que a pessoa mantenha-se inserida no meio social em que vive até idades mais avançadas.

Os hábitos e estilos de vida tais como fumar, ingerir álcool, praticar atividade física, participar de eventos sociais, estar submetido a elevado nível de estresse, ter senso de auto-eficácia e autocontrole também influenciam a capacidade funcional.

Um estudo transversal realizado com 1958 idosos residentes em quatro áreas do Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2002, que teve como objetivo analisar a associação de comportamentos saudáveis com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos encontrou que a atividade física foi positivamente associada com a qualidade de vida, além de mostrar que os idosos que ingeriam bebida alcoólica pelo menos uma vez por semana apresentaram pior qualidade de vida do que os que não ingeriam, assim como os fumantes tiveram pior qualidade de vida quando comparados aos não fumantes.³⁹

Fatores associados à baixa renda influenciam de forma negativa a capacidade funcional de idoso.^{40,41,42,43, 44} Os maiores índices de incapacidade funcional para AVD e AIVD, no Nordeste brasileiro, foram encontrados em áreas de baixo poder aquisitivo.⁴⁵ Em um estudo realizado com 30 mil pessoas, que estimou a prevalência de incapacidade física e mobilidade de idosos no Brasil, foram observadas diferenças regionais importantes, já que as menores taxas desse tipo de evento foram encontradas no Sul e no Sudeste, e as maiores no

Nordeste e Norte, refletindo, portanto, as desigualdades sociais e econômicas existentes no país. A estratificação da população idosa por grupos de renda familiar *per capita* indicou que os idosos mais pobres foram os que apresentaram as maiores taxas de prevalência de incapacidade funcional, sendo praticamente o dobro em relação aos inseridos em estrato de renda mais elevada.⁴⁶ Também Santos, Koszuoski e Pattussi (2007) observaram que idosos com baixa escolaridade e pertencentes a classes menos favorecidas estão mais propensos a apresentarem incapacidade funcional.⁴⁷

Segundo Fielder e Peres (2008), a manutenção da capacidade funcional apresenta forte associação com renda menor que um salário mínimo, ter mais de 80 anos, baixa escolaridade e morar com familiares.⁴⁸

A capacidade funcional é um componente importante para avaliar o estado de saúde do idoso, já que é uma das principais variáveis definidoras do perfil de saúde dos mesmos. Um estudo realizado por Alves, Machado e Iury (2008), sobre o perfil de saúde de 33.786 idosos, identificou que um idoso com “uma ou mais” doenças crônicas pode ser considerado saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com sequelas e incapacidades associadas.¹⁴ Dessa forma, constata-se que o que de fato importa é a habilidade para desempenhar as atividades e não apenas a presença de doenças.⁴⁹

As condições incapacitantes geralmente decorrem de doenças, em sua maioria as de caráter crônico-degenerativo. Em curto e longo prazo, o aumento do número de doenças crônicas leva a uma maior prevalência de incapacidade

funcional, e também ao aumento da procura por serviços de saúde e internação hospitalar.⁵⁰

Nos idosos, ao invés de processos agudos que evoluem para cura ou óbito, predominam as doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Frequentemente elas se sobrepõem e desencadeiam um quadro de multimorbidades, associando-se ao declínio de múltiplos sistemas fisiológicos e levando à vulnerabilidade e à incapacidade funcional.⁴⁸

Um estudo sobre a influência das doenças crônicas na capacidade funcional evidenciou que essas apresentavam forte influência para a capacidade funcional do idoso, além de mostrar que a hipertensão arterial aumentava em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVD, as artropatias em 59%, a doença pulmonar em 50%, e a doença cardíaca em 82%. Quando se analisou a dependência concomitante em AIVD e AVD, a chance de apresentar incapacidade mais que dobrou para cada uma dessas doenças crônicas.¹⁵

Outros estudos também mostraram relação proporcional entre incapacidade funcional e número de doenças crônicas.^{42, 45, 46, 47, 48,49} As doenças crônicas, por sua vez, podem levar o idoso à hospitalização, o que também interfere de forma negativa na capacidade funcional.^{49,50}

Um estudo realizado por Camargo, Machado e Rodrigues (2008), em vista de medir a expectativa de vida de idosos brasileiros livre de incapacidade funcional e com esse desfecho mostrou que aos 60 anos a expectativa de anos de vida a mais para o homem era de 19 anos, com 39% de chance de apresentar incapacidade funcional leve, 21% para incapacidade moderada e 14% para incapacidade grave. Para as mulheres, a expectativa de anos de vida a mais a

partir dos 60 anos foi de 22 anos, com 56% de chance de desenvolver incapacidade funcional leve, 32% moderada e 18% grave.⁵⁰

Outro estudo longitudinal que avaliou idosos durante 20 anos com o objetivo de identificar os fatores psicossociais preditores de mortalidade, revelou que o risco de morte aumentava proporcionalmente à idade e ao aumento de incapacidades, mesmo entre os idosos mais jovens.³⁴

O comprometimento da capacidade funcional (CF) do idoso traz implicações consideráveis para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e também para a vida do próprio idoso, visto que a incapacidade favorece a vulnerabilidade e a dependência, o que contribui para a diminuição do bem estar e da qualidade de vida.¹⁷

Nesse contexto, considerar as condições de vida e saúde relacionadas à CF pode fundamentar intervenções que favoreçam o melhor desempenho dos idosos nas atividades em geral. De acordo com um estudo de revisão de literatura referente aos conhecimentos atuais sobre incapacidade funcional de idosos, foi constatado que a saúde não é mais avaliada pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional.⁵¹

Outro fator que influencia o desempenho funcional é a idade. Na literatura evidencia-se que a capacidade funcional declina com o aumento da idade, sendo que a faixa etária que mais tem crescido no Brasil é a dos idosos com 80 anos de idade ou mais, correspondendo à 12,8% da população idosa e 1,1% da população total. Também foi identificado que a dependência para o desempenho das AVD tende a aumentar de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os idosos com idade igual ou maior que 80 anos.²

Porém, é importante destacar que a incapacidade funcional não é um resultado inevitável do envelhecimento, já que há estudos que comprovam que existem grupos de idosos que não relatam dificuldade para suas tarefas, mesmo entre aqueles de idade mais avançada.⁴¹

Apesar de os idosos mais velhos apresentarem mais incapacidades funcionais, eles apresentam maior nível de satisfação com a vida e melhor percepção sobre a saúde.³ Aliás, muitos idosos mostram-se capazes de neutralizar os efeitos relacionados à desvantagem social, oriundos de processo incapacitante, além de se mostrarem capazes de manter uma percepção satisfatória em relação à qualidade de vida e ao ajustamento social.⁵³ Para uma amostra de 103 idosos com média de idade igual a 79 anos e dependentes para no mínimo uma AVD, evidenciou-se a utilização de estratégias de autocontrole e de resolução de problemas para enfrentamento das condições incapacitantes.⁵⁴

A avaliação da capacidade funcional do idoso apresenta-se relevante, pois a mesma exerce influência na expectativa de vida e é um importante indicador de estado de saúde, assim como é fundamental para a criação, execução e atualização de programas específicos de atenção à saúde.^{42, 55}

1.2.3. Aspectos cognitivos e emocionais do envelhecimento

Quanto à avaliação cognitiva e emocional relacionada ao processo de envelhecimento, o desenvolvimento de estudos sobre o funcionamento neuropsicológico no idoso proporcionou mudanças na visão do envelhecimento psíquico, e possibilitou confirmar que idosos saudáveis, sem limitações físicas,

podem ser bastante produtivos do ponto de vista intelectual e emocional. Considerando esta afirmativa, para melhor entender as mudanças decorrentes do processo de envelhecimento a partir dos aspectos emocionais e psíquicos, serão feitas, a seguir, considerações sobre tais aspectos.

1.2.3.1. Capacidade cognitiva e envelhecimento

O declínio da capacidade cognitiva é decorrente dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. A avaliação de como se dá a modificação da capacidade cognitiva com o decorrer dos anos permitiu considerar que o idoso não é necessariamente limitado cognitivamente, mas que requer adaptação ao ambiente para manter sua funcionalidade semelhante a etapas anteriores da vida. O conhecimento sobre o envelhecimento neuropsicológico ajuda a fundamentar as mudanças exigidas pela sociedade para que os idosos sejam adequadamente valorizados em nosso meio. O termo capacidade cognitiva corresponde à faixa de funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento.¹⁰

A capacidade cognitiva relaciona-se a funções como a memória, atenção, linguagem, praxia, funções executivas e demais habilidades envolvidas no desempenho cognitivo. A praxia corresponde à habilidade de realizar movimentos habituais, adaptados para certa finalidade. A memória, por sua vez, pode ser entendida como a função do sistema nervoso responsável por armazenar informações ou percepções para serem utilizadas em um dado momento. De

acordo com Ribeiro (2010) a memorização envolve três procedimentos: registro de informações através da percepção sensorial, armazenamento e resgate da informação, conhecida como evocação.⁵⁶

Há grande dificuldade acerca da compreensão sobre o limite entre alterações cognitivas normais e patológicas no envelhecimento. O melhor conhecimento sobre os vários tipos de demências, bem como o avanço dos métodos de neuroimagem e estudos científicos apropriados permitem, hoje, um julgamento mais adequado sobre o limite entre saúde e doença no que se refere à cognição.⁵⁷

Sabe-se que algumas das habilidades cognitivas modificam-se em relação ao tempo, enquanto outras permanecem inalteradas. As habilidades que sofrem declínio com a idade são: memória de trabalho ou memória recente, velocidade de pensamento e habilidades visuo-espaciais, enquanto as que se mantêm inalteradas são: inteligência verbal, atenção básica, habilidade de cálculo e a maioria das habilidades de linguagem.¹⁰ Porém, constata-se diferenças entre os gêneros, níveis de escolaridade e saúde percebida.^{58, 59}

De acordo com a literatura, alguns fatores podem determinar a magnitude dos efeitos do envelhecimento sobre a memória, tais como, a herança genética, nível educacional e socioeconômico, estilo de vida (ausência do tabagismo, atividades físicas e cognitivas frequentes), acuidade visual e auditiva, relações sociais, entre outros.⁶⁰ Um estudo realizado por Paulo e Yassuda (2010) sobre as queixas mnemônicas em 67 idosos evidenciou que tais queixas não apresentavam associação com escolaridade, desempenho cognitivo nem com sintomas depressivos, mas com sintomas de ansiedade.⁵⁹

Há controvérsias no que se refere às considerações sobre o processo de senescência do sistema nervoso central (SNC), já que existem alterações anatômicas que não afetam significativamente as funções cognitivas. Observa-se redução de peso do encéfalo (10%), do fluxo sanguíneo cerebral (15-20%), do volume ventricular *ex-vacuo*, do número de neurônios e depósito neuronal de lipofusцина. Também podem surgir degeneração vascular amilóide, placas senis e degeneração neurofibrilar com comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica, bem como lentificação da velocidade da condução nervosa. As regiões mais sensíveis às alterações associadas ao envelhecimento localizam-se no lobo frontal e, possivelmente, no lobo temporal medial. Outras alterações, como a dos órgãos dos sentidos (visão, audição, etc.) dificultam o acesso às informações e interferem de forma negativa no aprendizado.¹⁰

Com o envelhecimento, o lobo frontal não apresenta mudanças na sua porção ventro-medial, responsável pela regulação do comportamento social e emocional. A porção dorsolateral da região pré-frontal, entretanto, apresenta alterações anatômicas e funcionais mais proeminentes, às quais se relacionam o aparecimento de dificuldade para realizar tarefas dependentes da função executiva e da memória recente. As funções executivas são as componentes mais complexas da capacidade funcional, respondendo pela organização de informações, fixação de objetivos, manutenção do controle sobre as circunstâncias mutáveis do ambiente, antecipação de possibilidades e modificação de objetivos e planos de forma coerente.⁶¹

Há maior comprometimento da atenção (registro de informações) e do resgate das informações previamente estocadas (memória de evocação), tarefas

dependentes da memória recente, como também na consolidação de informações imediatas (memória episódica recente, por exemplo, localização de objetos, recados, etc.). Não há alteração da memória semântica, ou seja, referente aos significados.⁶²

Em um estudo sobre memória de evocação, a partir de dois experimentos que compararam o desempenho de jovens e idosos nos testes de recuperação livre, recuperação com pista extra-lista e recuperação com pista intra-lista evidenciou-se redução na evocação relacionada ao aumento da idade dos participantes.⁶³

Clinicamente são observados: lentificação no processamento cognitivo, redução da atenção (déficit de atenção), maior dificuldade para o resgate das informações aprendidas (memória de trabalho) e redução da memória prospectiva (*relacionada a eventos que irão acontecer, ex. lembrar de um compromisso, do horário do médico na próxima semana*), bem como da memória contextual (dificuldades com detalhes). As informações estocadas (memória de longo prazo intermediária e remota) não são afetadas, e sim a análise e comparação (memória de trabalho) das informações que chegam constantemente ao cérebro, com as memórias explícitas e implícitas. Essas alterações não trazem prejuízo significativo na execução das tarefas do cotidiano, pois não promovem limitação das atividades, nem restringem a participação social.

Com o passar da idade, aumentam também as diferenças entre os gêneros, isto é, os homens mais velhos apresentam mais facilidades nos cálculos matemáticos, e as mulheres nas habilidades executivas. O processo de atenção associa-se a comportamentos complexos, em que o indivíduo pode selecionar

algumas informações e ignorar outras; sustentar a concentração em uma informação por um período de tempo; dividir a atenção entre dois ou mais aspectos, ao mesmo tempo; mudar o foco da atenção quando for necessário. No entanto, a capacidade do idoso de dividir atenção entre vários estímulos para realizar uma determinada atividade é prejudicada.⁶⁴

As capacidades cristalizadas ou os conhecimentos adquiridos no curso do processo de socialização tendem a permanecer estáveis, enquanto as capacidades fluidas, isto é, envolvidas na solução de novos problemas, tendem a declinar gradualmente.¹⁰

Um estudo longitudinal de dez anos (1991-2001) sobre a análise preditiva do índice cognitivo e da capacidade funcional para mortalidade entre idosos concluiu que o declínio das funções cognitivas e da capacidade funcional foram os principais preditores modificáveis do risco de óbito.⁶⁵

A velocidade com qual a informação é processada representa a alteração mais evidente do idoso, além de influenciar todas as outras funções e responder pelo déficit cognitivo. A lentidão no processamento de informações é observada em idosos com dificuldade para compreender textos, necessidade de explicações mais ricas e extensas e de mais tempo para executar cálculos.

Por outro lado, a presbiacusia prejudica a compreensão da fala, entretanto, o déficit periférico pode ser compensado pelos recursos e experiências cognitivas. O vocabulário e expressão verbal podem aumentar durante a vida toda, no entanto a linguagem espontânea pode tornar-se menos precisa e mais repetitiva com o passar do tempo.

A capacidade dos idosos em reconhecerem formas, objetos, dimensões e a distância não é prejudicada quando avaliada de forma simples. Os idosos, quando avaliados em testes mais complexos, entretanto apresentam habilidades visuoespaciais e visuoperceptivas inferiores às dos de jovens.¹⁰

No envelhecimento patológico as perdas cognitivas são muito maiores e ocorrem alterações mais significativas em nível do SNC, resultando em incapacidades, demências e limitações intelectuais, as quais se expressam através do comprometimento das funções executivas.⁶⁶

A demência, por sua vez, associa-se a enfermidades como: o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), Doença de Alzheimer (DA), Demência Vascular (DV), Doença de Parkinson (DP) em estágio avançado, entre outras. A prevalência da síndrome demencial tende a aumentar com a idade, sendo de 1 a 5% aos 65 anos, 20% aos 80 anos e 45% em indivíduos acima de 80 anos.⁶²

As apresentações mais comuns dessa síndrome são as seguintes: 1) demência primária associada à atrofia que decorre da perda de células nervosas do cérebro (DA, Demência Fronto-Temporal, Demência de Lewy, Síndrome Parkinsoniana, entre outras); 2) demência vascular que ocorre em razão de infartos múltiplos ou lesões microvasculares difusas; 3) demências secundárias: à alcoolismo, trauma crânio-encefálico, exposição crônica a tóxicos, tumores cerebrais, hipotireoidismo, hidrocefalia de pressão normal, depressão, etc.

