



Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados

Impact of cognitive decline in functional capacity in elderly institutionalized and non-institutionalized

Ana Paula Nassif Tondato da Trindade^[a], Marcelo Alves Barboza^[b], Fabrício Borges de Oliveira^[c], Ana Paula Oliveira Borges^[d]

^[a] Mestranda em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (Unifran), docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Planalto de Araxá (Uniaraxá), Araxá, MG - Brasil, e-mail: anapaulanassif@yahoo.com.br

^[b] Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (Unifran), docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Planalto de Araxá (Uniaraxá), Araxá, MG - Brasil, e-mail: marcelo@uniaraxa.edu.br

^[c] Doutor em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal, docente e coordenador do curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Planalto de Araxá (Uniaraxá), Araxá, MG - Brasil, e-mail: fabriciooliveira@uniaraxa.edu.br

^[d] Doutoranda em Neurologia pela Universidade de São Paulo, Câmpus Ribeirão Preto (USP-RP), docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Planalto de Araxá (Uniaraxá), Araxá, MG - Brasil, e da Universidade de Franca (Unifran), Franca, SP - Brasil, e-mail: anaproliveira@unifran.br

Resumo

Introdução: O declínio da capacidade cognitiva (DCC) decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. A demência é uma síndrome clínica que se relaciona às perdas neuronais e danos à estrutura cerebral, levando o indivíduo a apresentar alterações cognitivas e funcionais que interferem nas atividades diárias. **Objetivo:** Analisar o declínio da cognição e o seu impacto nas habilidades funcionais em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Materiais e métodos:** Avaliaram-se dois grupos, de ambos os sexos e idade entre 55 a 86 anos, divididos em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. No grupo não institucionalizado foram avaliados 31 idosos; no grupo dos indivíduos institucionalizados, 22. Primeiro houve a caracterização do idoso, seguida pela aplicação do Mini Exame de Estado

Mental (MEEM), Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage e a Escala de Lawton. Esses dados foram codificados e comparados entre si permitindo verificar o índice de correlação de Pearson. **Resultados:** Entre os indivíduos institucionalizados obtiveram-se as seguintes médias: idade $72,33 \pm 10,44$ anos, MEEM $11,17 \pm 5,8$, escala de Lawton $8,11 \pm 2,99$ e escala de Yesavage $4,06 \pm 2,90$. Entre os indivíduos não institucionalizados obtiveram-se as seguintes médias: idade $62,78 \pm 9,01$ anos, MEEM $26,41 \pm 3,25$, escala de Lawton $15,43 \pm 1,33$ e escala de Yesavage $2,02 \pm 2,83$. Ao comparar os dois grupos, todas as escalas de avaliação obtiveram valores significativos ($p < 0,05$), exceto entre MEEM e Yesavage para idosos institucionalizados. **Conclusão:** Os dados sugerem uma influência do estado cognitivo na depressão e nas atividades funcionais de vida diária.

Palavras-chave: Idosos. Cognição. Função. Depressão.

Abstract

Introduction: *The decline of cognitive capacity is due to physiological processes of normal aging or a stage of transition to dementia. Dementia is a clinical syndrome that can be caused by a number of underlying diseases related to neuronal loss and damage to brain structure. Individuals with dementia may have cognitive and functional changes that interfere with daily activities.* **Objective:** *To analyze the decline of cognition and its impact on functional abilities in elderly non-institutionalized and institutionalized.* **Materials and methods:** *We evaluated a total of fifty-three elderly people divided into two groups, one group of institutionalized elderly and other non-institutionalized. In the group of non-institutionalized individuals were evaluated thirty-one individuals non-institutionalized elderly, and twenty-two in the group of elderly institutionalized individuals. The groups had both sexes and ages ranging from 55 to 86 years. Were made to characterize the elderly and application of cognitive evaluation using the Mini-Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale of Yesavage and functional evaluation by the Lawton scale for instrumental activities of daily living. These data were coded and compared among them in order to verify the correlation coefficient.* **Results:** *Among institutionalized individuals obtained the mean age of 72.33 ± 10.44 years, mean MMSE 11.17 ± 5.8 , scale of Lawton 8.11 ± 2.99 and scale of Yesavage $4, 06 \pm 2.90$. Among non-institutionalized individuals obtained the mean age of 62.78 ± 9.01 years, mean MMSE 26.41 ± 3.25 , range from Lawton 15.43 ± 1.33 and scale of Yesavage $2, 02 \pm 2.83$. By comparing the two groups, all the rating scales obtained significant values ($p < 0.05$).* **Conclusion:** *The data suggest an influence of depression on cognitive status and functional activities of daily living.*

