

Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria*

Assessing the functional, cognitive capacity, and depressive symptoms in elderly patients from geriatric service

Ana Flávia Marostegan de Paula¹, Luciana Helena Martins Ribeiro¹, Maria José D'Elboux¹, Maria Elena Guariento¹

*Recebido da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP, Brasil.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: As condições relacionadas a doenças crônicas associadas ao envelhecimento podem influenciar todas as dimensões da funcionalidade (capacidade funcional, desempenho cognitivo e estado de humor) dos idosos, que se associa à qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a funcionalidade de idosos portadores de múltiplas comorbidades assistidos em um Ambulatório de Geriatria, no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. **MÉTODOS:** Cento e vinte idosos foram avaliados quanto às medidas de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, mediante as escalas adaptadas de Lawton, Brody e Katz. Para avaliação cognitiva e psicológica foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica, respectivamente. **RESULTADOS:** Na amostra estudada constatou-se que 60% tinham idade entre 60 e 79 anos, 66% eram mulheres e 43% tinham entre 1 e 4 anos de escolaridade formal. Verificou-se que 63,33% da amostra eram independentes em relação às atividades de vida diária e 31,67% nas atividades instrumentais de vida diária. O déficit cognitivo foi registrado em 29% dos idosos e 32% da amostra apresentou sintomas depressivos. **CONCLUSÃO:** Constatou-se elevado grau de alterações em nível da funcionalidade, o que é indicativo de que os idosos portadores de múltiplas comorbidades exigem uma avaliação mais abrangente, em vista de prevenir perdas e preservar a qualidade de vida. **Descritores:** Idosos; Atividades cotidianas; Cognição; Depressão; Ambulatório hospitalar.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The conditions that are related to the chronic diseases related to aging can influence all the dimensions of functionality (functional capacity, cognitive performance and mood) of the elderly, being associated with quality of life. The objective of this study was to evaluate the functionality of the elderly people who had multiple comorbidities and were attended at the Geriatrics Service of Hospital de Clínicas of State University of Campinas. **METHODS:** A hundred and twenty elderly people were evaluated for measures of activities of daily living and instrumental activities of daily living, through Lawton, Brody and Katz scales. For cognitive and psychological evaluation the Mini Mental Exam and the Geriatric Depression Scale were used, respectively. **RESULTS:** In this sample 60% were between 60 and 79 years, 66% were women and 43% had between 1 to 4 years of formal education. It was observed that 63.33% of the sample were independent in relation to activities of daily living and 31.67% in relation to instrumental activities of daily living. Cognitive deficit was registered in 29% of the elderly and 32% of the sample presented symptoms of depression. **CONCLUSION:** In this sample a high degree of alterations in the level of functionality was evidenced, being an indication that the elderly people with multiple comorbidities require a more comprehensive evaluation to prevent losses and keep quality of life. **Keywords:** Aged, Activities of daily living; Cognition; Outpatients clinics, hospital.

INTRODUÇÃO

À medida que uma proporção maior de pessoas atinge idades avançadas, registra-se maior tendência de alteração no padrão de morbidade e mortalidade da população. Assim, associado à longevidade, registra-se a ocorrência de maior número de alterações mórbidas que comprometem a funcionalidade dos idosos⁽¹⁾. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), produzida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2003, o termo capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente, sendo referenciada pelo desempenho em ambiente padronizado. A funcionalidade reflete a relação complexa entre as condições de saúde e os fatores contextuais que interagem entre si. As deficiências em saúde podem modificar a funcionalidade e interferir na capacidade do indivíduo em interagir com o meio em que vive e restringir o seu desempenho.

1. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, Brasil.

Apresentado em 15 de outubro de 2012.
Aceito para publicação em 16 de abril de 2013.
Conflito de interesses: Nenhum.

Endereço para correspondência:

Dra. Ana Flávia Marostegan de Paula
R. Caetano Achiles Avancine, 515 Bairro – José Kalil Aun
13150-000 Cosmópolis, SP, Brasil.
E-mail: anager@fcm.unicamp.br

A capacidade de executar atividades de vida diária (AVD) é o mais importante indicador de funcionalidade dos idosos. Tais atividades são classificadas em AVD⁽²⁾ e atividades instrumentais de vida diária (AIVD)⁽³⁾. As AVD constituem-se em atividades de autocuidado como: banhar-se, vestir-se e usar o toalete e as AIVD são atividades de vida prática como: cozinhar, arrumar a casa e utilizar meio de transporte. Durante o processo de envelhecimento, a capacidade funcional pode ser comprometida por doenças incapacitantes e psicossomáticas, que levam à inatividade física, isolamento social, afetam a qualidade de vida (QL) e podem ser fator de risco para óbito. O comprometimento da capacidade funcional recebe influência de 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, personalidade e cognição⁽⁴⁾. O aumento das incapacidades funcionais é proporcional ao risco de morte em qualquer idade^(5,6).