Um estudo desenvolvido com 300 indivíduos, entre 18 a 90 anos, residentes no município de Belo Horizonte, constatou haver uma relação significativa entre as variáveis: idade, gênero e capacidade funcional, com o funcionamento cognitivo.⁶⁷

Outro estudo desenvolvido com 56 idosos verificou que aqueles que não apresentavam sintomas depressivos tinham desempenho cognitivo significativamente melhor do que os idosos com sintomas depressivos. Os dados sugerem que a presença de quadro depressivo associa-se com prejuízo da capacidade de memória episódica.⁶³

De acordo com os autores deste estudo, no que se refere à população idosa, frequentemente os sintomas depressivos e o declínio cognitivo apresentam-se concomitantemente. Os sintomas depressivos podem acarretar déficits cognitivos, comprometendo principalmente a atenção, as atividades psicomotoras e a memória.

1.2.3.2. Sintomas depressivos, depressão e envelhecimento

Os quadros depressivos caracterizam-se por humor deprimido e perda de interesse em atividades habituais.⁶⁷ Esses sintomas têm alta prevalência na população idosa, porém sofrem grande variação dependendo da região onde vivem os indivíduos avaliados.

Um estudo que avaliou 1.563 idosos comunitários no município de São Paulo (SP) encontrou uma prevalência de 13% de sintomas depressivos nessa população.⁶⁸ Outro estudo realizado com idosos da comunidade no Nordeste do Brasil encontrou uma prevalência de 25,5% dos mesmos sintomas.³⁰ Em Maringá (PR) estudou-se a prevalência de sintomas depressivos em uma população de 90 idosos dos quais 30 estavam hospitalizados, 30 encontravam-se em instituições asilares e os outros 30 viviam na comunidade. Foi observado que os idosos

hospitalizados e institucionalizados apresentavam maior prevalência de sintomas depressivos, 56,67% e 60% respectivamente, quando comparados aos idosos que viviam na comunidade que apresentaram uma prevalência de 23,34% de sintomas depressivos.⁶⁹

De acordo com Moraes, Moraes e Lima (2010), o envelhecimento do indivíduo depende do grau de fragilidade do organismo e do psiquismo. Pode ser dividido em quatro tipos: 1) Robustez física e cristalização psíquica, quando o envelhecimento somático não está associado a alguma perda física limitante, mas o indivíduo apresenta perturbação do seu psiquismo, o que o impede de compreender o sentido da vida; 2) Robustez física e maturidade psíquica, quando o envelhecimento somático não está associado a alguma perda física limitante e o psiquismo atinge a maturidade mental, a paz e a sabedoria; 3) Fragilidade física e cristalização psíquica, ou seja, o envelhecimento somático é patogênico, com limitações e/ou incapacidades físicas e seu psiquismo encontra-se cristalizado na infância psíquica; 4) Fragilidade física e maturidade psíquica, quando o envelhecimento somático é patológico, com limitações e/ou incapacidades físicas. Todavia, o psiquismo do indivíduo evoluiu, conquistando a maturidade mental.

O seu viver é pautado na aceitação da realidade e na tolerância à dor e seus estados de equilíbrio são cada vez mais flexíveis, pois seus dispositivos de segurança são eficazes na relação com o mundo. Nesse sentido, a conquista do bom humor ocorre quando as limitações físicas não são suficientemente graves para comprometer os mecanismos homeostáticos do organismo. Portanto, quando o idoso apresenta perda da capacidade funcional e/ou da capacidade

cognitiva e não conquistou a maturidade psíquica é possível que ele desenvolva um quadro de depressão.¹⁰

Nessa perspectiva, as perdas funcionais e cognitivas que acompanham o envelhecimento podem levar à depressão, sendo que, muitas vezes essas limitações repercutem mais fortemente na vida do idoso do que as próprias doenças crônicas.

A depressão está entre as enfermidades crônicas de maior prevalência, em faixa etária mais avançada, e, habitualmente, está associada ao déficit na capacidade funcional. Ela apresenta um impacto negativo na morbidade e na mortalidade da população idosa.^{70,71,72,73,74}

Ramos e Lima (2009) realizaram um estudo com o objetivo entender quais fatores sociodemográficos se associavam à depressão, além de avaliar a relação desta morbidade com indicadores de capacidade funcional e cognitiva, uso de medicamentos e o *status* de sobrevivência.⁷⁵ Esses pesquisadores verificaram que os sintomas depressivos eram influenciados por gênero, dificuldades para realizar as atividades diárias, condição civil, déficit cognitivo, fazer uso de mais de um remédio e incapacidade física para as AIVD. Também foi encontrada associação estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva e mortalidade, constatando-se que entre os 548 óbitos registrados, 25% encontravam-se deprimidos no início do estudo.⁷⁵

Outro estudo prospectivo realizado com 310 idosos residentes na comunidade, em Juiz de Fora (MG), entre 2002 e 2004, observou-se que gênero, idade, escolaridade, risco de doenças, pobreza e chance de vivenciar eventos de vida adversos influenciavam quanto à presença de sintomas depressivos. De

acordo com esse estudo, as relações entre o aumento da idade e a presença de sintomas depressivos ainda não estavam claramente definidas.⁷⁶

Com o envelhecimento psíquico pode haver a instalação da vulnerabilidade. No entanto, algumas pessoas idosas tornam-se suficientemente sábias para aceitar a realidade, tolerar a dor ou a perda da independência biológica, pois seus dispositivos de segurança são cada vez mais eficazes na relação com o mundo. Encontram a liberdade plena ou independência psíquica, pois compreendem o sentido da vida. Os valores que regem a sua vida são cada vez mais elevados, racionais, inteligentes e conscientes.¹⁰

JUSTIFICATIVA

2. Justificativa

Desta forma, diante da necessidade da identificação das limitações de ordem funcional, cognitiva e da presença de sintomas depressivos para uma assistência integral e integrada do paciente idoso, o presente estudo pretende avaliar a capacidade cognitiva, funcional, e o estado de humor de uma amostra dos idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que se constitui em referência para os serviços de saúde da Atenção Primária da Região Metropolitana de Campinas (SP)

OBJETIVOS

3. Objetivos

3.1. Objetivos Gerais

Descrever as características de uma amostra de idosos assistidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Unicamp relacionadas a variáveis sócio-demográficas, desempenho cognitivo e funcional, estado de humor e autoavaliação de memória.

Verificar a associação do desempenho funcional e cognitivo, do estado de humor e da autoavaliação de memória desses idosos com número de consultas após a primeira avaliação e com óbito.

3.2. Objetivos Específicos

1. Comparar as variáveis - autoavaliação de memória, sintomas depressivos, desempenho funcional e cognitivo, número de consultas posteriores à avaliação e óbito - entre gêneros.
2. Comparar as variáveis - autoavaliação de memória, sintomas depressivos, desempenho funcional e cognitivo, número de consultas posteriores à avaliação e óbito - entre faixas etárias.
3. Comparar as variáveis - autoavaliação de memória, sintomas depressivos, desempenho funcional e cognitivo, número de consultas posteriores à avaliação e óbito - entre níveis de escolaridade formal.

4. Avaliar os perfis presentes nessa amostra de idosos constituídos a partir das variáveis consideradas no estudo.

HIPÓTESE

4. Hipótese

Este estudo deverá confirmar a existência de relação entre déficit da capacidade funcional, desempenho cognitivo e presença de sintomas depressivos com idade mais avançada, gênero feminino, menor nível de escolaridade formal e autoavaliação negativa de memória.

MÉTODO

5. Métodos

5.1. Local e realização

A coleta de dados foi realizada a partir dos prontuários padronizados preenchidos durante o atendimento dos pacientes no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da Unicamp-(Campinas, SP), que atende em média 10 idosos/semana (≥ 60 anos), com cerca de 250 casos estimados ao ano. Os pacientes atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP (AG) são referenciados de serviços de saúde da Região Metropolitana de Campinas, como também de outros ambulatórios do HC-Unicamp.

A primeira coleta de dados foi feita nos prontuários médicos na mesma semana em que os idosos compareceram para o atendimento agendado no Ambulatório de Geriatria, sendo que os mesmos constituem-se em parte integrante da Avaliação Geriátrica Global (AGG).

Após um ano desta primeira coleta, foi feita nova avaliação através dos prontuários informatizados a fim de identificar quais idosos haviam evoluído para óbito.

5.2. Análise dos dados

Esses dados foram transcritos para uma tabela do Programa Microsoft Office Excel 2007, e em seguida submetidos à análise estatística.

Para o presente estudo, as variáveis categóricas (gênero, faixa etária, escolaridade formal, presença de sintomas depressivos, presença de déficit cognitivo e funcional, bem como autoavaliação de memória) foram submetidas a análises de frequência, com a apresentação da frequência absoluta (n) e dos valores percentuais (%). As variáveis numéricas (anos de escolaridade formal, idade, pontuação nas escalas – GDS, AVD, AIVD, MEEM e número de consultas) foram submetidas a análises estatísticas descritivas, com valores de média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos, medianas e quartis.

Para a análise das principais variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fischer (para valores esperados menores do que 5), e para a análise das variáveis numéricas foram realizados os testes não-paramétricos de Mann-Whitney, para a comparação entre 2 grupos ou de Kruskal-Wallis, para a comparação entre 3 ou mais grupos.

Para analisar a relação conjunta entre as variáveis principais e a formação de perfis foi utilizada a Análise de Conglomerados (*Cluster Analysis*), pelo método da partição. A fim de explorar melhor as relações entre as variáveis, foram feitas análises fixando o número de conglomerados em 2 grupos. Todas as variáveis foram padronizadas, para evitar diferenças de magnitudes de escalas.

O nível de significância adotado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

5.3. Composição e descrição da amostra

Esta pesquisa tem caráter transversal, quantitativo, exploratório e descritivo. Os dados retirados dos prontuários e considerados no estudo referem-se a uma amostra probabilística de conveniência, considerando as características homogêneas da população totalizando 120 idosos, com idade mínima de 60 anos, de ambos os sexos. Esses idosos representam todos os foram atendidos no Ambulatório de Geriatria no período de fevereiro de 2008 a novembro de 2010 (uma ou mais vezes), exceto os que apresentavam comprometimento cognitivo e / ou funcional muito acentuado (representando 20% do total dos atendimentos desse serviço). Como é padronizado nesse serviço, as questões formuladas a partir dos instrumentos utilizados para a AGG foram aplicadas em idosos que apresentavam condições físicas e cognitivas que possibilitaram compreender e responder às mesmas.

5.4. Instrumentos e medidas

As variáveis consideradas para o presente estudo encontram-se abaixo:

- 1) Gênero: M () F ()
- 2) Idade: _____
- 3) Anos de escola formal
- 4) Autoavaliação de memória
- 5) Atividades de Vida Diária (AVD):
- 6) Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)
- 7) Status de Memória

8) Sintomas depressivos

Os dados relativos ao número de consultas e óbitos após a primeira avaliação foram obtidos a partir do sistema informatizado de dados do Hospital de Clínicas da Unicamp.

A autoavaliação de memória é avaliada através de três perguntas formuladas para o idoso sobre seu estado de memória no ultimo ano e sobre a dificuldade de lembrar fatos antigos e recentes, havendo a possibilidade das seguintes respostas: muito boa; boa; ruim e muito ruim, relacionada ao estado de memória e sim ou não, para a dificuldade de lembrar fatos antigos e recentes. (Anexo 1)

No que diz respeito à avaliação da funcionalidade utiliza-se o índice de Katz¹⁸ para avaliar as AVD e a escala de Lawton e Brody para avaliar as AIVD.¹⁹

O índice de Katz avalia seis itens para atividades de autocuidado com três possibilidades de respostas de autorrelato sobre ajuda necessária para: banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação (nenhuma ajuda, ajuda parcial ou ajuda total). (Anexo 2).

A escala de Lawton e Brody avalia sete itens para AIVD com três possibilidades de respostas de autorrelato sobre ajuda necessária para: telefonar, usar transportes, compras, cozinhar, serviços domésticos, uso de medicação, manejo de dinheiro – nenhuma, parcial ou total. (Anexo 2).

O desempenho cognitivo é avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) que consiste num questionário de 20 itens e avalia sete categorias de funções cognitivas. Sua pontuação total pode atingir 30 pontos distribuídos da seguinte forma: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata para

três palavras, atenção e cálculo, evocação tardia das três palavras, linguagem e praxia construtiva.⁷⁷(Anexo 3)

A presença ou não de sintomas depressivos é avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS)⁷⁸ (Anexo 4) na sua forma abreviada com 15 itens, e que se constitui em um dos instrumentos mais utilizados para detecção de sintomas depressivos graves e leves do idoso, tendo sido validada para essa população. Essa validação não foi feita especificamente para a América Latina, mas a GDS é usada frequentemente na prática clínica. No Brasil, Almeida (1999) desenvolveu um estudo de confiabilidade da versão brasileira da GDS (que é a mesma empregada no Ambulatório de Geriatria do HC / Unicamp) verificando que, embora entre os itens individuais da escala a estabilidade tenha sido baixa, há uma relativa estabilidade para o escore total da GSD-15, sendo este um indicador relativamente estável do humor do entrevistado.⁷⁹

5.5. Valores adotados para as escalas

a. **AVD:** valores atribuídos a cada questão em consonância com a Escala de Katz adaptada para o Brasil.⁸⁰

As pontuações encontram-se descritas abaixo:

Banho:

Independente = 1

Necessita de ajuda = 1

Dependente = 0

Vestir-se:

Independente = 1

Transferência:

Independente = 1

Necessita de ajuda = 0

Dependente = 0

Continência:

Independente = 1

Necessita de ajuda = 1

Dependente = 0

Uso do vaso sanitário:

Independente = 1

Necessita de ajuda = 0

Dependente = 0

Necessita de ajuda = 0

Dependente = 0

Alimentação:

Independente = 1

Necessita de ajuda = 1

Dependente = 0

A pontuação total das AVD a ser usada neste estudo é a seguinte:

- 0: Independente em todas as funções, ou 6 pontos;
- 1: Independente em cinco funções e dependente em uma, ou 5 pontos;
- 2: Independente em quatro funções e dependente em duas, ou 4 pontos;
- 3: Independente em três funções e dependente em três, ou 3 pontos;
- 4: Independente em duas funções e dependente em quatro, ou 2 pontos;
- 5: Independente em uma função e dependente em cinco, ou 1 ponto;
- 6: Dependente em seis funções.

Como variável categórica foram consideradas as categorias: é independente (0); é pouco dependente (1 a 3); é muito dependente (4 a 5); é totalmente dependente (6).

b. **AIVD:** Os valores atribuídos a cada item encontram-se descritos abaixo:

- Independente: 3
- Necessita de ajuda: 2
- Dependente: 1

Pontuação total de AIVD a ser usada neste estudo é a seguinte:

- 7: Dependência máxima;
- 21: Independência máxima.

Como variável categórica: é independente (21); é pouco dependente (20 a 14); é muito dependente (13 a 8); é totalmente dependente (7)

c. **MEEM:** (variável contínua): 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Como variável categórica: tem déficit cognitivo para seu nível de escolaridade; não tem déficit cognitivo para seu nível de escolaridade.

d. **GDS:** zero a 5 para sem sintomas depressivos; igual ou superior a 6 para sintomas depressivos. Como variável categórica foram consideradas as categorias: tem depressão; não tem depressão.

e. Valores referentes à dificuldade para **LEMBRAR FATOS ANTIGOS** e **LEMBRAR FATOS RECENTES:**

- Tem dificuldade: 0
- Não tem dificuldade: 1

f. Valores referentes ao **ESTADO DE MEMÓRIA:**

- Muito ruim/Ruim: 0
- Muito bom/Bom: 1

O auto-relato de estado de memória “muito ruim” foi avaliado somando-se à “ruim”, devido à baixa frequência desse relato. O mesmo aconteceu para “muito bom” e “bom”.

ASPECTOS ÉTICOS

6. Aspectos éticos

Neste estudo foram resguardados os critérios éticos da Declaração de Helsinque.

RESULTADOS

7. Resultados

7.1. Caracterização da amostra

A amostra foi representada por 120 idosos, dos quais 80 (66,7%) eram mulheres. No que se refere à idade, registrou-se maior número de idosos com 80 anos ou mais 48(40%), entre os idosos desta faixa etária 21 (52,5%) eram do sexo masculino. No que diz respeito à escolaridade formal, predominaram os idosos que estudaram entre 01 a 04 anos, ou seja, 52 idosos (43%).

Em relação ao nível de dependência funcional, considerando-se as AVD, a maioria dos idosos, 76 (63%), referiu ser independente e 44 (36,7%) foram dependentes. Quanto aos itens considerados para dependência, houve destaque para limitar-se e ao vestir-se (presente em 12 idosos, ou 10%) e para a incontinência urinária (presente em 37 idosos, ou 30,9% que relataram acidentes ocasionais).