Keywords: *Elderly. Cognition. Function. Depression.*

Introdução

A população mundial está envelhecendo. Trata-se de um fenômeno mundial sem precedentes na história da humanidade e, embora seja uma situação familiar para os países ditos desenvolvidos, atualmente apresenta-se com maior intensidade nos países em desenvolvimento, trazendo repercussões sociais e econômicas às quais esses países tentam se adaptar (1).

Foss (2) afirma que o processo de envelhecimento representa perdas na função normal do organismo, decorrente de alterações em células e tecidos, aumentando então o risco de doenças como a demência.

A demência é hoje o problema de saúde mental que mais rapidamente cresce em importância e

número. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade (3). É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde mental estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução dos sintomas desses pacientes (4).

Estudos epidemiológicos mostram que idosos com declínio da capacidade cognitiva apresentam maior risco de desenvolver Doença de Alzheimer (DA), em particular aqueles com *deficit* de memória episódica (5).

O declínio da capacidade cognitiva (DCC) decorre dos processos fisiológicos do envelhecimento normal ou de um estágio de transição para as demências. A demência é uma síndrome clínica que pode ser causada por uma série de doenças subjacentes,

relacionadas às perdas neuronais e aos danos à estrutura cerebral (6). No Brasil, a taxa de prevalência de demência revelou aumento exponencial com a idade. O gênero feminino e a baixa escolaridade associaram-se significativamente. O diagnóstico de demência pressupõe declínio da capacidade intelectual e alterações de personalidade que comprometem as atividades da avaliação da vida diária (2).

As classificações de doenças CID-10 (7) e DSM-IV (8) indicam que o diagnóstico de demência baseia-se principalmente na presença de declínio da memória e de outras funções corticais superiores como linguagem, praxia, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento. Assim, a abordagem de indivíduos com maior risco de demência (como é o caso de idosos) deve incluir sempre a avaliação das funções cognitivas.

Diversos instrumentos foram desenvolvidos durante os últimos anos com o objetivo de auxiliar na investigação de possíveis *deficits* cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é a escala de avaliação cognitiva mais amplamente utilizada com essa finalidade (9).

A avaliação funcional foi definida por Lawton e Brody como

uma tentativa sistematizada de mensurar os níveis, nos quais, uma pessoa se enquadra, numa variedade de áreas, tais como: integridade física, qualidade de auto manutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitudes em relação a si mesmo e ao estado emocional.

Independência funcional é definida como capacidade de realizar algo com os próprios meios e está ligada à mobilidade e à capacidade funcional realizada onde o indivíduo vive sem requerer ajuda para a execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária (10).

O envelhecimento da população tem consequências diretas nos sistemas de saúde pública. Torna-se fundamental, apesar de ainda controverso, a identificação de indivíduos com potencial risco de desenvolver demência, permitindo assim a intervenção terapêutica. Essa intervenção terapêutica tem o objetivo de reduzir riscos de acidentes, prolongar a autonomia, diminuir os níveis de estresse para os familiares e em alguns casos evitar ou retardar o declínio progressivo do processo demencial (5).

Objetivos

O presente estudo teve como objetivo analisar o declínio da cognição e o seu impacto nas habilidades funcionais em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Metodologia

O presente estudo foi conduzido no Setor de Geriatria da Clínica-Escola de Fisioterapia do Uniaraxá, no projeto Unisenior – do Uniaraxá, no Asilo São Vicente de Paulo e no Lar Ebenezer. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo n. 021455/101). Os indivíduos foram informados sobre os procedimentos e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme a Resolução n. 196/96 (11), que normatiza a pesquisa em seres humanos.

Foram avaliados 31 indivíduos idosos não institucionalizados de ambos os sexos e possuindo idade acima de 60 anos, e 22 idosos institucionalizados também de ambos os sexos na mesma faixa etária.

Os critérios de inclusão foram: idosos institucionalizados e não institucionalizados; analfabetos; com baixo, médio ou alto nível de escolaridade; e que compreendessem os instrumentos de avaliação aplicados. Os critérios de exclusão foram: idosos acamados; com doenças neurológicas prévias; afásicos; com presença de doenças osteoarticulares e reumatológicas graves; com problemas visuais ou auditivos; e que não concordem em assinar o termo de consentimento.