As mulheres idosas apresentam maior número de morbidades e maior prevalência de incapacidade funcional⁽⁷⁻¹²⁾ em comparação com os homens. Estudo brasileiro indicou que, aos 60 anos, a expectativa de vida dos homens era de 19 anos, sendo 39% com incapacidade funcional leve, 21% com incapacidade moderada e 14% com incapacidade grave. Entre as mulheres, com a mesma idade, a expectativa de anos de vida foi de 22 anos (sendo 56, 32 e 18% com incapacidades funcionais leve, moderada e grave, respectivamente)⁽⁶⁾. Baixa escolaridade e renda influenciam de forma negativa a capacidade funcional de idosos^(1,7,12,13). Neste contexto, o ambiente físico afeta fortemente o desempenho nas AVD⁽³⁾. Espaços adequadamente adaptados favorecem o desempenho em AVD, enquanto que ambientes não ajustados dificultam a execução para as mesmas atividades⁽¹⁴⁾. O ambiente inadequado e a ausência de estímulos, como a prática de exercícios físicos, influenciaram negativamente o desempenho cognitivo e funcional de idosos asilados em comparação com aqueles que residiam na comunidade e realizavam exercícios físicos⁽¹⁵⁾. Idosos com 80 anos e mais, que viviam na zona urbana de Porto Alegre, Brasil, apresentaram maior dependência leve e grave para AVD e AIVD, em vista daqueles que viviam na zona rural da cidade⁽⁷⁾. Esta diferença pode ser reflexo do estilo de vida mais ativo e de hábitos mais saudáveis característicos da zona rural. Os prejuízos à funcionalidade guardam estreita ligação com o número de doenças. Em estudo desenvolvido pelo Projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (Projeto SABE) os idosos dependentes nas AIVD e AVD apresentaram maior prevalência de doença pulmonar (10%), seguida da doença cardíaca (8,5%) e artropatia (7,5%)⁽¹⁾. Apresentar relato de duas ou mais doenças aumentou em cinco vezes a dificuldade em realizar AIVD⁽¹⁶⁾. Idosos com hipertensão arterial na linha de base de um estudo longitudinal declinaram mais em AVD e AIVD em comparação aos não hipertensos no início do estudo⁽¹⁷⁾. A presença de acidente vascular encefálico (AVE) prejudicou a capacidade funcional para AVD em idosos ambulatoriais, sendo que 82,6% estavam comprometidos em mais de sete atividades⁽⁷⁾. Idosos que puderam ir até aos locais de atendimento médico apresentaram melhor capacidade funcional avaliada através da Medida de Independência Motora (MIF) em comparação com aqueles que foram atendidos em casa⁽¹⁸⁾.

O declínio no desempenho cognitivo e as variações no estado de humor, como os sintomas depressivos, são mais prevalentes

entre os idosos⁽¹⁹⁾. Tanto o desempenho cognitivo quanto a sintomatologia depressiva do idoso afetam os subsistemas fisiológicos, prejudicam a QV e interferem negativamente na manutenção das AVD e AIVD^(7,12), em conjunto com idade, gênero, renda, doenças associadas e polifarmácia^(10,20).

O déficit cognitivo pode manifestar-se durante o processo de envelhecimento com início e progressão variáveis e relacionar-se com as próprias perdas biológicas inerentes ao tempo, à cultura do indivíduo⁽²¹⁾ e fatores como escolaridade e renda⁽⁷⁾. O declínio cognitivo afeta a capacidade funcional e o declínio funcional pode interferir no desempenho cognitivo^(7,22). Pontuar acima da nota de corte no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) contribuiu para a manutenção de AVD em indivíduos idosos da comunidade⁽²¹⁾, e a incapacidade funcional foi preditora de declínio cognitivo em idosos⁽²³⁾. O aparecimento de prejuízos para AIVD pode predizer riscos de progressão para comprometimento cognitivo leve⁽²⁴⁾.