Já no que concerne às AIVD, a maioria (82, ou 68,33%) necessitou de ajuda para realizar as mesmas. As que se apresentaram mais comprometidas foram: realizar compras e utilizar transporte (dependência total em 20 idosos, ou 16,7%, para realizar compras; dependência total em 18, ou 15% para utilizar transporte).

Em relação ao desempenho cognitivo, a maioria (85, ou 71%) não apresentou alterações. No que diz respeito à dificuldade para lembrar fatos recentes, 68 (57%) referiram tal dificuldade. Quanto à dificuldade para lembrar

fatos antigos, 100 (83%) não a relataram. No item autoavaliação de memória, 79 (66%) idosos avaliaram-na como “boa”.

No que se refere aos sintomas depressivos, 38 (31,67%) referiram presença desses sintomas.

A tabela 1 descreve a distribuição das variáveis categóricas, compostas pelos seguintes itens: gênero; faixa etária; faixa de escolaridade; classificação das AVD: banho, vestimenta, toalete, transferência, continência e alimentação; classificação das AIVD: manuseio de telefone, transporte, compras, refeições, tarefas domésticas, medicação, dinheiro; dificuldade para lembrar fatos recentes; dificuldade para lembrar fatos antigos; estado de memória; presença de déficit cognitivo; presença de sintomas depressivos; registro de óbito (após a primeira avaliação).

A tabela 2 apresenta os dados referentes às variáveis numéricas, representadas pelas variáveis a seguir: anos de escolaridade; idade; MEEM; GDS; AVD e AIVD; número de consultas médicas (após a primeira avaliação).

Tabela 1: Descrição numérica das variáveis consideradas no estudo

Variável	Condição	N	%
Faixa de escolaridade	0	47	39,17
	1-4	52	43,33
	>4	21	17,50
Faixa etária	60-64	9	7,50
	65-70	19	15,83
	71-74	17	14,17
	75-79	27	22,50
	≥ 80	48	40,00
Classificação das AVD	Independente	76	63,33
	Pouco dependente	36	30,00
	Muito dependente	8	6,67
Classificação das AIVD	Independente	38	31,67
	Pouco dependente	64	53,33
	Muito dependente	15	12,50
	Tot. dependente	3	2,50
Déficit cognitivo	Não	85	70,83
	Sim	35	29,17
Sintomas Depressivos	Não	82	68,33
	Sim	38	31,67
Autoavaliação de memória	Muito bom	7	5,83
	Bom	79	65,83
	Ruim	29	24,17
	Muito Ruim	5	4,17
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	100	83,33
	Sim	20	16,67
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	52	43,33
	Sim	68	56,67
Evolução para óbito	Sim	8	6,67
	Não	112	93,33

AVD: Atividades de vida diária
AIVD: Atividades instrumentais de vida diária
Tot. dependente: Totalmente dependente

Tabela 2: Apresentação dos valores das variáveis numéricas

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Max
Anos de escola	120	3,02	3,83	0,00	2,00	20,00
Idade	120	76,81	7,56	60,00	78,00	94,00
MEEM	120	21,96	5,23	7,00	23,00	30,00
GDS	120	4,11	3,33	0,00	3,00	15,00
N. Consultas	120	5,58	2,55	1,00	5,00	12,00
AVD	120	0,68	1,23	0,00	0,00	5,00
AIVD	120	17,80	3,79	7,00	19,00	21,00

MEEM: Mini exame do estado mental

GDS: Escala de depressão geriátrica

N. Consultas: Número de consultas

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

D.P.: Desvio padrão

Min: Mínima

Max: Máxima

7.2. Análise comparativa segundo a categoria gênero

A média de idade dos homens idosos foi de 78,95 anos e a das mulheres foi de 75,74 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros no que se refere ao desempenho funcional para as AVD. O maior registro de dependência entre as mulheres foi em relação à continência para micção e evacuação, visto que 27 (33,75%) das idosas queixaram-se de incontinência.

Entretanto, em relação às AIVD verificou-se diferença significativa, visto que 49 (61,25%) das idosas referiram ser dependentes em pelo menos uma AIVD, sendo que entre os homens idosos 17 (42,50%) apresentaram-se independentes.

Comparando-se as mulheres e homens idosos dessa amostra, observou-se, dependência parcial ou total nos seguintes itens que compõem as AIVD:

Verificou-se, portanto, que tanto as mulheres como os homens idosos foram mais dependentes para o uso de medicamentos; sendo que os homens foram mais dependentes para o preparo das refeições e as mulheres para realizar tarefas domésticas e fazer compras. Entretanto, registrou-se diferença significativa no que se relacionava à realização das tarefas domésticas, observando-se maior grau de independência favorável para as mulheres.

Quando se fez a comparação das variáveis numéricas em relação à categoria gênero, também se evidenciou diferença significativa em relação à idade, sendo os homens mais velhos que as mulheres ($78,95 \pm 6,12$ anos vs. $75,74 \pm 8,01$ anos, $p = 0,021$).

Não se observaram outras diferenças significativas em relação a gênero, além das AIVD e idade, conforme está apresentado nas tabelas que seguem.

Tabela 3: Comparação das variáveis categóricas entre gêneros

Variável	Condição	F	%	M	%	Valor-p
Faixa etária	60-64	8	10,00	1	2,50	0,061
	65-70	14	17,50	5	12,50	
	71-74	15	18,75	2	5,00	
	75-79	16	20,00	11	27,50	
	> = 80	27	33,75	21	52,50	
Faixa de escolaridade	0	34	42,50	13	32,50	0,270
	1-4	35	43,75	17	42,50	
	>4	11	13,75	10	25,00	
Classificação das AVD	Independente	49	61,25	27	67,50	0,318
	Pouco dependente	27	33,75	9	22,50	
	Muito dependente	4	5,00	4	10,00	
Classificação das AIVD	Independente	21	26,25	17	42,50	0,011
	Pouco dependente	49	61,25	15	37,50	
	Muito Dependente	10	12,50	5	12,50	
	Tot. dependente	0	0,00	3	7,50	
Déficit cognitivo	Não	55	68,75	30	75,00	0,478
	Sim	25	31,25	10	25,00	
Sintomas Depressivos	Não	54	67,50	28	70,00	0,781
	Sim	26	32,50	12	30,00	
Estado de memória	Muito bom	4	5,00	3	7,50	0,583
	Bom	50	62,50	29	72,50	
	Ruim	22	27,50	7	17,50	
	Muito Ruim	4	5,00	1	2,50	
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	68	85,00	32	80,00	0,488
	Sim	12	15,00	8	20,00	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	38	47,50	14	35,00	0,193
	Sim	42	52,50	26	65,00	
Óbito	Não	77	96,25	35	87,50	0,115
	Sim	3	3,75	5	12,50	

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

Tot. dependente: Totalmente dependente

Tabela 4: Comparação das variáveis numéricas entre gêneros

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor-p
Gênero Feminino							
Anos de escola	80	2,69	3,59	0,00	2,00	20,00	0,261
Idade	80	75,74	8,01	60,00	75,50	94,00	0,021
MEEM	80	21,56	5,24	7,00	23,00	30,00	0,204
GDS	80	4,34	3,45	0,00	4,00	15,00	0,340
N. Consultas	80	5,90	2,60	1,00	6,00	12,00	0,620
AVD	80	0,59	1,03	0,00	0,00	5,00	0,860
AIVD	80	17,91	3,34	8,00	19,00	21,00	0,464
Gênero Masculino							
Anos de escola	40	3,68	4,24	0,00	3,00	16,00	
Idade	40	78,95	6,12	62,00	80,00	90,00	
MEEM	40	22,75	5,19	7,00	24,00	30,00	
GDS	40	3,65	3,08	0,00	3,00	10,00	
N. Consultas	40	4,95	2,36	2,00	4,50	10,00	
AVD	40	0,85	1,56	0,00	0,00	5,00	
AIVD	40	17,58	4,60	7,00	19,50	21,00	
MEEM: Mine exame do estado mental							
GDS: Escala de depressão geriátrica							
N. Consultas: Número de consultas							
AVD: Atividades de vida diária							
AIVD: Atividades instrumentais de vida diária							

7.3. Análise comparativa segundo a categoria faixa etária

A maioria dos idosos com idade inferior a 80 anos apresentou-se independente para realizar as AVD. Os idosos com idade igual ou maior que 80 anos foram os que apresentaram maior nível de dependência, principalmente para continência (em 17, ou 35%) e transferência (em 6, ou 12%).

Comparando-se os idosos por faixa etária, no que se refere às AIVD, observou-se que entre os idosos com idade menor ou igual a 70 anos, 12

(42,86%) foram independentes, assim como 10 (58,82%) dos idosos com idade entre 71 e 74 anos.

Por outro lado, observou-se que para os idosos com idade entre 75 e 79 anos, 18 (66,67%) desses apresentaram-se dependentes em pelo menos uma atividade, e entre os idosos com idade igual ou maior do que 80 anos, 27 (56,25%) apresentaram o mesmo grau de dependência.

Comparando-se os idosos dessa amostra por faixas etárias, evidenciou-se dependência parcial ou total nos seguintes itens que compõem as AIVDs:

- Para realizar as tarefas domésticas (15 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 53,57%; 4 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 23,53%; 14 idosos com idade entre 75 a 79 anos, ou 51,85%; 27 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 56,25%, $p = 0,224$);
- Para fazer compras (12 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 42,86%; 4 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 23,53%; 8 idosos com idade entre 75 a 79 anos, ou 29,63%; 21 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 43,75%; $p = 0,438$);
- Para utilizar transporte (10 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 35,71%; 5 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 29,41%; 8 idosos com idade entre 75 a 79 anos, ou 29,63%; 22 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 45,83%; $p = 0,640$);
- Para o uso do telefone (6 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 21,42%; 3 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 17,64%; 9 idosos com idade

entre 75 a 79 anos, ou 33,4%; 18 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 37,5%; $p = 0,492$);

- Para o preparo das refeições (6 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 21,43%; 2 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 11,76%; 6 idosos com idade entre 75 a 79 anos, ou 22,22%; 16 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 33,33%; $p = 0,645$);

- Para o manejo de dinheiro (6 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 25%; 2 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 11,76%; 5 idosos com idade entre 75 a 79 anos, ou 18,52%; 15 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 31,25%; $p = 0,512$);

- Para o uso de medicamentos (6 idosos com idade menor ou igual a 70 anos, ou 21,43%; 2 idosos com idade entre 71 a 74 anos, ou 11,76%; 6 idosos com idade entre 75 a 79 anos, ou 29,63%; 16 idosos com idade maior ou igual a 80 anos, ou 33,33%; $p = 0,675$)

Conforme pode se observar na (Tabela 5), entre as variáveis que mostraram diferença significativa em associação com as faixas etárias registrou-se maior ocorrência de menor nível de escolaridade formal nos idosos com idade entre 71 e 74 anos e igual ou maior que 80 anos ($p = 0,028$). Também se evidenciou registro de maior dificuldade para lembrar fatos antigos nos idosos naqueles com idade inferior a 70 anos (6, ou 21,43%) e naqueles com idade entre 75-79 anos (8, ou 29,63%), enquanto todos os idosos com idade entre 71 e 74 anos (17, ou 100%) não referiram tal dificuldade (**$p = 0,044$**). Em relação às

variáveis numéricas não se evidenciou diferença significativa na comparação da amostra por faixas etárias (Tabela 5).

Tabela 5: Comparação das variáveis categóricas entre faixas etárias

Variável	Condição	<70	%	71-74	%	75-79	%	≥80	%	p
Faixa de escolaridade	0	12	42,86	9	52,94	3	11,11	23	47,92	0,028
	1-4	12	42,86	5	29,41	18	66,67	17	35,42	
	>4	4	14,29	3	17,65	6	22,22	8	16,67	
Classificação das AVD	I	19	67,86	13	76,47	19	70,37	25	52,08	0,306
	P.D.	8	28,57	2	11,76	7	25,93	19	39,58	
	M.D.	1	3,57	2	11,76	1	3,7	4	8,33	
Classificação das AIVD	I	12	42,86	10	58,82	7	25,93	9	18,75	0,04
	P.D.	12	42,86	7	41,18	18	66,67	27	56,25	
	M.D.	3	10,71	0	0,00	2	7,41	10	20,83	
	T.D.	1	3,57	0	0,00	0	0,00	2	4,17	
Déficit cognitivo	Não	22	78,57	13	76,47	21	77,78	29	60,42	0,238
	Sim	6	21,43	4	23,53	6	22,22	19	39,58	
Sintomas Depressivos	Não	19	67,86	13	76,47	17	62,96	33	68,75	0,829
	Sim	9	32,14	4	23,53	10	37,04	15	31,25	
Estado de memória	Muito bom	0	0,00	1	5,88	3	3,70	3	6,25	0,61
	Bom	16	57,14	9	52,94	16	25,93	38	79,17	
	Ruim	10	35,71	7	41,18	7	59,26	5	10,42	
	Muito Ruim	2	7,14	0	0,00	1	11,11	2	4,17	
Dificuldades para lembrar fatos antigos	Não	22	78,57	17	100,00	19	70,37	42	87,50	0,044
	Sim	6	21,43	0	0,00	8	29,63	6	12,50	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	10	35,71	8	47,06	10	37,04	24	50,00	0,56
	Sim	18	64,29	9	52,94	17	62,96	24	50,00	
Óbito	Não	25	89,29	16	94,12	27	100,00	44	91,67	0,432
	Sim	3	10,71	1	5,88	0	0,00	4	8,33	

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

I. : Independente

P.D.: Pouco dependente

M.D.: Muito dependente

Tabela 6: Comparação das variáveis numéricas entre faixas etárias

Idade	Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor-P
<=70	Anos escola	28	3,00	3,93	0,00	2,00	15,00	0,136
	MEEM	28	22,32	4,88	8,00	23,00	30,00	0,201
	GDS	28	4,18	3,51	0,00	3,00	13,00	0,949
	N. consultas	28	5,11	2,27	2,00	5,00	10,00	0,288
	AVD	28	0,71	1,30	0,00	0,00	5,00	0,291
	AIVD	28	17,82	3,93	7,00	20,00	21,00	0,086
71-74	Anos escola	17	2,06	2,61	0,00	0,00	8,00	
	MEEM	17	22,94	4,71	14,00	24,00	29,00	
	GDS	17	3,94	3,01	0,00	5,00	10,00	
	N. consultas	17	6,18	2,88	1,00	7,00	12,00	
	AVD	17	0,65	1,5	0,00	0,00	5,00	
	AIVD	17	19,24	2,68	14,00	21,00	21,00	
75-79	Anos escola	27	4,30	4,62	0,00	3,00	20,00	
	MEEM	27	23,22	4,90	12,00	23,00	30,00	
	GDS	27	4,56	3,84	0,00	4,00	15,00	
	N. consultas	27	5,07	2,62	2,00	5,00	11,00	
	AVD	27	0,41	0,84	0,00	0,00	4,00	
	AIVD	27	18,30	3,11	9,00	19,00	21,00	
≥80	Anos escola	48	2,65	3,57	0,00	1,50	16,00	
	MEEM	48	20,69	5,63	7,00	21,00	30,00	
	GDS	48	3,88	3,11	0,00	3,00	11,00	
	N. consultas	48	5,94	2,53	2,00	6,00	12,00	
	AVD	48	0,81	1,28	0,00	0,00	5,00	
	AIVD	48	17,00	4,27	7,00	19,00	21,00	

MEEM: Mine exame do estado mental

GDS: Escala de depressão geriátrica

N. consultas: Número de consultas

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

7.4. Análise comparativa segundo o nível de escolaridade formal

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa confrontando-se as medidas de capacidade funcional com o nível de escolaridade. No entanto, verificou-se diferença importante quando se comparou a condição de baixa escolaridade com as variáveis estado de memória e desempenho no MEEM, tendo-se registrado maior referência ao estado de memória “ruim” entre os idosos sem nenhuma escolaridade (12, ou 25,53%) e naqueles que informavam ter tido entre 1 a 4 anos (14, ou 26,92%). Entre os que referiram estado de memória “muito ruim”, 5 (9,62%) informaram ter tido 1 a 4 anos de estudo, sendo que não havia nenhum desses entre os que tinham maior nível de escolaridade. Por outro lado, entre os que tinham quatro ou mais anos de estudo (21 idosos), quatro (19,05%) referiram estado memória “muito bom”, 14 (66,67%) referiram como “bom” e apenas três (14,29%) classificaram seu estado de memória como “ruim”.

Em relação à pontuação no MEEM, entre os idosos de menor escolaridade a média foi de $19,17 \pm 4,34$, passando para $23,31 \pm 4,68$ para os que informaram entre 1 a 4 anos de estudo, e para $24,86 \pm 5,64$ no grupo de idosos com mais de quatro anos de escolaridade ($p < 0,001$).