O comprometimento da cognição, por sua vez, pode influenciar o humor dos idosos associando-se a doenças psiquiátricas. A depressão é uma síndrome psiquiátrica cujas características principais são perda de interesse e prazer em atividades e humor deprimido⁽¹⁹⁾. Sintomas depressivos e déficit cognitivo estão entre os principais problemas de saúde mental na velhice⁽²⁵⁾. Os estados depressivos se correlacionam a baixo desempenho cognitivo ao longo da vida⁽²⁶⁾ e influenciam de maneira negativa a funcionalidade dos idosos^(25,27). Em comparação aos não deprimidos, idosos deprimidos apresentam maiores incapacidades em AVD⁽²¹⁾. É comum que ambas as condições, alterações de humor e baixo desempenho cognitivo, apareçam juntas e acarretem consequências graves, como piora da QV, declínio funcional, maior procura por serviços de saúde, aumento da morbidade e da mortalidade. Muitas destas alterações são semelhantes às observadas em quadros demenciais, enquanto outras se aproximam ao envelhecimento normal⁽²⁵⁾.

A partir desta perspectiva, a identificação de limitações funcionais, cognitivas e sintomatologia depressiva de idosos são elementos importantes para a atenção integral e integrada a esta população.

O objetivo deste estudo foi avaliar a funcionalidade, manifesta pelas dimensões de capacidade funcional, desempenho cognitivo e estado de humor em idosos assistidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital da Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (AG – HC / UNICAMP), que é referência para os serviços de saúde da Atenção Primária da Região Metropolitana de Campinas (SP).

MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo de caráter transversal, quantitativo, exploratório e descritivo, realizado no AG-HC/UNICAMP, com uma amostra probabilística de conveniência, considerando as características homogêneas da população totalizando 120 idosos, com idade mínima de 60 anos, de ambos os gêneros.

Os dados desta pesquisa foram retirados dos prontuários médicos dos pacientes idosos que foram atendidos no período de fevereiro de 2008 a novembro de 2010. Conforme padronização adotada neste ambulatório, as questões formuladas a partir dos instrumentos utilizados para a Avaliação Geriátrica Global (AGG) foram aplicadas em idosos que apresentavam condições físicas e cognitivas que lhes possibilitassem compreender e responder às mesmas.

Em relação à capacidade funcional, utilizou-se a Escala de Katz⁽²⁾ para avaliar as AVD e a Escala de Lawton e Brody para avaliar as AIVD⁽²⁸⁾. A Escala de Katz avalia seis itens para atividades de autocuidado com três possibilidades de respostas (sem ajuda, ajuda parcial e ajuda total) sobre a necessidade de auxílio para: banho, vestimenta, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação⁽²⁾. A escala de Lawton e Brody avalia sete itens para AIVD com três possibilidades de respostas (nenhuma, parcial ou total) sobre ajuda necessária para: uso do telefone, uso de transportes, compras, preparo do alimento, serviços domésticos, uso de fármacos e manuseio de dinheiro⁽²⁸⁾.

O desempenho cognitivo foi avaliado através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽²⁹⁾ que consiste em um questionário com 20 itens e avalia sete categorias de funções cognitivas. A pontuação total máxima é de 30 pontos e relaciona-se às seguintes dimensões: orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção e cálculo, evocação tardia, linguagem e praxia construtiva.

A presença de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG)⁽³⁰⁾ 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 no Brasil para essa população⁽³¹⁾.

Com o objetivo de categorizar os resultados foram considerados os valores apresentados a seguir para as variáveis relativas à avaliação da funcionalidade. Nas AVD: independente (0); pouco dependente (1 a 3); muito dependente (4 a 5); totalmente dependente (6); AIVD: independente (21); pouco dependente (20 a 14); muito dependente (13 a 8); totalmente dependente (7); MEEM: foram considerados portadores de déficit cognitivo os idosos que pontuaram abaixo dos valores indicados de acordo com o nível de escolaridade, sendo esses: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 01 e 04 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade; EDG: os idosos que tiveram pontuação igual ou superior a 6 pontos foram incluídos na categoria de “presença de sintomas depressivos”.