Tabela 7: Comparação das variáveis categóricas segundo o nível de escolaridade formal

Variável	Condição	0	%	1 - 4	%	>4	%	Valor - p
Classificação das AVDs	I	27	57,45	33	63,46	16	76,19	0,495
	P.D.	15	31,91	17	32,69	4	19,05	
	M.D.	5	10,64	2	3,85	1	4,76	
Classificação das AIVDs	I	10	21,28	18	34,62	10	47,62	0,382
	P.D.	29	61,70	27	51,92	8	38,10	
	M. D.	6	12,77	6	11,54	3	14,29	
	T.D.	2	4,26	1	1,92	0	0,00	
Déficit cognitivo	Não	29	61,70	41	78,85	15	71,43	0,172
	Sim	18	38,30	11	21,15	6	28,57	
Sintomas Depressivos	Não	29	61,70	39	75,00	14	66,67	0,359
	Sim	18	38,30	13	25,00	7	33,33	
Estado de memória	Muito bom	1	2,13	2	3,85	4	19,05	0,032
	Bom	34	72,34	31	59,62	14	66,67	
	Ruim	12	25,53	14	26,92	3	14,29	
	Muito Ruim	0	0,00	5	9,62	0	0	
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	42	89,36	40	76,92	18	85,71	0,240
	Sim	5	10,64	12	23,08	3	14,29	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	22	46,81	18	34,62	12	57,14	0,176
	Sim	25	53,10	34	65,38	9	42,86	
Óbito	Não	44	93,62	48	92,31	20	95,24	1,000
	Sim	3	6,38	4	7,69	1	4,76	

AVDs: Atividades de Vida Diária

AIVDs: Atividades Instrumentais de Vida Diária

I: Independente

P.D.: Pouco dependente

M.D.: Muito dependente

T.D.: Totalmente dependente

Tabela 8: Comparação das variáveis numéricas segundo o nível de escolaridade

Anos escola	Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor-p
0	Idade	47	77,17	7,72	62	77	92	0,721
	MEEM	47	19,17	4,34	7	19	27	<0,001
	GDS	47	4,53	3,53	0	4	13	0,549
	N. consultas	47	6,00	2,89	2	6	12	0,253
	AVDs	47	0,94	1,51	0	0	5	0,284
	AIVDs	47	17,06	4,08	7	19	21	0,153
1 - 4	Idade	52	76,27	7,33	62	78	94	
	MEEM	52	23,31	4,68	7	24	30	
	GDS	52	3,96	3,36	0	3	15	
	N. consultas	52	5,50	2,20	1	5	11	
	AVDs	52	0,54	1,00	0	0	5	
	AIVDs	52	18,17	3,70	7	20	21	
> 4	Idade	21	77,33	8,03	60	79	94	
	MEEM	21	24,86	5,64	10	27	30	
	GDS	21	3,52	2,80	0	3	8	
	N. consultas	21	4,86	2,50	2	4	10	
	AVD	21	0,43	0,98	0	0	4	
	AIVD	21	18,52	3,20	12	19	21	

MEEM: Mine exame do estado mental

GDS: Escala de depressão geriátrica

N. Consultas: Número de consultas

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

7.5. Análise comparativa segundo a presença de déficit cognitivo

De acordo com os resultados, verificou-se influencia significativa do déficit cognitivo em relação às atividades de fazer compras e manejar dinheiro. Em relação às compras, 8 (22,86%) desses idosos apresentaram dependência total e 11 (31,43%) apresentaram dependência parcial, ou seja, foram capazes de

realizar essa atividade com ajuda. Entre os idosos sem déficit cognitivo, 59 (69,41%) apresentaram-se independentes para essa atividade.

No que diz respeito ao manejo de dinheiro, 7 (20,00%) idosos com evidência de déficit cognitivo segundo a pontuação no MEEM, apresentaram dependência total e 8 (22,86%) apresentaram dependência parcial. Conforme os achados da Tabela 9, observou-se dependência significativa para as AIVD, quando da associação dessa variável com pior desempenho cognitivo, registrando-se 8 (22,86%) idosos como muito dependentes e 22 (62,86%) como pouco dependentes nessa categoria de atividades instrumentais de vida diária. Por outro lado, entre os idosos sem déficit cognitivo, 33 (38,82%) mostraram-se independentes para as AIVD ($p = 0,01$).

Em relação às variáveis numéricas (Tabela 10), o estudo evidenciou que os idosos classificados como portadores de déficit cognitivo eram significativamente mais velhos que os que não apresentavam essa condição ($79,37 \pm 8,13$ anos vs. $75,75 \pm 7,09$ anos, $p = 0,026$). Também a pontuação para as AIVD foi significativamente inferior no grupo dos idosos com déficit cognitivo ($16,51 \pm 3,83$ vs. $18,33 \pm 3,67$, $p = 0,004$).

Comparando-se os idosos com e sem déficit cognitivo, verificou-se dependência parcial ou total nos seguintes itens que compõem as AIVD:

- Para realizar tarefas domésticas (21, ou 60% dos idosos com déficit vs. 39, ou 45,88% dos idosos sem déficit, $p = 0,364$);
- Para fazer compras (19, ou 54,29% dos idosos com déficit vs. 26, ou 30,50% dos idosos sem déficit, **$p = 0,049$**);

- Para utilizar transporte (18, ou 51,43% dos idosos com déficit vs. 27, ou 31,76% dos idosos sem déficit, $p = 0,112$);
- Para o uso do telefone (14, ou 40% dos idosos com déficit vs. 22, ou 25,88% dos idosos sem déficit, $p = 0,171$);
- Para o preparo das refeições (13, ou 37,14% dos idosos com déficit vs. 17, ou 20% dos idosos sem déficit, $p = 0,111$);
- Para o manejo de dinheiro (15, ou 42,86% dos idosos com déficit vs. 14, ou 16,47 dos idosos sem déficit, **$p = 0,011$**);
- Para o uso de medicamentos (14, ou 40% dos idosos com déficit vs. 18, ou 21,18% dos idosos sem déficits, $p = 0,095$).

Tabela 9: Comparação das variáveis categóricas quanto à presença ou não de déficit cognitivo

Variável	Condição	Sim	%	Não	%	Valor - p
Classificação das AVD	Independente	19	54,29	57	67,06	0,308
	Pouco dependente	14	40,00	22	25,88	
	Muito dependente	2	5,71	6	7,06	
Classificação das AIVD	Independente	5	14,29	33	38,82	0,01
	Pouco dependente	22	62,86	42	49,41	
	Muito dependente	8	22,86	7	8,24	
	Tot. dependente	0	0,00	3	3,53	
Sintomas Depressivos	Não	21	60,00	61	71,76	0,208
	Sim	14	40,00	24	28,24	
Estado de memória	Muito bom	1	2,86	6	7,06	0,883
	Bom	24	68,57	55	64,71	
	Ruim	9	25,71	20	23,53	
	Muito Ruim	1	2,86	4	4,71	
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	31	88,57	69	18,82	0,323
	Sim	4	11,43	16	81,18	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	13	37,14	39	45,88	0,38
	Sim	22	62,86	46	54,12	
Evolução para óbito	Não	33	94,29	79	92,94	1
	Sim	2	5,71	6	7,06	

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

Tot. dependente: Totalmente dependente

Tabela 10: Comparação das variáveis numéricas quanto à presença ou não de déficit cognitivo

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor - p
Sem Déficit cognitivo							
Anos escola	85	3,29	3,87	0,00	3,00	20,00	0,070
Idade	85	75,75	7,09	60,00	77,00	94,00	0,026
GDS	85	3,80	3,23	0,00	3,00	15,00	0,118
N. consultas	85	5,79	2,59	1,00	6,00	12,00	0,188
AVD	85	0,67	1,30	0,00	0,00	5,00	0,312
AIVD	85	18,33	3,67	7,00	20,00	21,00	0,004
Com déficit cognitivo							
Anos escola	35	2,34	3,71	0,00	0,00	16,00	
Idade	35	79,37	8,13	62,00	80,00	94,00	
GDS	35	4,86	3,50	0,00	5,00	13,00	
N. consultas	35	5,09	2,42	2,00	5,00	10,00	
AVD	35	0,69	1,05	0,00	0,00	4,00	
AIVD	35	16,51	3,83	8,00	18,00	21,00	
GDS: Escala de depressão geriátrica							
N. Consultas: Número de Consultas							
AVD: Atividades de Vida Diária							
AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária							

7.6. Análise comparativa segundo a presença de sintomas depressivos

A partir dos achados deste estudo, verificou-se associação significativa entre presença de sintomas depressivos e dependência para as AVD: banhar-se em 7 idosos (18,42%), vestir-se em 9 (23,68%), e continência em 19 (50%).

Para as AIVD, o nível de dependência foi maior quando se considerou o item utilizar transporte, registrando-se 12 idosos (31,58%) totalmente dependentes e 22 (26,83%) capazes de realizar com ajuda; para fazer compras, 12 (31,58%) idosos com sintomas depressivos apresentaram-se totalmente dependentes; em relação a preparar as refeições, 11 (28,95%) mostraram-se totalmente

dependentes, enquanto 67 (81,71%) idosos sem sintomas depressivos apresentaram-se independentes. Conforme apresentado nas Tabelas 11 e 12, constatou-se que a presença de sintomas depressivos associou-se positivamente com a dependência para as AIVD, tanto na condição de variável categórica ($p = 0,01$), como numérica ($p < 0,004$). Em relação às AVDS, essa associação referiu-se apenas à variável numérica ($p < 0,001$),

Comparando-se idosos com e sem sintomas depressivos, observou-se dependência parcial ou total nos seguintes itens que compõem as AVD e AIVD:

- Para tomar banho (7, ou 18,42% dos idosos com sintomas depressivos vs. 3, ou 3,66% dos idosos sem sintomas depressivos, **$p = 0,011$**)
- Para vestir-se (9, ou 23,68% dos idosos com sintomas depressivos vs. 3, ou 3,66% dos idosos sem sintomas depressivos, **$p = 0,002$**);
- Para usar o toalete (5, ou 13,16% dos idosos com sintomas depressivos vs. 5 ou 6,10% dos idosos sem sintomas depressivos, $p = 0,285$);
- Para transferência (4, ou 10,53% dos idosos com sintomas depressivos vs. 7, ou 8,54% dos idosos sem sintomas depressivos, $p = 0,741$);
- Para continência (19 ou 50% dos idosos com sintomas depressivos vs. 18, ou 21,95% dos idosos sem sintomas depressivos, **$p = 0,002$**);
- Para alimentar-se (1, ou 2,63% dos idosos com sintomas depressivos vs. nenhum dos idosos sem sintomas depressivos, $p = 0,317$).
- Para realizar as tarefas domésticas (23, ou 60,53% dos idosos com sintomas depressivos vs. 37, ou 45,13% dos idosos sem sintomas depressivos, $p = 0,078$);

- Para fazer compras (20, ou 52,63% dos idosos com sintomas depressivos vs. 25, ou 30,49% dos idosos sem sintomas depressivos, **p = 0,009**);
- Para utilizar transporte (17, ou 44,74% dos idosos com sintomas depressivos vs. 28, ou 34,15% dos idosos sem sintomas depressivos, **p = 0,002**);
- Para o uso do telefone (17, ou 44,74% dos idosos com sintomas depressivos vs. 19 ou 23,17% dos idosos sem sintomas depressivos, p = 0,054);
- Para o preparo das refeições (15, ou 39,48% dos idosos com sintomas depressivos vs. 15, ou 18,30% dos idosos sem sintomas depressivos, **p = 0,003**);
- Para o manejo de dinheiro (14, ou 36,84% dos idosos com sintomas depressivos, vs. 15, ou 18,30% dos idosos sem sintomas depressivos, p = 0,074);
- Para o uso de medicamentos (15, ou 39,47% dos idosos com sintomas depressivos vs. 17, ou 20,73% dos idosos sem sintomas depressivos, p = 0,095).

Tabela 11: Comparação das variáveis categóricas segundo a presença de sintomas depressivos

Variável	Condição	Sim	%	Não	%	Valor - p
AVD	Independente	16	42,11	60	73,17	0,001
	Pouco dependente	16	42,11	20	24,39	
	Muito dependente	6	15,79	2	2,44	
AIVD	Independente	7	18,42	31	37,80	0,012
	Pouco dependente	20	52,63	44	53,66	
	Muito dependente	9	23,68	6	7,32	
	Tot. dependente	2	5,26	1	1,22	
Estado de memória	Muito bom	0	0,00	7	8,54	0,111
	Bom	24	63,16	55	67,07	
	Ruim	11	28,95	18	21,95	
	Muito Ruim	3	7,89	2	2,44	
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	25	65,79	75	91,46	<0,001
	Sim	13	34,21	7	8,54	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	14	36,84	38	46,34	0,329
	Sim	24	63,16	44	53,66	
Evolução para óbito	Não	35	92,11	77	93,90	0,707
	Sim	3	7,89	5	6,10	

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

Tot. dependente: Totalmente dependente

Tabela 12: Comparação das variáveis numéricas segundo a presença de sintomas depressivos

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor - p
Sem sintomas depressivos							
Anos escola	82	3,16	3,67	0	3,00	20	0,166
Idade	82	76,52	7,54	60	77,50	94	0,767
MEEM	82	22,70	4,70	8	23,00	30	0,058
N. consultas	82	5,66	2,40	2	6,00	12	0,525
AVD	82	0,44	0,98	0	0,00	5	p<0,001
AIVD	82	18,55	3,10	7	20,00	21	P=0,004
Com sintomas depressivos							
Anos escola	38	2,71	4,19	0	1,00	16	
Idade	38	77,42	7,67	63	78,00	94	
MEEM	38	20,37	5,98	7	21,50	20	
N. consultas	38	5,42	2,87	1	4,00	12	
AVD	38	1,18	1,54	0	1,00	5	
AIVD	38	16,18	4,61	7	18,50	21	

MEEM: Mine exame do estado mental
N. Consultas: Número de consultas
AVD: Atividades de vida diária
AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

7.7. Análise comparativa segundo a autoavaliação de estado de memória

A fim de se proceder à análise das variáveis numéricas os dados referentes a estados de memória foram considerados a partir de dois grupos: “ruim” e “muito ruim”; “bom” e “muito bom”. Esses foram assim constituídos em função da baixa frequência em alguns desses itens.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 13, verificou-se que 32 (94,12%) idosos que avaliaram o estado de sua memória como “ruim / muito ruim” referiram dificuldade para lembrar fatos recentes. Também entre os idosos

que avaliaram seu estado de memória como “ruim / muito ruim”, 11 (32,35%) referiram dificuldade para lembrar fatos antigos. Por outro lado, entre os que avaliaram seu estado de memória como “bom / muito bom”, 77 (89,53%) negaram dificuldade para lembrar fatos antigos ($p = 0,04$) e 50 (58,14%) negaram dificuldade para lembrar fatos recentes ($p < 0,001$).

Considerando-se a análise das variáveis numéricas (Tabela 14), verificou-se que os idosos cuja avaliação de memória enquadrou-se na categoria “bom / muito bom” eram significativamente mais velhos que os que tinham avaliação “ruim / muito ruim” ($77,99 \pm 7,11$ anos vs. $73,82 \pm 7,95$ anos, $p = 0,005$). Da mesma forma, esse primeiro grupo de idosos apresentou pontuação de GDS significativamente inferior quando comparado ao segundo grupo ($3,55 \pm 2,99$ vs. $5,53 \pm 3,75$, $p = 0,06$).