As variáveis categóricas apreciadas neste estudo (gênero, faixa etária, escolaridade formal, presença de sintomas depressivos e presença de déficit cognitivo e funcional) foram submetidas a análises de frequência. As variáveis numéricas (idade e pontuação nas escalas) foram submetidas a análises estatísticas descritivas, com valores de média, desvio-padrão, valores máximos e mínimos, medianas. O nível de significância adotado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

Neste estudo foram resguardados os critérios éticos da Declaração de Helsinque, sendo o mesmo um subprojeto do Projeto Temático “Qualidade de Vida em Idosos: Indicadores de Fragilidade e de Bem-estar Subjetivo”.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, com parecer número 240/2003.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 120 idosos. As mulheres representaram 66% do total, e o grupo de idosos mais velhos (80 anos e mais) predominou sobre os mais jovens (60-64 anos) com idade mínima de 60 anos e máxima de 94 anos. A escolaridade formal

média foi de 3,02 anos e a maioria dos idosos frequentaram a escola no período de 1 a 4 anos (43,33%). Apesar da idade avançada, apenas 6,67% apresentaram muita dependência para as AVD ante a maioria (66%) que se mostrou independente para estas atividades. Um pouco mais da metade foi pouco dependente para as AIVD e somente 2,50% foram totalmente dependentes. A maioria não apresentou déficit cognitivo nem sintomas depressivos com frequência de 70 e 68% respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequências por gênero, idade, faixa de escolaridade, classificação de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, déficit cognitivo e sintomas depressivos.

Variáveis	Condição	n	%	Média ± DP
Gênero	Feminino	80	66,67	
	Masculino	40	33,33	
Faixa etária (anos)	60-64	9	7,50	76,81 ± 7,56
	65-70	19	15,83	
	71-74	17	14,17	
	75-79	27	22,50	
	> = 80	48	40,00	
Tempo de escolaridade (anos)	0	47	39,17	3,02 ± 7,56
	1-4	52	43,33	
	>4	21	17,50	
Classificação das AVD	Independente	76	63,33	0,68 ± 1,23
	Pouco dependente	36	30,00	
	Muito dependente	8	6,67	
Classificação das AIVD	Independente	38	31,67	17,8 ± 3,79
	Pouco dependente	64	53,33	
	Muito dependente	15	12,50	
	Totalmente dependente	3	2,50	
Déficit cognitivo	Não	85	70,83	21,96 ± 5,23
	Sim	35	29,17	
Sintomas depressivos	Não	82	68,33	4,11 ± 3,33

AVD = atividades de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; n = número; DP = desvio-padrão.

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os gêneros no que se refere ao desempenho funcional para as AVD. No entanto, verificou-se diferença significativa em relação às AIVD, já que se registrou maior frequência de idosos que necessitavam de ajuda para realizar essas atividades (61,25%) em comparação com os homens que se apresentaram independentes em sua maioria ($p < 0,011$).

Para as AVD não houve diferença significativa entre as faixas etárias. Em relação às AIVD, os de menor idade (< 74 anos) apresentaram maior independência em comparação com os mais velhos (> 75 anos). Não se encontrou diferença significativa em relação à capacidade funcional e nível de escolaridade formal. Assim como as variáveis “déficit cognitivo” e “sintomas depressivos”, “idade” e “escolaridade” não apresentaram diferenças em relação a gênero (Tabela 2).

A tabela 3 mostra que a manutenção da capacidade funcional,

Tabela 2 – Percentuais de idosos conforme gênero, idade e escolaridade em relação à capacidade funcional, déficit cognitivo e sintomas depressivos.

Variáveis	Classificação	Gênero (%)			Idade (%)				Escolaridade (%)				
		M	F	p	<70	71-74	75-79	≥ 80	p	0	1-4	> 4	p
AVD	I	67,50	61,25	0,318	67,86	76,47	70,37	52,08	0,306	57,45	63,46	63,46	0,495
	PD	22,50	33,75		28,57	11,76	25,93	39,58		31,91	32,69	32,69	
	D	10,00	5,00		3,57	11,76	3,70	8,33		10,64	3,85	3,85	
AIVD	I	42,50	26,25	0,011	42,86	58,82	25,93	18,75	0,04	21,28	34,62	47,62	0,382
	PD	37,50	61,25		42,86	41,18	66,67	56,25		61,70	51,92	38,10	
	MD	12,50	12,50		10,71	0,00	7,41	20,83		12,77	11,54	14,29	
	TD	7,50	0,00		3,57	0,00	0,00	4,17		4,26	1,92	0,00	
Déficit cognitivo	Não	75,00	68,75	0,478	78,57	76,47	77,78	60,42	0,238	61,70	78,85	71,43	0,172
	Sim	25,00	31,25		21,43	23,53	22,22	39,58		38,30	21,15	28,57	
Sintomas depressivos	Não	70,00	67,50	0,781	67,86	76,47	62,96	68,75	0,829	61,70	75,00	66,67	0,359
	Sim	30,00	32,50		32,14	23,53	37,04	31,25		38,30	25,00	33,33	