Tabela 13: Comparação das variáveis categóricas segundo a autoavaliação do estado de memória

Variável	Condição	Bom/M. Bom	%	Ruim/M. Ruim	%	Valor - p
Classificação das AVD	Independente	54	62,79	22	64,71	0,969
	Pouco dependente	26	30,23	10	29,41	
	Muito dependente	6	6,98	2	5,88	
Classificação das AIVD	Independente	26	30,23	12	35,29	0,773
	Pouco dependente	48	55,81	16	47,06	
	Muito Dependente	10	11,63	5	14,71	
	Tot. dependente	2	2,33	1	2,94	
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	77	89,53	23	67,65	0,04
	Sim	9	10,47	11	32,35	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	50	58,14	2	5,88	<0,001
	Sim	36	41,86	32	94,12	

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

Tot. dependente: Totalmente dependente

Tabela 14: Comparação das variáveis numéricas segundo a autoavaliação do estado de memória

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor p*
Muito Bom/Bom							
Anos escola	86	3,27	4,17	0,00	2,00	20,00	0,542
Idade	86	77,99	7,11	62,00	79,00	94,00	0,005
MEEM	86	21,92	5,06	8,00	23,00	30,00	0,653
GDS	86	3,55	2,99	0,00	3,00	11,00	0,006
N. consultas	86	5,59	2,49	1,00	6,00	12,00	0,853
AVD	86	0,70	1,26	0,00	0,00	5,00	0,793
AIVD	86	17,97	3,61	7,00	19,00	21,00	0,719
Muito Ruim/Ruim							
Anos escola	34	2,38	2,75	0,00	2,00	11,00	
Idade	34	73,82	7,95	60,00	73,00	94,00	
MEEM	34	22,06	5,73	7,00	23,00	30,00	
GDS	34	5,53	3,75	0,00	5,00	11,00	
N. consultas	34	5,56	2,73	2,00	5,00	12,00	
AVD	34	0,62	1,18	0,00	0,00	5,00	
AIVD	34	17,38	4,24	7,00	7,00	21,00	

GDS: Escala de depressão geriátrica
N. Consultas: Número de consultas
AVD: Atividades de Vida Diária
AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

7.8. Análise comparativa segundo a evolução para óbito

Os resultados apontaram uma associação significativa entre a evolução para óbito e dificuldade para lembrar fatos antigos, evidenciando-se que 4 (50%) dos idosos que faleceram até 24 meses após a primeira avaliação referiram tal dificuldade. Outro fator relacionado ao desfecho óbito foi a dependência funcional, ou seja, 2 (25%) idosos que evoluíram para óbito tinham apresentado muita dependência para as AVD, e 2 (25%) tinham referido total dependência para as AIVD.

Comparando-se os idosos sobreviventes com os que morreram até 24 meses após a avaliação, observou-se dependência parcial ou total nos seguintes itens que compõem as AVD e AIVD:

- Para tomar banho (2 ou 25% dos idosos que faleceram, vs. 8 ou 7,14% dos idosos sobreviventes, $p = 0,134$)
- Para vestir-se (2 ou 25% dos idosos que faleceram, vs. 10, ou 8,93% dos idosos sobreviventes, $p = 0,183$);
- Para o uso do toalete (2 ou 25% dos idosos que faleceram, vs. 8 ou 7,14 dos idosos sobreviventes, $p = 0,134$);
- Para transferência (1 ou 12,5% dos idosos que faleceram, vs. 10 ou 8,93% dos idosos sobreviventes, $p = 0,548$);
- Para continência (2 ou 25% dos idosos que faleceram, vs. 35 ou 31,25% dos idosos sobreviventes, $p = 1,0$);
- Para alimentar-se (1 ou 12,5% dos idosos que faleceram, vs. 0 ou 0% dos idosos sobreviventes, $p = 0,067$).
- Para realizar tarefas domésticas (3 ou 37,50% dos idosos que faleceram, vs. 57 ou 50,9% dos idosos sobreviventes, **$p = 0,028$**);
- Para fazer compras (4 ou 50% dos idosos que faleceram, vs. 41 ou 36,61% dos idosos sobreviventes, $p = 0,239$);
- Para utilizar transporte (4 ou 50% dos idosos que faleceram, vs. 41 ou 36,6% dos idosos sobreviventes, $p = 0,192$);
- Para o uso do telefone (5 ou 62,50% dos idosos que faleceram, vs. 31 ou 27,57% dos idosos sobreviventes, $p = 0,067$);

- Para o preparo das refeições (3 ou 37,50% dos idosos que faleceram, vs. 27 ou 23,11% dos idosos sobreviventes, $p = 0$);
- Para o manejo de dinheiro (3 ou 27,50% dos idosos que faleceram, vs. 26 ou 23,21% dos idosos sobreviventes, $p = 0,273$);
- Para o uso de medicamentos (3 ou 35,5% dos idosos que faleceram, vs. 25 ou 25,89% dos idosos sobreviventes, $p = 0,09115$).

Além da capacidade funcional, outra variável que se associou positivamente com o desfecho óbito foi a dificuldade para lembrar fatos antigos, conforme apresentado na tabela abaixo. Há que se destacar que entre os sobreviventes, 96 (85,71%) negavam dificuldade para lembrar fatos antigos, sendo que entre os que morreram 4 (50%) confirmaram esse tipo de dificuldade ($p = 0,026$).

Tabela 15: Comparação das variáveis categóricas segundo a evolução para óbito

Variável	Condição	Sim	%	Não	%	Valor - p
AVD	Independente	6	75,00	70	65,50	0,032
	Pouco dependente	0	0,00	36	32,14	
	Muito dependente	2	25,00	6	5,36	
AIVD	Independente	2	25,00	36	32,14	0,018
	Pouco dependente	3	37,50	61	54,46	
	Mto. Dependente	1	12,50	14	12,50	
	Tot. dependente	2	25,00	1	0,89	
Estado de memória	Muito bom	0	0,00	7	6,25	0,334
	Bom	4	50,00	75	66,96	
	Ruim	3	37,50	26	23,21	
	Muito Ruim	1	12,50	4	3,57	
Dificuldade para lembrar fatos antigos	Não	4	50,00	96	85,71	0,026
	Sim	4	50,00	16	14,29	
Dificuldade para lembrar fatos recentes	Não	4	50,00	48	42,86	0,726
	Sim	4	50,00	64	57,14	

AVD: Atividades de vida diária

AIVD: Atividades instrumentais de vida diária

Tot. dependente: Totalmente dependente

Tabela 16: Comparação das variáveis numéricas segundo a evolução para óbito

Variável	N	Média	D.P.	Min	Mediana	Máx	Valor- p
Sem óbito							
Anos escola	112	3,05	3,93	0,00	2,00	20,00	0,819
Idade	112	76,81	7,23	60,00	78,00	94,00	0,937
MEEM	112	21,83	5,32	7,00	23,00	30,00	0,297
GDS	112	4,08	3,36	0,00	3,00	15,00	0,608
N. consultas	112	5,64	2,59	1,00	5,50	12,00	0,351
AVD	112	0,63	1,12	0,00	0,00	5,00	0,844
AIVD	112	17,86	3,55	7,00	19,00	21,00	0,391
Com óbito							
Anos escola	8	2,50	2,14	0,00	3,50	5,00	
Idade	8	76,75	11,97	62,00	76,00	94,00	
MEEM	8	23,75	3,65	16,00	24,50	28,00	
GDS	8	4,50	3,12	1,00	3,50	8,00	
N. consultas	8	4,75	1,83	2,00	4,50	7,00	
AVD	8	1,25	2,31	0,00	0,00	5,00	
AIVD	8	15,63	6,21	7,00	19,00	21,00	

MEEM: Mine exame do estado mental
GDS: Escala de depressão geriátrica
N. Consultas: Número de consultas
AVD: Atividades de Vida Diária
AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

7.9. Análise de perfis da amostra estudada

Procedendo-se à análise de conglomerados, chegou-se à formação de dois perfis (clusters) com um R^2 de 0,093, ou seja, com explicação de 9,3% da variabilidade dos dados. As variáveis que mais contribuíram para a formação dos mesmos foram: autoavaliação do estado de memória (37,4%), dificuldade para lembrar fatos antigos (24,3%) e evolução para óbito (16,4%).

O perfil 1 foi constituído por 28 idosos e o segundo por 92. No primeiro encontrou-se maior frequência de idosos com dificuldade para lembrar fatos recentes e antigos, pior autoavaliação do estado de memória, menor idade, escolaridade entre 1 a 4 anos, evolução para óbito e menor número de consultas médicas após a primeira avaliação. No perfil 2 encontrou-se maior frequência de idosos que negavam dificuldade para lembrar fatos recentes e antigos, com melhor autoavaliação de memória, mais velhos, sem nenhuma escolaridade, sobreviventes após 24 meses da primeira entrevista e com maior número de consultas médicas nesse período.

Quando se realizou a comparação das variáveis categóricas em associação com esses dois perfis, verificou-se significância para dificuldade de lembrar fatos recentes e antigos, autoavaliação de memória, idade, nível de escolaridade, número de consultas e evolução para óbito até 24 meses após a primeira avaliação (Tabela 17).

Tabela 17: Variáveis que mostraram diferença significativa na comparação dos perfis da amostra de idosos estudada (N: 120. Ambulatório de Geriatria – HC / Unicamp, Campinas)

Variáveis		Perfil 1	Perfil2	Valor - p
Dificuldade para memória recente	Sim	25 (89,29%)	43 (46,74%)	<0,001
	Não	03 (10,71%)	49 (53,26%)	
Dificuldade para memória antiga	Sim	14 (50%)	06 (6,52%)	<0,001
	Não	14 (50%)	86 (93,48%)	
Autoavaliação de memória	Muito Boa	0 (0%)	7 (7,61%)	<0,001
	Boa	6 (21,43%)	73 (79,35%)	
	Ruim	17 (60,71%)	12 (13,04%)	
	Muito Ruim	5 (17,86%)	0 (0%)	
Faixa etária (anos)	≤70	11 (39,29%)	17 (18,48%)	0,031*
	71-74	5 (17,86%)	12 (13,04%)	
	75-79	7 (25%)	20 (21,74%)	
	≥80	5 (17,86%)	43 (46,74%)	
Nível de escolaridade	0	6 (21,43%)	41 (44,57%)	0,033*
	1 -4	18 (64,29%)	34 (36,96%)	
	≥4	4 (14,29%)	17 (18,48%)	
Evolução para óbito	Sim	7 (25%)	1 (1,09%)	< 0,001**
	Não	21 (75%)	91 (98,91%)	
Número de consultas		4,61 ± 2,08	5,88 ± 2,62	0,020***

*: Valor-P referente ao Teste de Qui-Quadrado para comparação de valores entre perfis (1 vs.2).

** : Valor-P referente ao Teste Exato de Fischer para comparação de valores entre perfis (1 vs.2).

***: Valor-P referente ao Teste de Mann-Whitney para comparação de valores entre perfis (1 vs.2)

DISCUSSÃO

8. Discussão

8.1. Caracterizações da amostra

No presente estudo, evidenciou-se maior participação do gênero feminino. O que provavelmente está relacionado à maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens. Estudos de base populacional realizados no Brasil e no exterior destacam a prevalência do gênero feminino sobre o masculino na população idosa ^{82, 83, 84} Um artigo que investigou as tendências no longo prazo das condições de saúde de idosos brasileiros através de dados da PNAD nos anos de 1998, 2003 e 2008, revelou a predominância das mulheres com valores de 55% da amostra estudada para os anos de 1998 e 2003 e 56% no ano de 2008. ⁸²

O maior número de mulheres evidencia o advento da feminilização do envelhecimento, isto pode estar relacionado à maior expectativa de vida da mulher em relação ao homem, evidenciada através da feminilização do envelhecimento, que possivelmente deve à menor exposição das mulheres a fatores de risco e às diferenças atitudinais frente às doenças e incapacidades decorrentes do envelhecimento. ⁸⁵

Para Neri, a feminilização da velhice não está relacionada apenas ao aumento do número de mulheres idosas na população em geral. Outros fatores que também contribuem para este fenômeno são: maior longevidade feminina, participação efetiva das idosas economicamente ativas e maior número de idosas chefes de família. ⁸⁶ Por outro lado é conveniente destacar que as mulheres envelhecem com taxas mais altas de doenças crônicas, incapacidade física, déficit

cognitivo, dor, depressão, fadiga, estresse crônico, consumo de medicamentos, quedas e hospitalização. Diferenças atitudinais também são responsáveis pela menor exposição das mulheres a fatores de risco em relação aos homens, como, por exemplo, violência urbana e acidentes de trânsito nos estratos mais jovens da população. Elas possuem um perfil de cuidadoras por conta da maternidade e estabelecem maior interface com os serviços de saúde. Ao envelhecer conseguem perceber mais suas necessidades e utilizar estes serviços.⁸⁷ Além disso, a maior fidelização da mulher a programas preventivos e educacionais, participando intensamente de atividades de centro de convivência, otimizam seus conhecimentos em relação à própria saúde.⁸²

A média de idade dos homens foi maior que a das mulheres, este dado difere dos dados encontrados na literatura sobre o acesso aos serviços de saúde dos idosos.^{28,80}

Na amostra estudada houve predomínio de idosos mais velhos, ou seja, idosos com oitenta anos e mais de idade. Este resultado deve-se às características dos critérios de inclusão para o atendimento aos pacientes do ambulatório de Geriatria. Tal critério prioriza o atendimento de idosos mais jovens, até 79 anos, acometidos por síndromes geriátricas instaladas e idosos com idade igual ou superior a 80 anos em quaisquer condições. Outros estudos que investigaram a população idosa atendida em ambulatórios de hospitais universitários, encontraram resultados semelhantes.^{84, 28}

Outro fator que contribui para participação majoritária de idosos com 80 anos e mais refere-se ao crescimento acelerado de pessoas nesta faixa etária em vários países em desenvolvimento. Apesar de os indivíduos com mais de 80 anos

representarem cerca de 1,3% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente ⁶⁴.

Os idosos *mais velhos*, ou seja, aqueles que possuem 80 anos ou mais, no ano de 2000 compreendiam aproximadamente 80 milhões de pessoas com uma projeção de 395 milhões em 2050, ou seja, um incremento de 4,9 vezes. Neste mesmo ano as projeções apontam que, aproximadamente 69% destes muito idosos viverão em países em desenvolvimento ⁸⁶.

No que diz respeito à escolaridade, no presente estudo predominaram os idosos que estudaram entre 1 a 4 anos. Esses dados corroboram com os de outros estudos sobre idosos ambulatoriais ^{28,80,84}.

Um estudo de base populacional sobre a população idosa de São Paulo encontrou que os idosos que frequentaram a escola utilizaram menos os serviços de saúde, e o uso desses serviços foi maior nos idosos com autopercepção negativa de saúde ⁸².

Em contrapartida, outro estudo de base populacional realizado em Campinas, encontrou que os idosos escolarizados apresentam melhor auto-avaliação de saúde ⁸⁷. Neste caso, possivelmente frequentar a escola aumentou a necessidade de acessar serviços de saúde, devido ao fato de estes idosos apresentarem atitudes mais favoráveis à prevenção de saúde devido ao melhor conhecimento sobre assuntos relacionados.

O nível de escolaridade também está associado às condições sociodemográficas. Um estudo que comparou idosos ambulatoriais das regiões Sul e Nordeste encontrou que: entre os idosos da região Sul, 40% não estudou e

37% estudou entre 1 a 4 anos. Entre os idosos da região Nordeste, 62% não estudou e 23% estudou entre 1 a 4 anos, e os mais escolarizados, ou seja, os idosos da região Sul foram os que mais utilizaram os serviços de saúde ⁸⁸. Outro fator que esteve relacionado à utilização desses serviços foi a limitação funcional para três ou mais atividades diárias.

Em relação à dependência funcional para as atividades diárias, no presente estudo encontrou que a maioria dos participantes relatou ser independentes para as AVD 76 (63%), por outro lado a maioria necessitou de ajuda para realizar as AIVD 82 (68,33%). Esses dados corroboram com de outros estudos sobre idosos em atendimento ambulatorial, nos quais evidenciou-se mais incapacidades para as AIVD quando comparada às AVD^{19,22,23,24,25,26,27}. Conforme descrito anteriormente há exigência de diferentes graus de habilidades, que segue uma sequencia hierárquica, tendo em vista que as AIVD demandam mais agilidade e destreza de movimentos precisos em comparação com as AVD, bem como de maior preservação das capacidades cognitivas.

Um estudo de base populacional longitudinal realizado no Canadá que estudou a evolução da perda funcional de acordo com o desempenho de idosos no MEEM e nas AVD e AIVD, encontrou associação entre perda funcional para AVD e AIVD de forma gradativa com declínio cognitivo, visto que ao longo de cinco anos, as perdas foram evidenciadas de acordo com o grau de dificuldade das atividades ⁸⁹.

No que se refere à cognição na presente pesquisa, a proporção de idosos que apresentou pontuação sugestiva de déficit cognitivo foi inferior à encontrada em dois estudos sobre idosos da atenção básica de idosos de Dourados, no Mato

Grosso do Sul onde a prevalência desse sintoma foi 42,7% ⁹⁰, e entre idosos participantes de um núcleo de saúde pública da Universidade Federal de Viçosa aonde 36,5% apresentaram pontuação sugestiva para déficit cognitivo, a partir do MEEM ⁹¹. Por outro lado, a proporção desse sintoma foi significativamente menor entre idosos da atenção básica do Sul de Minas Gerais (4,9%) e de um centro de saúde de Santa Catarina (9,1%) ^{92,93}.

Neste último estudo, sobre idosos atendidos em um centro de saúde de Santa Catarina, detectou-se uma relação inversa entre baixo desempenho no MEEM e pontuação no GDS, com prevalência de 17,4% de idosos com sintomas depressivos entre os idosos que pontuaram abaixo da nota de corte para o MEEM.

A presença de déficit cognitivo pode estar relacionada ao desenvolvimento de sintomas depressivos. Idosos com comprometimento cognitivo reportam mais sintomas depressivos que idosos sem esses sintomas⁹⁴. Estudos apontam que a presença de sintomas depressivos, em pacientes diagnosticados com demência, pode acelerar o declínio cognitivo. ⁹⁵

No presente estudo, 31,67% dos idosos apresentaram sintomas depressivos. A depressão é um distúrbio da área afetiva e do humor, que interfere no desempenho funcional em qualquer idade e por ser de natureza multifatorial envolve vários aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), sociais (pobreza, isolamento e falta de suporte social) e psicológicos (perda de entes queridos e papéis sociais). ⁹⁰ Esses dados assemelham-se aos de um ambulatório de Geriatria no DF Brasília o qual encontrou uma prevalência de 37% de sintomas depressivos, a partir da aplicação da GDS. ⁹⁶

Por outro lado, um estudo sobre uma amostra de 102 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria no Maranhão, encontrou uma porcentagem de 50% de idosos que apresentaram sintomas depressivos e entre esses, 13,7% apresentaram sintomas graves, já que pontuaram acima de 10 pontos na GDS.⁹⁷

Para um estudo realizado na Bahia, também em um ambulatório de geriatria, com amostra composta por 1.120 idosos, a prevalência de idosos diagnosticados com depressão foi 23,4%.⁹⁸

A presença de sintomas depressivos influencia negativamente a qualidade de vida dos idosos e privam-nos do convívio social.⁹⁷ Além de limitar os idosos ao contexto residencial, a depressão pode levar à morte.

Em um estudo de base populacional realizado com 1639 idosos que investigou a presença de sintomas depressivos e sua relação com mortalidade entre idosos moradores em São Paulo, encontrou que 325 (19,8%) apresentaram rastreio positivo para sintomatologia depressiva, bem como a sintomatologia depressiva teve associação estatisticamente significativa com a mortalidade desses idosos.⁷³ Outro fator associado à sintomatologia depressiva está é o gênero feminino^{96,98}

8.2. Análise comparativa segundo a categoria gênero.

No presente estudo ao comparar-se homens e mulheres, observou-se que as mulheres apesar de mais jovens apresentaram mais incapacidades para as AIVDs que os homens, os quais apresentaram-se mais velhos com média de idade de 78,95. Esses dados assemelham-se aos de um estudo realizado em ambulatórios de geriatria em Brasília.⁹⁶ Alguns fatores podem justificar a

diferença de idade para os idosos desta amostra: as mulheres mais velhas utilizam mais os consultórios privados, até mesmo as com menores renda, bem como os homens mais velhos além de avaliarem melhor sua saúde e referir menor número de doenças, apresentam menos incapacidades.^{81,99} Devido às incapacidades, as idosas com mais de 80 anos, demandam mais os serviços domiciliares de saúde, frente à dificuldade para sair de casa e acessar serviços ambulatoriais.¹⁰⁰

Estudos apontam maior prevalência de incapacidade funcional para as mulheres^{28,29,30}. Em relação às AIVD outros estudo também encontraram maior relato de incapacidades entre as mulheres em todas as idades.^{22,23} Em uma cidade do interior da Bahia - NE, onde idosas de baixa foram avaliadas quanto à funcionalidade, encontrou-se a prevalência de 46% para incapacidade de moderada a grave para a realização das AIVD.¹⁰¹

No presente estudo encontrou diferença estatística significativa entre gêneros para dependência em relação à realização das atividades domésticas com maiores chances deste desfecho negativo para as mulheres. Este fato pode estar relacionado à cultura brasileira, na qual as mulheres são responsáveis por atividade de ordem mais complexa, enquanto que os homens não realizam tais atividades e quando realizam estas são menos complexas, por isso mais possível de ser realizada. Dados semelhantes foram encontrados em um estudo de base populacional realizado com idosos da comunidade de São Paulo.⁷⁸

As mulheres apresentam-se mais dependentes até mesmo em relação às atividades mais elementares, as AVD. Um estudo que investigou a dependência para AVD, a partir de prontuários de idosos de uma Instituição de Longa

Permanência, encontrou maior dependência dessas atividades entre as mulheres idosas e entre os idosos mais velhos.¹⁰²

8.3. Análise comparativa entre faixas etárias

O aumento da expectativa de vida é um dos fatores mais fortemente associados ao aumento da demanda de cuidados, devido principalmente aos agravos decorrentes do prejuízo funcional, que é uma das causas mais evidentes que se relaciona ao cuidado domiciliar.¹⁰³ As incapacidades podem vir como consequência do envelhecimento normal, devido à diminuição da massa muscular frente à redução dos números de sarcômeros responsável pela diminuição da força muscular.¹⁰⁴ Estudos de base populacional e de idosos em segmento ambulatorial apontam que a incapacidade funcional relaciona-se ao aumento da idade.^{22, 23, 27,28, 30, 33, 39, 42, 43, 45, 47, 48, 57, 76, 79, 105, 106}

No presente estudo o maior nível de dependência com o aumento da idade esteve associado ao desempenho das AIVD.

Um estudo de base populacional realizado em São Paulo também evidenciou maior dificuldade para a realização das AIVD em idosos com 75 anos e mais de idade, visto que 26% dos idosos apresentaram tais dificuldades⁷⁸. A presença de incapacidade funcional para AIVD relacionada ao aumento da idade também foi encontrada em outros estudos.^{22,29, 107, 108, 109}

O aumento da idade acompanhado de declínio funcional esteve associado à Síndrome da Fragilidade em alguns estudos.^{109,110} Tanto a idade avançada como a presença de incapacidade funcional além de restringir o idoso ao contexto

domiciliar,^{103,104,111} é um importante preditor de institucionalização dessa população.¹¹² Essas duas condições, restrição do idoso ao contexto domiciliar e institucionalização, estão fortemente associadas à baixa escolaridade.

8.4. Análise comparativa segundo nível de escolaridade

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatísticas significantes ao que tange à capacidade funcional e escolaridade, no entanto encontrou-se significância estatísticas no que diz respeito à autoavaliação negativa de memória em relação à escolaridade baixa e baixa pontuação para o MEEM, sugestiva de déficit cognitivo.

Esses dados diferem de outros encontrados na literatura que encontraram relação significativa entre funcionalidade e baixa escolaridade.^{22,23,28, 44, 98, 106, 110,}

¹¹³

A baixa escolaridade também está associada à autopercepção negativa de memória entre idosos em outros estudos, visto que um estudo sobre auto relato de memória prospectiva e retrospectiva também encontrou que falhas de memória retrospectiva esteve relacionada a menor escolaridade.¹¹³

Um estudo sobre o Desempenho cognitivo de idosos e adultos em diferentes níveis de escolaridade encontrou que o nível de escolaridade interferiu principalmente na memória prospectiva.¹¹⁴

Desta forma é possível inferir que as falhas de memória prospectiva estão relacionadas à baixa escolaridade, assim como o desempenho no MEEM. Um estudo realizado em Belo Horizonte, MG, que investigou o desempenho de 176

idosos da comunidade com idade entre 65 e 97 anos, e nível educacional que variou entre 0 a 13 anos de escolaridade formal, encontrou que tanto o aumento da idade, quanto o baixa escolaridade influenciaram negativamente a pontuação do MEEM.¹¹⁵

O nível de escolaridade pode influenciar o desempenho cognitivo em qualquer faixa etária, até mesmo entre idosos com DA¹¹⁶ funcionando como um protetor contra perdas cognitivas. Um estudo longitudinal realizado com 1023 indivíduos com idade entre 55 e 85 anos, encontrou que nível de escolaridade esteve fortemente associado ao desempenho cognitivo tanto dos idosos quanto dos adultos.¹¹⁷

Outro estudo realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, que investigou o uso de estratégias de memorização entre adultos maduros e idosos, com idade que variou entre 56 e 81 anos com diferentes níveis de escolaridade (1 a 16 anos), encontrou que independente da idade, os indivíduos com maior escolaridade apresentaram melhores resultados, além de apresentar maior velocidade de processamento, ou seja, demonstraram maior nível de reserva cognitiva.¹¹⁸ Outros estudos também encontraram influencia da escolaridade no desempenho cognitivo de idosos^{91 92 93 119 120 121}

8.5. Análise comparativa segundo a presença de déficit cognitivo

No presente estudo, a presença de déficit cognitivo foi mais prevalente entre os idosos mais velhos e entre os que apresentaram incapacidade funcional

para as AIVD, principalmente fazer compras e manejar dinheiro. Essas duas ultimas atividades são as que mais demandam habilidades cognitivas preservadas, o que pode explicar a maior prevalência de incapacidades.

Outros estudos também encontraram associação entre o avanço da idade e pior desempenho cognitivo para o MEEM.^{121 122 123 124 125 126}

Entre idosas atendidas em um ambulatório de neurologia no MA 71% das com idade entre 81 e 85 anos apresentaram indicativos para déficits cognitivos de acordo com avaliação no MEEM.¹²⁴ Um estudo de base populacional realizado na América Latina (Cuba, República Dominicana, Peru, México, Venezuela e Porto Rico), China e na Índia, com idosos de 65 anos ou mais de idade, encontrou associação positiva entre comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional em todos os países.¹²⁷

Conforme aumenta a gravidade do processo demencial, acentuam-se as perdas funcionais tanto para AVD como para AIVD, sendo que na fase inicial das demências observa-se comprometimento das AIVD, que aumentam de acordo com a piora do quadro demencial e atinge o desempenho das AVD.^{89,25}

Um estudo que descreveu as características sociodemográficas, funcionais e clínicas de 2.898 idosos com e sem declínio cognitivo residentes na zona urbana de Uberaba-MG, encontrou que os idosos que apresentaram pior desempenho no MEEM foram aqueles com maior idade, maior número de doenças, pior nível educacional e com mais incapacidade funcional.¹²¹

Além de presença de déficit cognitivo relacionar-se ao aumento da idade, à incapacidades e à baixa escolaridade, pode também influenciar a presença de sintomas depressivos. Um estudo realizado com 2832 idosos, com o intuito de

entender os fatores associados à incapacidade funcional e depressão encontrou associação positiva entre déficit cognitivo e esses dois desfechos (incapacidade funcional e depressão).¹²⁸

Entre idosos atendidos em uma Estratégia de Saúde da Família em GO, a presença de déficit cognitivo e sintomas depressivos estiveram associados à idade maior de 80 anos e dependência para todas as AIVD.¹²⁹

Dados de um estudo longitudinal inglês sobre envelhecimento (ELSA) encontrou que a presença de sintomas depressivos levou a uma ligeira aceleração no declínio cognitivo em idosos com idade entre 60 e 80 anos.¹³⁰

Entre uma amostra representativa de 327 de idosos espanhóis, a prevalência de comprometimento cognitivo e a presença de demência foi mais evidente entre as mulheres, entre os mais idosos, entre os com depressão e com menor nível educacional.¹³¹ Outros estudos também encontraram associação entre declínio cognitivo e sintomas depressivos.^{128, 132}

8.6. Análise comparativa segundo a presença de sintomas depressivos

No presente estudo sintomas depressivos associou-se à dependência para as AVD e AIVD, bem como à dificuldade para lembrar fatos antigos. Estudos de base populacional também encontram resultados semelhantes.

Um estudo domiciliar de base populacional realizado com 316 idosos da comunidade encontrou que 82% dos idosos com sintomas depressivos apresentaram limitação funcional, quando comparados a idosos sem esses sintomas.¹³³

Outro estudo realizado com 1.667 idosos (≥ 65 anos) residentes na cidade de São Paulo, encontrou que a presença de sintomas depressivos esteve associada a dependência para as AVD e uso de medicamentos.⁷³

Um estudo realizado no município de Santa Cruz, no Rio Grande do Norte, com 310 idosos da comunidade, encontrou associação positiva entre sintomas depressivos e idade acima de 75 anos, analfabetismo, má percepção de saúde e dependência para as AIVD.³²

A sintomatologia depressiva também esteve associada à incapacidade funcional entre idosos acompanhados por programas de saúde. Um estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais com idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família, encontrou associação significativa entre sintomas depressivos e dependência funcional para AIVD.¹³⁴

Pacientes idosos após cirurgia cardíaca que desenvolveram incapacidades para AIVD, principalmente em relação a controle das finanças e à administração de medicamentos, apresentaram sintomas depressivos de acordo com a GDS.²⁶

No presente estudo a média do GDS foi maior entre os idosos com idade entre 75 e 79 anos. Valores aproximados foram encontrados por um estudo realizado com 1.120 idosos em um ambulatório de referência em Salvador na Bahia, o qual encontrou maior prevalência de depressão entre os idosos com idade menor de 75 anos.⁹⁸

Idosos com idade entre 60 e 75 anos submetidos à avaliação cognitiva e de estado de humor, para o estudo de fatores associados à queixa de memória entre idosos, demonstraram que as queixas de memória não se associaram à

escolaridade, desempenho cognitivo nem a sintomas depressivos, mas associaram-se a sintomas de ansiedade.⁶¹

Por outro lado, um estudo que investigou a associação entre déficit cognitivo e falhas de memória em idosos sem diagnóstico de demência, encontrou associação positiva entre presença de sintomas depressivos e falhas de memória, representadas inclusive por imagens de ressonância magnética.¹³⁵

8.7. Análise comparativa segundo a autoavaliação de memória

No presente estudo a maioria dos idosos 94,12% que avaliaram sua memória como ruim ou muito ruim, referiram dificuldades para lembrar fatos recentes.

Uma das primeiras descobertas sobre o envelhecimento cognitivo foi que com o aumento da idade há maior relato de falhas de memória, diminuição da velocidade de raciocínio, da capacidade de fazer novas associações e de resolver problemas.¹³⁶

Estudos apontam que há evidências de perdas cognitivas no envelhecimento normal, principalmente em relação à memória verbal, visual e de trabalho.¹²²

Um estudo que comparou o desempenho de memória de trabalho de jovens e idosos, com idade entre 20 e 70 anos, mostrou que o pior desempenho foi proporcional ao aumento da idade.¹³⁷

Para um estudo sobre a interferência de fatores sociodemográficos e do nível de auto-eficácia geral sobre o auto-relato de falhas de memória geral,

prospectiva e retrospectiva, cuja amostra foi de 642 participantes, com idade entre 16 e 81 anos. Encontrou-se maior registro de falhas de memória geral e retrospectiva entre o grupo de não idosos.¹¹³

Por outro lado, os idosos mais velhos foram os que tiveram pior autoavaliação de memória. Esses dados diferem dos dados encontrados na presente pesquisa, visto que os idosos mais velhos avaliaram melhor sua memória.

Estudos apontam que a queixa de dificuldade de memória é uma das mais frequentes em pessoas idosas, o que não significa que há perda significativa da mesma, visto que a percepção subjetiva não corresponde necessariamente ao comprometimento objetivo da função e isoladamente não é capaz de prever o desenvolvimento de demência.¹³⁸

No entanto a queixa subjetiva de memória é importante componente para o rastreio de declínio cognitivo patológico, visto que o declínio da memória episódica, especialmente nas tarefas de aprendizagem e evocação livre, tem sido descrito como um importante fator preditivo para DA e outras doenças neurocognitivas.¹³⁹

Avaliar o desempenho cognitivo em indivíduos idosos é de extrema importância, visto que doenças associadas ao declínio cognitivo, em especial as demências rastreamento de diagnóstico de demência aumentam o risco de morte, mesmo nos estágios iniciais da doença.¹⁴⁰

8.8. Análise comparativa segundo a evolução para óbito

No presente estudo 6,67% dos idosos evoluíram a óbito após um ano da primeira análise dos prontuários, e este desfecho esteve associado à incapacidade funcional para AVD e AIVD, bem como com dificuldade para lembrar fatos antigos.

O percentual de mortalidade deste estudo foi menor que os encontrados em outros trabalhos realizados no Brasil.^{32, 57, 141} Vale ressaltar que esses dados dizem respeito a idosos residentes na comunidade, já que não foram encontrados relato de óbito em artigos sobre idosos participantes de programas de saúde.