AVD = atividades de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; I = independente; PD = parcialmente dependente; MD = muito dependente; TD = totalmente dependente.

Tabela 3 – Comparação entre gênero, idade e escolaridade quanto à capacidade funcional, MEEM e EDG.

Gênero	Variável	n	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima	Valor de p	
Masculino	AVD	40	0,85	1,56	0,00	0,00	5,00	0,860	
	AIVD	40	17,58	4,60	7,00	19,50	21,00	0,464	
	MEEM	40	22,75	5,19	7,00	24,00	30,00	0,204	
	EDG	40	3,65	3,08	0,00	3,00	10,00	0,340	
Feminino	AVD	80	0,59	1,03	0,00	0,00	5,00		
	AIVD	80	17,91	3,34	8,00	19,00	21,00		
	MEEM	80	21,56	5,24	7,00	23,00	30,00		
Idade (anos)	EDG	80	4,34	3,45	0,00	4,00	15,00		
	≤ 70	AVD	28	0,71	1,3	0,00	0,00	5,00	0,291
		AIVD	28	17,82	3,93	7,00	20,00	21,00	0,086
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	
71 – 74	AVD	17	0,65	1,50	0,00	0,00	5,00		
	AIVD	17	19,24	2,68	14,00	21,00	21,00		
	MEEM	17	22,94	4,71	14,00	24,00	29,00		
75 – 79	EDG	17	3,94	3,01	0,00	5,00	10,00		
	AVD	27	0,41	0,48	0,00	0,00	4,00		
	AIVD	27	18,3	3,11	9,00	19,00	21,00		
	MEEM	27	23,22	4,90	12,00	23,00	30,00		
≥ 80	GDS	27	4,56	3,84	0,00	4,00	15,00		
	AVD	48	0,81	1,28	0,00	0,00	5,00		
	AIVD	48	17,00	4,27	7,00	19,00	21,00		
Escolaridade (anos)	MEEM	48	20,69	5,63	7,00	21,00	30,00		
	EDG	48	3,88	3,11	0,00	3,00	11,00		
	0	AVD	47	0,94	1,51	0,00	0,00	5,00	0,284
AIVD		47	17,06	4,08	7,00	19,00	21,00	0,153	
MEEM		47	19,17	4,34	7,00	19,00	27,00	<0,001	
GDS		47	4,53	3,53	0,00	4,00	13,00	0,549	
1 – 4	AVD	52	0,54	1,00	0,00	0,00	5,00		
	AIVD	52	18,17	3,70	7,00	20,00	21,00		
	MEEM	52	23,31	4,68	7,00	24,00	30,00		
≥ 4	EDG	52	3,96	3,36	0,00	3,00	15,00		
	AVD	21	0,43	0,98	0,00	0,00	4,00		
	AIVD	21	18,52	3,20	12,00	19,00	21,00		
	MEEM	21	24,86	4,64	10,00	27,00	30,00		
	EDG	21	3,52	2,80	0,00	3,00	8,00		

AVD: Atividades de vida diária; AIVD: Atividades instrumentais de vida diária; EDG: Escala de Depressão Geriátrica; MEEM: Mini Exame do estado mental; n: Número.

tanto para AVD quanto para AIVD, não apresentou associação com gênero, idade ou escolaridade. Por outro lado, a baixa escolaridade influenciou de forma negativa o desempenho no MEEM. A pontuação média no MEEM dos idosos mais escolarizados (4 anos e mais) foi significativamente maior em comparação àqueles que não frequentaram a escola (24,86 *versus* 19,17; $p < 0,001$). Os idosos com idade entre 71 e 74 anos pontuaram mais alto em comparação aos mais velhos (80 anos e mais), com medianas respectivas de 24 e 21 pontos. Não houve diferença significativa entre estas variáveis.

A sintomatologia depressiva não foi relevante em relação ao gênero, idade ou escolaridade. Contudo, esta variável mostrou-se levemente diferente entre os idosos mais jovens, entre as mulheres e entre os não escolarizados.

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, evidenciou-se maior participação do gênero feminino. Isto 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^(31,32-34). Um estudo que investigou as tendências em longo prazo quanto às condições de saúde de idosos brasileiros através dos dados da PNAD nos anos de 1998, 2003 e 2008, apontou a predominância das mulheres na população com valores de 55% da amostra estudada para os anos de 1998 e 2003 e 56% no ano de 2008⁽³³⁾. O maior número de mulheres evidencia o advento da feminilização do envelhecimento. Para Neri⁽¹¹⁾, a feminilização da velhice não está relacionada apenas ao aumento do número de mulheres idosas na população em geral. Outros fatores que contribuem para este fenômeno são: maior longevidade feminina, participação efetiva das idosas economicamente ativas e, maior número de idosas na condição de chefes de família. No entanto, 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⁽³⁵⁾. Alguns itens desta lista de déficits vêm de encontro aos resultados desta pesquisa, na qual as idosas evidenciaram menor capacidade funcional, principalmente na execução das AIVD, além de maior déficit cognitivo e maior pontuação na EDG em comparação com os homens idosos. Na literatura já se registrou que os fatores associados a menor capacidade funcional para AIVD em estudo com idosos atendidos por equipes de saúde da família são: gênero feminino, apresentar sintomas depressivos e menor cognição⁽³⁶⁾. Diferenças atitudinais também são responsáveis pela menor exposição das mulheres a fatores de risco em relação aos homens. Elas apresentam 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⁽³⁵⁾. Além disso, a maior fidelização da mulher a programas preventivos e educacionais aumenta sua participação efetiva em atividades desenvolvidas por centros de convivência e aperfeiçoa seus conhecimentos em relação à própria saúde⁽³⁷⁾. No presente estudo verificou-se um maior número de idosos mais velhos (80 anos e mais). Este resultado deve-se à adoção do critério de inclusão para o atendimento aos pacientes do AG – HC/

Unicamp. Tal critério prioriza o atendimento aos idosos com idade igual ou superior a 80 anos de maneira irrestrita, ao passo que o atendimento aos idosos de menor faixa etária (60-79 anos) associa-se à presença de alguma síndrome geriátrica instalada. Outro fator que contribui para participação majoritária de idosos com 80 anos e mais se refere ao crescimento acelerado de pessoas nesta faixa etária⁽³⁰⁾. A maior frequência de idosos longevos desta amostra está em consonância com alguns estudos que investigaram a população idosa atendida em ambulatórios de hospitais universitários^(38,39).

A capacidade de realização das AIVD é uma importante forma da manutenção dos vínculos sociais. No entanto, a idade avançada aumenta a probabilidade de o idoso apresentar maior dependência funcional⁽⁴⁰⁾. Nesta pesquisa, os idosos mais velhos foram mais dependentes para AIVD em comparação aos mais jovens. As dificuldades para realizar as AIVD habitualmente antecedem o registro de déficit nas AVD, por isso devem-se estabelecer mecanismos de seguimento que permitam detectar precocemente este tipo de incapacidade e assim manter íntegras as habilidades para realizar as AVD⁽³⁹⁾.

A idade avançada influenciou de forma negativa a cognição de idosos participantes deste estudo. A baixa cognição em função da idade avançada também foi significativa em idosos brasileiros atendidos em ambulatório de hipertensão⁽⁴¹⁾; em idosos residentes na comunidade da cidade de Natal (RN, Brasil)⁽²³⁾, e entre idosos mexicanos acompanhados pelo *Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*⁽⁴²⁾.

A baixa escolaridade é característica que já foi registrada em usuários de ambulatórios de geriatria de hospitais universitários⁽⁴³⁾. Reconhecida como fator primordial para respostas de déficit de desempenho no MEEM, a baixa escolaridade afeta tanto idosos considerados mais robustos, quanto os que são atendidos em ambulatórios de especialidades médicas. Nesta amostra, cerca de 1/3 do total de idosos pontuaram abaixo da nota de corte para o MEEM. A mesma frequência foi detectada entre idosos participantes do Projeto FIBRA (*Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros*)⁽⁴⁴⁾. O déficit cognitivo em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família foi maior entre os analfabetos em comparação aos alfabetizados com frequências de 54% e 46%, respectivamente⁽⁴⁰⁾. Em um ambulatório de neurologia, o baixo nível de escolaridade formal foi um fator que influenciou negativamente o desempenho nos testes do MEEM, inclusive para os pacientes com doença de Alzheimer⁽⁴⁵⁾.