Estudos nacionais e internacionais que avaliaram a relação entre funcionalidade e o desfecho óbito também encontraram associação positiva para limitação funcional e mortalidade tanto em idosos da comunidade, como em idosos institucionalizados e hospitalizados.^{57,64, 142, 143}

No envelhecimento as doenças crônicas, e principalmente as cardiovasculares são consideradas importantes fatores de risco de incapacidade e morte. Um estudo longitudinal realizado no Nordeste do Brasil, sobre o comportamento da limitação funcional como um fator de risco independente para o óbito, encontrou que as doenças cardiovasculares foram importantes fatores de risco para o prejuízo da capacidade funcional, como também para a mortalidade dos idosos.⁵⁷ Outro estudo de base populacional, realizado em São Paulo, também encontrou a mesma associação.¹⁴¹

Desta forma, o declínio capacidade funcional associado à fragilidade tem sido entendido como a principal manifestação de vulnerabilidade que demanda maior atenção e intervenção gerontológica e geriátrica. O termo fragilidade refere-se ao o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização,

hospitalização e morte. Embora o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso.¹⁴⁵ Fried (2001) definiu algumas exigências para o diagnóstico de síndrome de fragilidade, baseadas na presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. De acordo com a autora o fenótipo da fragilidade está presente em cerca de 10% dos idosos e é proporcional ao aumento da idade, ao gênero feminino, ao baixo nível socioeconômico e à presença de comorbidades.¹⁴⁵

Na perspectiva da funcionalidade e da maior vulnerabilidade, podemos definir a presença de declínio funcional como o principal determinante da presença de fragilidade, entendida como uma condição clínica preditora do risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte.¹⁴⁶ Assim, torna-se indispensável a intervenção de profissionais da área da saúde que atuem frente a essas debilidades, prevenindo incapacidades e até mesmo minimizando o risco de morte.

A partir de um estudo sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional em idosos hospitalizados que avaliou os aspectos funcionais de 30 idosos antes, durante e após sua internação, foram observadas melhoras no desempenho das AVD de 83% dos idosos após a alta hospitalar, e houve registro de 4% de piora funcional e óbito entre eles, destacando a importância de profissionais dessa área para a estimulação da independência funcional e melhoria da qualidade de vida.¹⁴⁷

O Terapeuta Ocupacional na atuação clínica gerontológica tem como objetivo manter as habilidades inalteradas, melhorar as que estão deficientes e adaptar o ambiente e utensílios, quando necessário, a fim de viabilizar o

desempenho funcional satisfatório. Bem como visa a execução de tarefas e papéis ocupacionais essenciais para uma vida ativa com o controle de si e do ambiente, bem como prevenir comprometimentos funcionais e promover a saúde.

¹⁴⁸ Seu principal objetivo é a conquista de uma melhor qualidade de vida.

8.9. Análise de Perfis da amostra estudada

A partir da análise de perfis evidenciou-se dois perfis um com maior frequência de idosos mais jovens, com dificuldade para lembrar fatos recentes e antigos, escolaridade entre 1 a 4 anos e evolução para óbito. E outro perfil com de idosos mais velhos, que apesar de apresentar ausência de escolaridade formal demonstraram melhor autoavaliação de memória e menores chances de evolução para óbito.

Possivelmente o desfecho óbito associado à menor idade, deve-se em partes ao perfil da clientela admitida no ambulatório de geriatria, visto que o critério de inclusão deste refere-se ao atendimento de idosos com 80 anos ou mais com quaisquer condições de saúde, enquanto o atendimento a idosos mais jovens associa-se a síndromes geriátricas instaladas, ou seja, os mais jovens necessariamente, neste ambulatório, apresentam más condições de saúde.

Outro fator a ser considerado é que apesar de idosos mais velhos apresentarem mais incapacidade funcional ^{149, 150,151,152,153,154,155,156} mantém sua autonomia preservada e apesar de os riscos para doenças crônicas associadas a fatores genéticos ser mais prevalente entre idosos longevos, eles apresentam

hábitos de vida e comportamentos saudáveis que os protegem de desenvolver doenças dessa ordem.¹⁵⁷

No que concerne à melhor autoavaliação de memória entre idosos mais velhos os dados divergem de outros estudos ¹⁵⁸, visto que não houve associação entre queixa de memória e envelhecimento.

Conhecer o perfil de saúde de idosos ambulatoriais permitirá aos profissionais da saúde planejar ações condizentes com as necessidades da população em estudo, de forma a prevenir incapacidades e estimular o desempenho cognitivo, a fim de garantir-lhes melhores condições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. Considerações Finais

Considerando a importância de avaliar as condições de saúde quanto à funcionalidade, à cognição, ao humor e à predisposição para óbito de idosos em atendimento ambulatorial, o presente estudo observou-se: maior idade entre os homens, maior participação das mulheres em atendimento ambulatorial e maior prevalência, de incapacidades tanto para AVD quanto para AIVD, entre elas; idosos com idade entre 75 e 79 anos com maior escolaridade e não referiram dificuldades para lembrar fatos antigos e os idosos com idade menor de 75 anos foram mais independentes; Os idosos com escolaridade acima de 4 anos de estudo avaliaram melhor sua memória; Os idosos com déficit cognitivo apresentaram mais incapacidades para fazer compras e manejar dinheiro; Os idosos com sintomas depressivos foram mais dependentes tanto para AVD quanto para AIVD; Os idosos que avaliaram sua memória como ruim relataram mais dificuldades para lembrar fatos antigos e recentes; E por fim os idosos que faleceram após um ano da entrevista foram os que referiram dificuldades para lembrar fatos antigos e dependência para AVD e AIVD.

A atenção à saúde do idoso na rede de saúde representa mais um desafio para o Sistema de Saúde, nesse sentido espera-se que a presente pesquisa possa contribuir para o planejamento de ações em saúde por parte dos profissionais que atuam com a população em estudo, de forma a minimizar os danos inerentes ao processo de envelhecimento e possibilitar-lhes condições favoráveis à boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

10. Referências

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas desafios e inovações. Rv. Saúde Pública. 2009; 43 (3): 548-54.
2. Brasil (2007). Envelhecimento e Saúde da Pessoa idosa. Brasília, Ministério da Saúde. 19 192.
3. Sposito G, Diogo MJ, Cintra FA, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Relação entre bem estar subjetivo e Capacidade Funcional em idosos em segmento ambulatorial. Revista brasileira de fisioterapia. 2010; São Carlos SP. (14): 81-89.
4. Neto MP. O Estudo da Velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. pg.2-12.
5. Jeckel Neto AE, Cunha LG. Teorias biológicas do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.pg 13-22.
6. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. Rev Esc Enferm USP. São Paulo-SP. 44: 402-412.
7. Ferreira LGO, Maciel CS, Silva AO, Sá RCN, Moreira MASP (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. Psico-USF. João Pessoa PB. 15: 357-364.
8. Boemer RM, Silva GM (2009). Vivendo o envelhecer: uma perspectiva fenomenológica. Rev Latino-am Enfermagem SP. 17: www.eerp.usp.br/rlae
9. Fonseca, MGUP, Firmo JOA, Filho AIL, Uchôa E (2010). O papéu da autonomia na autoavaliação de saúde do idoso. Rev Saúde Pública. 44: 159-165.
10. Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP (2010). Características Biológicas e Psicológicas do envelhecimento. Rev Med Minas Gerais 20(1): 67-73

11. Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. Interface – Comunic., Saúde, Educ., (2008). Online : 1807-5762.
12. Baltes, P (2000). Autobiographical reflections: From developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. Washington: American Psychological Association, disponível em <http://www.mpibberlin.mpg.de/en/institut/dok/full/Baltes/autobiog/index.html>, acesso em 26 de junho de 2011.
13. Costa EF, Monego ET (2003). Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Revista da UFG, Universidade Federal de Goiás. Disponível em: **www.proec.ufg.br**, acesso em 26/06/2011.
14. Alves, LC , Machado, LCA, Iury CLCJ (2008). "Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership." Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 24(3): 535-546.
15. Alves et al. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 23: 1924-1930.
16. Neri A. Dependência e autonomia. In: Guariento ME, Neri AL (ed). Assistência Ambulatorial ao Idoso. Campinas: Ed. Alínea, 2010:pp.31-44.
17. Buchalla CM, Farias N (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. Rev Bras Epidemiol. São Paulo, SP. 2: 187-193.
18. Katz AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA.1963; 185(12):914-9.
19. Lowton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.

20. Del Duca GF; Silva, MC, Hallall PC (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública. Pelotas, RS. 5: 796-805.
21. Nunes et al (2010). Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia(GO, Brasil). Ciência e Saúde Coletiva. Goiás, GO. 6: 2887-2898
22. Torres GV, Reis LA, Reis LA (2010). Article assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. Arq Neuropsiquiatria. 68: 39-43.
23. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM , Pereira DS , Martins MAA, Tirado MGA (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. Rev. brasileira de fisioterapia. São Carlos. 11: p. 267-273.
24. Battagin AM, Canineu PR (2008). Avaliação da capacidade funcional e sintomas depressivos após cirurgia cardíaca. O Mundo da Saúde. São Paulo. 32: 189-197.
25. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm. 19: 43-35.
26. Rodrigues; et al. (2008). Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. Cienc Cuid Saude. São Paulo, SP. 6: 407-413.
27. Perracini MR, Fló CM, Guerra, RO. Funcionalidade e envelhecimento In: Perracini MR (ed). Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009:pp3-22.
28. Marucci MFN, Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R (2005). Functional limitations of brazilian elderly by age and gender differences: data from sabe survey. Cad de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ. 21: 1177-1185.
29. NERI et. al (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Alínea. Campinas, Anita Liberalesso Neri: 13-60.

30. Lebrão ML. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255 p.
31. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. J Bras Psiquiatr. (2006); 55(1):26-33
32. Guerra RO, Junior CRO (2008). Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. Rev Assoc Med Bras. 54: 430-435
33. Rabelo DF, Cardoso CM (2007). Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. Psico-USF. 12: 75-81
34. Camargos MCS, Perpétuo HO, Machado CJ (2005). Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 17: 379-386.
35. Bowling A, Grundy E . Differentials in mortality up to 20 years after baseline interview among older people in East London and Essex. Age and Ageing,2009; 38: 51-55.
36. Lawton, MP (2006). "Promoting Independence for Wheelchair Users: The Role of Home Accommodations " The Gerontologist_46(1): 115-123
37. Cooper, BA (2005). Avaliando o Contexto: acessibilidade do lar, comunidade e local de trabalho. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. Santos editora. São Paulo, Trombly CA, Radomski MV 5: 235-254.
38. Santos GC, Caixeta AF (2009). Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos. Rev Neurocienc. 17(3): 202-208.
39. Lebrão ML. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255 p.
40. Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP (2010) Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18: 1-7

41. Lima et al (2011) Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study.
42. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisioter.* 13: 376-82
43. Freitas RS et. Al. (2012) Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm.* 25(6):933-9.
44. Alves LC, Leite IC, Machado CJ (2010). Fatores associados incapacidade funcional dos idosos no Brasil: *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010;44(3):1-11
45. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(2):178-89
46. Parahyba, MI, Simões CCS (2006). Prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* 11: 967-974.
47. Santos KA, Koszuoski R, Costa JSP, Pattussi MP (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública_Rio de Janeiro.* 23: 2781-2788.
48. Fielder MM, Peres KG (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2): 409-415.
49. Alves, LC, Leite, IC, Machado, CJ (2008). Conceituando e Mensurando a Incapacidade Funcional da população idosa: uma revisão de literatura:*Ciência e saúde coletiva*,13(4):1199-1207.
50. Camargo MCS, Machado CJM, Rodrigues RN (2008). Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 24: 845-852.
51. Moraes GBV, Bonardi AE, Souza. JFD. (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica.* Porto Alegre. 17: 138-144,.

52. Cruz KCT, Diogo MJD (2009). Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paul Enferm.* 22: 666-672.
53. Borges SM, Cintra FA (2009). Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial *Rev Bras Oftalmol.* 69: 146-151.
54. Caskie GIL, Sutton MC, Margrett JA. The relation of hypertension to changes in adl/iadl limitations of mexican american older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 2010; 65B(3):296-305.
55. Cunha MCF, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC (2009). Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 12: 475-487.
56. Cristo GOL, Pernanbuco CA. (2009). O impacto da funcionalidade na mortalidade de idosos internados em um Hospital Geral. *Einstein* 7(3): 266-270.
57. Bonardi (2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica. Porto Alegre*, 17: 138-144.
58. Rabelo DF, Neri AL (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo. Maringá.* 10: 403-412.
59. Vivan SA, Argimon IIL. (2009) Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.* 25: 436-444.
60. Maciel ACC, Guerra RO. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. *R. Assoc. Med. Bras.* 2008;54(4):347-52
61. Ribeiro PCC. Avaliação cognitiva em idosos. In: Guariento ME, Neri AL (ed). *Assistência Ambulatorial ao Idoso.* Campinas: Ed. Alínea, 2010;pp 293-302.
62. Damasceno BP (2010). Demências. In: Guariento ME, Neri AL (ed). *Assistência Ambulatorial ao Idoso.* Campinas: Ed. Alínea, 2010;pp 243-254.
63. Paulo DLV, Yassuda MS (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade." *Rev Psiq Clín.* 37(1):23-26.

64. Ribeiro PCC, Oliveira BHD, Cupertino APFB, Neri AL, Yassuda MS (2010). Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com Variáveis Sociodemográficas e Saúde Percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 23(1): 102-109.
65. Argimon IIL, Stein LM (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: Um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 64-72.
66. Grieve (2006). *Neuropsicologia em Terapia Ocupacional*. São Paulo SP, Livraria Santos Editora.
67. Xavier (2010). Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso." *Rev Saúde Pública*_44(1): 148-158.
68. Erven (2004). "A Memória dos Idosos em Tarefas Complexas." *Psic.: Teor. e Pesq.*, 20(1): 59-58.
69. Schaefer S, Schumacher V. The Interplay between Cognitive and Motor Functioning in Healthy Older Adults: Findings from Dual-Task Studies and Suggestions for Intervention. *Gerontology*. 2010 Oct 27.
70. Rodrigues JL, Ferreira FO, Haase VG. Perfil do desempenho motor e cognitivo na idade adulta e velhice. *Rev. Internacional de Psicologia*. 2008; 1 (1): 20-33
71. Hamdan AC, Coerrêa PH.(2009) Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *PSICO*, Porto Alegre, PUCRS 40 (1): 73-80
72. Porcu M, Scantanburlo V M, Albrecht NR,Silva SP,Vallim FL, Araújo C. R.; C. Deltreggia C.; Faiola R. V. (2002). Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Maringá*. 24: 713-717.
73. Batistone (2010). Depressão. In: Guariento ME, Neri AL (ed). *Assistência Ambulatorial ao Idoso*. Campinas: Ed. Alínea, 2010:pp 235-242.
74. Ferreira RB, Pinto JA Jr, Nakano EY, Steffens DC, Litvoc J, Bottino CM. Clinically significant depressive symptoms and associated factors in

- community elderly subjects from Sao Paulo, Brazil. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(7):582-90
75. Ramos e Lima (2009). "Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos." *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7. 58(1): 1-7
 76. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. (2010). "Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade." *Rev Saúde Pública* 44(6): 1137-1143.
 77. Folstein M, Folstein S, Mchugh P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinical. *Journal of Psychiatr Research*.1975;12:189-198.
 78. Yesavage J, Brink TL, Rose T, Lum O, Huang O, Adey V, Leirer V . (1983).Development and Validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
 79. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14 (10): 858-65
 80. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Filho TR, Buksman S (2008). Adaptação transcultural da escala de Independência das Atividade de Vida Diária (Escala de Katz). 24(1): 103-112.
 81. Bellinazzi VR, Gurariento ME. (2006) Avaliação ambulatorial do idoso.*Medicina Ambulatorial* . Atheneu, .923-930
 82. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. [10-year trends in the health of Brazilian elderly: evidence from the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008)]. *Ciencia & saude coletiva*. 2011;16(9):3689-96. Epub 2011/10/12. Tendencias em dez anos das condicoes de saude de idosos brasileiros: evidencias da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilios (1998, 2003, 2008).
 83. Huisman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman AT, Brug J, van Tilburg TG, et al. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International journal of epidemiology*. 2011;40(4):868-76. Epub 2011/01/11.

84. Lebrão ML. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 255 p.
85. Pilger C, Menon MH, Mathias TAdF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 20/08/2012; 19(5):[9 p.].
86. Neri AL. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. In: Alinea E, editor. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Campinas2007.
87. Louvison MC, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. [Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil]. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):733-40. Epub 2008/08/19. Desigualdades no uso e acesso aos servicos de saude entre idosos do municipio de Sao Paulo.
88. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Ciencia & saude coletiva. 2004;9(2):423-32.
89. Leal MCC, Marques APdO, Marino JG, Rocha ECd, Santos CRd, Austregésilo SC. Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico. REV BRAS GERIATR GERONTOL. 2009;12(1):77-86.
90. Gontijo S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. In: OMS. Setor de Embaixadas Norte L, editor. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde – Opas; 2005. p. 62.
91. Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morai EPd, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):264-71.
92. Borim FSA, Barros MBdA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(4):769-80.

93. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2267-78.
94. Njegovan V, Man-Son-Hing M, Mitchell SL, Molnar FJ. The Hierarchy of Functional Loss Associated With Cognitive Decline in Older Persons. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. 2010; 56A(10): 638–43.
95. Alvarenga MRM, Oliveira MAdC, Faccenda O, Souza RA. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare Enferm*. .2011;16(3):478-85.
96. Machado JC, Ribeiro RdCL, Leal PFdG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):592-605
97. Faria EC, Silva SAd, Farias KRAAd, Cintra A. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família: município do Sul de Minas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45((Esp. 2)):1748-52.
98. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras*
99. *Psiquiatr*. 2007;56(4):273-9.
100. Shahnawaz Z, Reppermund S, Brodaty H, Crawford J, Draper B, Trollor J, et al. Prevalence and characteristics of depression in mild cognitive impairment: the Sydney Memory and Ageing Study. *Acta Psychiatr Scandinavica*. 2012;10(111):120-08. Epub 4 SEP 2012.
101. A M, Schnaider-Beerli M, A MWM, M.A. EG-B, Grossman HT, Heinz MA, et al. Cognitive Decline in Patients With Dementia as a Function of Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(4):357–63.
102. Linhares CRC, Coelho VLD, Guimarães RM, Campos APMd, Carvalho NTd. Perfil da Clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2003;16(2):319-26
103. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *REV BRAS GERIATR GERONTOL*. 2010;10(2):289-99.

104. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):691-700, mar, 2007. 2007;23(3):691-700.
105. Silva RJdS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Júnior JSV. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
106. Araújo I, Paúl C, Martins M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011; 45:[869-75 pp.].
107. Júnior JSV, Guerra RO. Incapacidade funcional de Mulheres de baixa renda. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2541-8.
108. Eid NT, Kairalla MC, Campora F. Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. *Rev Bras Clin Med* 2012 jan-fev:19-23.
109. Duca GFD, Martinez AdD, Bastos GAN. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1159-65.
110. Mitchell WK, Williams J, Atherton P, Larvin M, Lund J, Narici M. Sarcopenia, dynapenia, and the impact of advancing age on human skeletal muscle size and strength; a quantitative review. *Frontiers in physiology*. 2012;3(260):1-18.
111. Silva SLAd, Vieira RA, Arantes P, Dias RC. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009;16(2):120-5.
112. Rodrigues MAP, Facchini LA, Thumé E, Maia F. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(3):464-76.
113. Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FDd. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2008; 24(4):879-86.

114. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm.* 2012;00(0):000-0.
115. Júnior JSV, Tribess S, Paulo TRSD, Martins CA, Romo-Perez V. Atividade física como indicador preditivo para incapacidade funcional em pessoas idosas. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012; 20(02):[07 p.].
116. Remor CB, Bós AJG, Werlang MC. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. *Scientia Medica (Porto Alegre)*. 2011;21(3):107-12.
117. Duca GFD, Thumé E, Hallal PC. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saude Publica* 2011;45(1):113-20.
118. Duca GFD, Silval SGd, Thumél E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):147-53.
119. Benites D, Jacques SMC, Gauer G, Gomes WB. Percepção de auto-eficácia e auto-relato de falhas de memória prospectiva e retrospectiva. *Interação em Psicologia*. 2006;10(2):207-15.
120. Coelho FGdM, Vital TM, Novais IdP, Costa GdA, Stella F, Santos-Galduroz RF. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *REV BRAS GERIATR GERONTOL, RIO DE JANEIRO*. 2012;15(1):7-15.
121. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Miniexame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clín* 2007;34(1):13-7.
122. Talmelli LFdS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):933-9.
123. Zahodne LB, Glymour MM, Sparks C, Bontempo D, RA Dixon, MacDonald SWS, et al. Education Does Not Slow Cognitive Decline with Aging: 12-Year Evidence from the Victoria Longitudinal Study. *J Int Neuropsychol Soc* 2011;17(6):1039–46.

124. Teixeira-Fabrício A, Lima-Silva TB, Kissaki PT, Vieira MG, Ordonez TN, Oliveira TBd, et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico-USF*. 2012;17(1):85-95.
125. Ferreira FdO, Lima EdP, Vasconcelos AG, Lana-Peixotob MA, Haaseb VG. Velocidade de Processamento, Sintomas Depressivos e Memória de Trabalho: Comparação entre Idosos e Portadores de Esclerose Múltipla. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011;24(2): 367-80.
126. Oliveira KCVd, Barros ALSd, Souza GFMD. Perfil clínico-cognitivo de idosos atendidos no Hospital Geral de Areias, Recife, Pernambuco. *Rev Ciênc Méd, Campinas*,. 2007;16(3):151-9.
127. Ferreira PCdS, Tavares DMdS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):29-35.
128. Chan RC, Xu T, Li H-j, Zhao Q, Liu H-h, Wang Y, et al. Neurological abnormalities and neurocognitive functions in healthy elder people: A structural equation modeling analysis. *Behavioral and Brain Functions* 2011;7(32):1-7.
129. Santos CdS, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAdC. Avaliação da confiabilidade do Mini-Exame do Estado Mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm*. .2010 ;15(3):406-12.
130. Correia MVG, Teixeira CCG, Araújo JF, Brito LMO, Neto JAdF, Chein MBdC, et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís – MA. *Rev Psiq Clín* 2008; 35(4):131-7.
131. Vitiello APP, Ciríaco JGM, Takahashi DY, Nitrini R, Caramelli P. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatório de neurologia geral. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(2-A):299-303.
132. Macêdo AML, Cerchiari EAN, Regina M, Alvarenga M, Faccenda O, Oliveira MAdC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):358-63.

133. Sosa AL, Albanese E, Stephan BCM, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, Distribution, and Impact of Mild Cognitive Impairment in Latin America, China, and India: A 10/66 Population-Based Study. *PLoS Medicine*. 2012 9(2):1-11.
134. Yen Y-C, Rebok GW, Gallo JJ, Jones RN, Tennstedt SL. Depressive Symptoms Impair Everyday Problem-Solving Ability through Cognitive Abilities in Late Life. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(2):142–50.
135. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira ÉA, Bachion MM, Souza MRd. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2887-98.
136. Gale CR, Allerhand M, Deary IJ. Is there a bidirectional relationship between depressive symptoms and cognitive ability in older people? A prospective study using the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*. 2012;42:2057–69.
137. Rodríguez-Sánchez E, Mora-Simón S, Patino-Alonso MC, García-García R, Escribano-Hernández A, García-Ortiz L, et al. Prevalence of cognitive impairment in individuals aged over 65 in an urban area: DERIVA study. *BMC Neurology*. 2011 11(147):1-13.
138. Fujise N, Ikeda M. The relationship between depression and dementia in elderly. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2012;114(3):276-82.
139. Santos KT, Fernandes MH, Reis LA, Coqueiro RS, Rocha SV. Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Rev Bras Fisioter, São Carlos*. 2012;16(4):295-300.
140. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010;59(3):190-197.
141. Xie C, Goveas J, Wu Z, Li W, Chen G, Franczak M, et al. Neural basis of the association between depressive symptoms and memory deficits in nondemented subjects: resting-state fMRI study. *Human Brain Mapping*. 2012;33(6):1352–63.

142. Salthouse TA. Major Issues in Cognitive Aging. Oxford New York: Copyright; 2010.
143. Nagela IE, Preuschhofb C, Lia S-C, Nybergc L, Ba"ckmana L, Ulman Lindenbergera, et al. Performance level modulates adult age differences in brain activation during spatial working memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2009; 106:[22552–7 pp.].
144. SaraN.Burke, Ryan L, Barnes CA. Characterizing cognitive aging of recognition memory and related processes in animal models and in humans. *FrontiersinAgingNeuroscience* [Internet]. 2012; 4.
145. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrin R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(12):79-82.
146. Andersena K, Lolka A, Martinussen T, Kragh-Sørensen P. Very Mild to Severe Dementia and Mortality: A 14-Year Follow-Up – The Odense Study. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;29(1):61-7.
147. Maia FdOM, Duarte YAdO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):540-7.
148. Buchman AS, Leurgans SE, Boyle PA, Schneider JA, Arnold SE, Bennett DA. Combinations of motor measures more strongly predict adverse health outcomes in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. *BMC Medicine*. 2011;9(42):2-11.
149. Nakazawa A, Nakamura K, Kitamura K, Yoshizawa Y. Association Between Activities of Daily Living and Mortality Among Institutionalized Elderly Adults in Japan. *J Epidemiol*. 2012:1-7.
150. Ovando LMK, Couto TVd. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2010;34(2):176-82.
151. Lacas, A.; Rockwood, K.. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med, Londres*. 2012;10(4).

152. Fried, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol SciMed Sci*, Washington. 2001;56:146-51.
153. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais. In: Saúde Md, editor. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012; 1ª. edição. p. 102.
154. Cassiano JG. A contribuição da Terapia Ocupacional para a manutenção da capacidade funcional do idosos. In: UFMG, editor. *Intervenções da Terapia Ocupacional*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2008. p. 139-57.
155. Popim RC, Dell'Acqua MCQ, Antonio TdA, Braz ACG. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em geriatria segundo grau de dependência. *Cienc Cuid Saude* 2010;9(1):21-7.
156. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAdC. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da universidade de são paulo. *Cogitare Enferm*. 2010 15(1):12-8.
157. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012; 21(1):167-76.
158. Lima-Silva TB, Yassuda MS. The relationship between memory complaints and age in normal aging. *Dementia & Neuropsychologia* 2009;3(2):94-100.



Anexo 1 - Questionário de avaliação cognitiva



1) Data do registro de dados no prontuário: _____

2) HC paciente: _____

3) Nome do paciente: _____

4) Cuidador: S () N () 5) Idade: _____ 6) Sexo: F () M ()

7) Anos de escola formal _____

8) Como está sua memória no último ano?

() muito boa () boa () ruim () muito ruim

9) O (a) Sr (a) tem dificuldade para lembrar fatos recentes?

() sim () não

10) O (a) Sr (a) tem dificuldades para lembrar fatos antigos?

() sim () não

11) MEEM : _____

12) AVD: _____ (no. dependências/total)

Banho:

Vestimenta:

Toalete:

Transferência:

Continência:

Alimentação:

13) AIVD: _____ (no. dependência/ total)

Usar o telefone:

Transporte:

Compras:

Preparo das refeições:

Tarefas domésticas:

Medicação:

Manejo de dinheiro:

14) GDS: _____

Anexo 2 - Protocolo de AIVD e AVD

Protocolo de AIVD e AVD (Adaptações de Lawton, 1969; e Katz, 1963)

Atividades Instrumentais da Vida Diária

I= Independente

A= Necessita de assistência

D= Dependente

Atividade	Dependência	Data
Usar telefone	I= Sem ajuda A= Atende o telefone ou discar o número de emergência, mas necessita ajuda para encontrar números ou discar D= Incapaz de usar o telefone	
Transporte	I= Dirige o próprio carro ou usa ônibus sozinho A= Capaz de se transportar, mas exclusivamente acompanhado D= Incapaz de se transportar	
Compras	I= Capaz de comprar tudo o que é necessário para alimentação e vestuário, sozinho A= Capaz de fazer compras, mas necessita companhia D= Incapaz de fazer compras	
Preparo das refeições	I= Capaz de planejar e cozinhar refeições elaboradas, completas. A= Capaz de preparar refeições simples, mas incapaz de fazer refeições elaboradas (completas) sozinho D= Incapaz de preparar refeições	
Tarefas domésticas	I= Capaz de realizar tarefas pesadas como lavar escadas A= Faz tarefas simples mas necessita ajuda nas tarefas mais pesadas. D= Incapaz de realizar qualquer tarefa doméstica	
Medicação	I= Capaz de preparar e tomar medicamentos na dose e hora corretos A= Capaz de tomar medicamentos, mas necessita ser lembrado ou precisa de alguém para prepará-los. D= Incapaz de tomar os medicamentos	
Manejo de dinheiro	I= Capaz de manipular o dinheiro necessário no dia a dia, usar cheques, pagar contas. A= Capaz de manipular o dinheiro necessário no dia a dia, mas necessita ajuda com o orçamento de contas D= Incapaz de manejar dinheiro.	
Número de AIVDS comprometidas		

Atividades da Vida Diária (AVD)

Atividade	Dependência	Data
Banho	I= Não recebe nenhuma assistência, entra e sai do box sozinho A= Recebe assistência para lavar apenas uma parte do corpo D= Recebe assistência para banhar mais de uma parte do corpo ou não é banhado	
Vestimenta	I= Tira as roupas do armário e se veste completamente sem assistência. A= Tira as roupas do armário e se veste, com exceção de assistência para amarrar os sapatos. D= Recebe assistência para apanhar as roupas ou vestir-se ou fica parcialmente ou totalmente desnudo.	
Toalete	I= Vai ao banheiro, limpa-se e arruma as roupas sem assistência (pode usar um urinol ou comadre à noite e esvazia-lo pela manhã) A= Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar-se o no uso do urinol/comadre durante a noite. D= Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
Transferência	I= Movimenta-se para e da cama, bem como para e da cadeira de rodas sem assistência A= Movimenta-se na cama ou cadeira com assistência D= Não sai da cama	
Continência	I= Tem total controle urinário e fecal A= Tem acidentes ocasionais D= A supervisão ajuda a manter e urina e intestino sob controle. A sonda é usada ou paciente é incontinente.	
Alimentação	I= Alimenta-se sem assistência A= Alimenta-se sozinho, com exceção da assistência para cortar carne ou passar manteiga no pão. D= Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcialmente ou completamente com uso de sondas.	
Número de AVDS comprometidas		

Anexo 3 - Mini-Exame do Estado Mental

Mini-Exame do Estado Mental – MEEM (Folstein, 1997)

Questões	Pontuação
Orientação temporal (1 ponto para cada resposta correta)	
Qual é o dia do mês?	
Dia da semana?.....	
Mês?.....	
Em que ano?.....	
Hora?.....	
Orientação espacial. Onde estamos? (1 ponto para cada resposta correta)	
Cidade	
Estado	
País.....	
Bairro ou rua próxima.....	
Onde estamos agora ou como é o nome deste lugar?.....	
Memória de fixação. Nomear 3 palavras e repeti-las “Vaso/Carro/Janela”(1 ponto para cada).....	
Atenção e cálculo - Subtração 7 -100. (5x sucessivas) (1 ponto para cada cálculo correto).....	
Memória de evocação. Evocar as 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto para cada palavra).....	
Linguagem – Nomeação: Relógio/caneta (2 pontos).....	
Repetição: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto).....	
Compreensão. “Pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no colo.”	
(3 pontos)...	
Leitura e escrita.	
Leitura “Feche os olhos” (1 ponto).....	
Escreva uma frase (1 ponto).....	
Praxia. Cópia do desenho. (1 ponto para cópia correta).....	
Interpretação < 14 analfabetos - < 18 de 1 a 8 anos de escol. - < 24 acima de 8ª.	
Total: ()	

Anexo 4 - Escala Geriátrica de Depressão (GDS)

Escala Geriátrica de Depressão (forma reduzida) - Yesavage (CORRÊA, 1996)

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1- Você está satisfeito com a vida? | () sim () <u>não</u> |
| 2- Abandonou muitos de seus interesses e atividades? | () <u>sim</u> () não |
| 3- Sente que a sua vida está vazia? | () <u>sim</u> () não |
| 4- Sente-se freqüentemente aborrecido? | () <u>sim</u> () não |
| 5-Na maioria do tempo está de bom humor? | () sim () <u>não</u> |
| 6- Tem medo que algo de mal vá lhe acontecer? | () <u>sim</u> () não |
| 7 -Sente-se feliz na maioria do tempo? | () sim () <u>não</u> |
| 8- Sente-se freqüentemente desamparado, adoentado? | () <u>sim</u> () não |
| 9- Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas? | () <u>sim</u> () não |
| 10- Acha que tem mais problemas de memória que os outros? | () <u>sim</u> () não |
| 11- Acha bom estar vivo? | () sim () <u>não</u> |
| 12- Sente-se inútil? | () <u>sim</u> () não |
| 13- Sente-se cheio de energia? | () sim () <u>não</u> |
| 14-Sente-se sem esperança? | () <u>sim</u> () não |
| 15-Acha que os outros tem mais sorte que você? | () <u>sim</u> () não |

Pontuação total: (/ 15)