A sintomatologia depressiva é um importante componente na avaliação global do idoso. Uma característica da depressão em idosos é que, com frequência, ela surge em um contexto de associação com outras doenças crônicas, isolamento social e comprometimento da qualidade de vida⁽⁴⁶⁾. No entanto, os resultados da literatura divergem em relação à prevalência de deprimidos e nos resultados das médias obtidas por idosos em amostras analisadas em diferentes contextos. Nas análises de frequências do presente estudo, gênero feminino, idade avançada e baixa escolaridade apresentaram maior prevalência na sintomatologia depressiva, mas sem diferença significativa do ponto de vista estatístico. No entanto, estas mesmas variáveis mostraram forte associação em idosos atendidos em ambulatório de geriatria na cidade do Rio de Janeiro⁽⁴³⁾. Por outro lado, as médias de pontuação na EDG de idosos e idosas de um ambulatório do Distrito Federal foram maiores em comparação aos idosos avaliados na presente amostra⁽⁴⁶⁾.

CONCLUSÃO

A população idosa atendida em ambulatório de especialidade geriátrica no HC/Unicamp mostrou-se heterogênea quanto ao perfil de funcionalidade. Os resultados desta pesquisa apontam para a prevalência de idosos mais velhos e mulheres, ambos, com menor capacidade para execução de AIVD. A sintomatologia depressiva foi mais evidenciada entre os mais jovens, as mulheres e os menos escolarizados. Dentre os últimos também prevaleceu menor pontuação no MEEM. Os idosos com faixa etária entre 71 e 74 anos pontuaram mais baixo no instrumento de rastreio de déficit cognitivo em comparação aos mais jovens e mais velhos.

A utilização e aplicação de instrumentos apropriados à detecção precoce de incapacidade funcional, déficit cognitivo e sintomas depressivos em idosos é muito importante para a avaliação geriátrica global. Tais ferramentas permitem prevenir o agravamento dessas condições e melhorar a qualidade de vida de idosos assistidos ambulatorialmente.

AGRADECIMENTOS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

- Alves LC, Quinet Leimann BC, López Vasconcelos ME, Sá Carvalho M, Godoi Vasconcelos AG, Oliveira da Fonseca TC, et al. [The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1924-30. Portuguese.
- Katz S, Ford 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.
- Allen S, Resnik L, Roy J. Promoting independence for wheelchair users: the role of home accommodations. *Gerontologist*. 2006;46(1):115-23.
- Neri AL. Autonomia e independência. In: Neri AL, Debert GG, editor. *Velhice e sociedade*. Campinas; Papyrus; 2010.
- Bowling A. The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2009;2009:1-12.
- Camargos MC, Machado CJ, Rodrigues RN. Life expectancy among elderly Brazilians in 2003 according to different levels of functional disability. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):845-52.
- Rodrigues JL, Ferreira FO, Haase VG. Perfil do desempenho motor e cognitivo na idade adulta e velhice. *Gerias: Rev Interinstitucional Psicol*. 2008;1(1):20-33.
- Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- Barbosa AR, Souza JM, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci Mde F. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1177-85.
- Maciel AC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(1):26-33.
- Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas; 2007.
- Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. [Factors associated to functional limitations in elderly of low income]. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(5):430-5. Portuguese.
- Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Vasconcelos AG, Fonseca TC, et al. [The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2008;23(8):1924-30. Portuguese.
- Pulakat L, Cooper S, Knowle D, Mandavia C, Bruhl S, Hetrick M, et al. Ligand-dependent complex formation between the Angiotensin II receptor subtype AT2 and Na⁺/H⁺ exchanger NHE6 in mammalian cells. *Peptides*. 2005;26(5):863-73.
- Martins FT, Assis DM, Dos Santos MH, Camps I, Veloso MP, Juliano MA, et al. Natural polypropylenated benzophenones inhibiting cysteine and serine proteases. *Eur J Med Chem*. 2009;44(3):1230-9.
- Araújo HC, Cavalcanti MG, Santos SS, Alves LC, Brayner FA. Hemocytes ultrastructure of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae). *Micron*. 2008;39(2):184-9.
- Caskie GI, Sutton MC, Margrett JA. The relation of hypertension to changes in ADL/IADL limitations of Mexican american older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010;65B(3):296-305.
- Cruz KC, Diogo MJ. [Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident]. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):666-72. Portuguese.
- Batistoni SS. Depressão. In: Neri AL, editor. *Palavras chaves em gerontologia*. Campinas: Alinea; 2008.
- Lima MT, Silva RS, Ramos LR. [Depressive symptomatology and its associated factors in an urban cohort of elderly]. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7. Portuguese.
- Ferreira PC, Tavares DM, Rodrigues RA. [Sociodemographic characteristics, functional status and morbidity among older adults with and without cognitive decline]. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):29-35. Portuguese.
- Hamdan AC, Corrêa PH. Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *Psico, Porto Alegre, PUCRS*. 2009;40(1):73-80.
- de Castro KC, Guerra RO. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(4):809-13.
- Pereira FS, Oliveira AM, Diniz BS, Forlenza OV, Yassuda MS. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the DAFS-R in a sample of Brazilian older adults. *Arch Clin Neuropsychol*. 2010;25(4):335-43.
- Avila R, Bottino CM. [Cognitive changes update among elderly with depressive syndrome]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(4):316-20. Review. Portuguese.
- Vinkers DJ, Gussekloo J, Stek ML, Westendorp RG, van der Mast RC. Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study. *BMJ*. 2004;329(7471):881.
- Ferreira M, Bos-Mikich A, Frantz N, Rodrigues JL, Brunetto AL, Schwartzmann G. The effects of sample size on the outcome of ovarian tissue cryopreservation. *Reprod Domest Anim*. 2010;45(1):99-102.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression

- screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.
31. 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.
 32. Huisman M, Poppelaars J, van der Horst M, Beekman AT, Brug J, van Tilburg TG, et al. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Epidemiol.* 2011;40(4):868-76.
 33. Lima-Costa ME, 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)]. *Cien Saude Colet.* 2011;16(9):3689-96. Portuguese.
 34. Lebrão ML, Duarte YA, organizadores. SABE – saúde, bem-estar e envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 256 p.
 35. Louvison MC, Lebrão ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. [Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in São Paulo, Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):733-40. Portuguese.
 36. Nunes DP, Nakatani AY, Silveira EA, Bachion MM, de Souza MR. [Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brazil)]. *Cien Saude Colet.* 2010;15(6):2887-98. Portuguese.
 37. Veras RP, Caldas CP. [Promoting elderly health and citizenship: the U3A (University of Third Age) movement]. *Cien Saude Colet.* 2004;9(2):423-32. Portuguese.
 38. Leal MC, Marques AP, Marino JG, Rocha EC, Santos CR, Austregésilo SC. [Profile of aged outpatients and duration of stay at a gerontologic-geriatric clinic]. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(1):77-86.
 39. Pedrazzi EC, Rodrigues RA, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Cienc Cuid Saude.* 2007;6(4):407-13.
 40. Alvarenga MR, Oliveira MA, Faccenda O.. [The social and functional profile of elderly persons assisted by the family health strategy]. *Cogitare Enferm.* 2011;16(3):478-85. Portuguese.
 41. Cavallini LT, Chor D. [A survey on hypertension and cognitive deficit in elderly subjects in a geriatric unit]. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(1):7-17. Portuguese.
 42. Sheffield KM, Peek MK. Neighborhood context and cognitive decline in older Mexican Americans: results from the Hispanic Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *Am J Epidemiol.* 2009;169(9):1092-101.
 43. Linhares CR, Guimarães RM, Campos AP, Carvalho NT, Coelho VL. [Patients' profile at a geriatric outpatient service in Federal District, Brazil]. *Psicol reflex crít.* 2003;16(2):319-26. Portuguese.
 44. Batistoni SS, Bueno DR, Di Nucci FC, Yassuba MS. Status cognitivo, satisfação com a cognição e sintomas depressivos. In: Neri AL, Guariento ME, organizadores. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas.* Campinas: Alinea; 2011.
 45. Talmelli LF, Gratão AC, Kusumota L, Rodrigues RA. [Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease]. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):933-9.
 46. Carvalho JM. Prevalência de sintomas depressivos em uma população de idosos usuários de serviços públicos de saúde. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.