Os testes avaliados foram aplicados por apenas uma pesquisadora para que não ocorresse falsa interpretação dos resultados.

A coleta de dados foi realizada no setor de fisioterapia de cada instituição, no caso de o paciente ser institucionalizado; e quando não institucionalizado, a coleta de dados foi feita em uma sala reservada. Todos os pacientes foram informados sobre os procedimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta iniciava com a caracterização do idoso, onde se coletava elementos de identificação, questões sociais e história clínica (se houvesse). Logo após era realizada a avaliação cognitiva por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM).

O MEEM é um teste cognitivo breve composto por itens a respeito de orientação espaçotemporal, registro, memória de curto prazo, atenção, cálculo,

linguagem e praxia construcional, possibilitando uma avaliação concisa do estado mental de um paciente. Suas principais aplicações atualmente são a avaliação de idosos com suspeita de quadros demenciais, para avaliar a progressão de transtornos cognitivos; para avaliar a eficácia de tratamentos, farmacológicos ou não e para avaliar o desempenho cognitivo em indivíduos saudáveis. O escore varia de 0 a 30 e para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos, considerando-se apenas a escolaridade do paciente. Para idosos com baixa escolaridade, utilizam-se os seguintes pontos de corte: (a) analfabeto – 13; (b) baixa escolaridade (1 a 4 anos) – 13; (c) média escolaridade (4 a 8 anos) – 18; (d) alta escolaridade (acima de 8 anos) – 26.

Em seguida era realizada a avaliação afetiva por meio da Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, versão reduzida, com 15 itens com questões fechadas em "sim ou não". A pontuação total varia de 0 a 15. Pontuações iguais a 3 (± 2) indicam normalidade, 7 (± 3) indicam depressão moderada e 12 (± 2) indicam depressão severa. Embora não seja um instrumento de avaliação próprio da fisioterapia, essa escala pode auxiliar no entendimento do comportamento do idoso, que pode interferir nas outras avaliações.

No final era realizada a avaliação funcional pela Escala de Lawton para atividades instrumentais de vida diária. Essa avaliação pode ser utilizada em idosos que vivem na comunidade e em instituição e ainda que frequentem grupos de convivência, procuram ambulatórios e postos de saúde, por si só. É de fácil uso e se destina a medir a autonomia nas atividades de vida diária (AVD) no aspecto físico e instrumental, como a comunicação, a interação social, as atividades domésticas, o trabalho, o lazer e as atividades cotidianas. Sua aplicação pode ser feita tanto quantitativa quanto qualitativamente, e poderá detectar ou prever instalações de deficiência que favoreçam a intervenção preventiva ou o retardamento das incapacidades. Sua pontuação varia de 0 a 16; 0 indica perda de capacidade funcional e 16 capacidade funcional total.

As pontuações correspondentes a cada item, descrito pelas avaliações, foram assinaladas e somadas para a verificação da pontuação total de cada instrumento. Os dados foram, a partir da coleta realizada, codificados e comparados entre si utilizando um estudo transversal. Esses dados foram codificados e comparados entre si, permitindo verificar o índice de correlação de Pearson e a reta de regressão entre

os resultados das avaliações. Para comparação entre os grupos foi usado o teste *t* de Student. Para isso, foi utilizado o programa estatístico Biostat 5.0.

Resultados

Foram obtidas duas amostras, uma de indivíduos institucionalizados e a outra de indivíduos não institucionalizados.

A amostra de indivíduos institucionalizados foi composta de 22 idosos com predominância do sexo feminino, com 17 mulheres (77,27%) e 5 homens (22,73%). A maior frequência de idade estava na faixa acima de 80 anos (31,81%), correspondendo a sete idosos, sendo que a idade mínima foi de 55 anos e a máxima de 89 anos. Treze idosos (59,01%) se declararam solteiros, 15 (68,18%) são não fumantes e 19 (86,36%) são etilistas. Com relação à escolaridade, a maioria (12, 54,55%) declarou que nunca estudou e nenhum declarou que tenha estudado por mais de cinco anos.

Já a amostra de indivíduos não institucionalizados foi composta por 31 idosos também com predominância do sexo feminino, com 22 mulheres (90,97%) e 9 homens (29,03%). A maior frequência de idade ficou na faixa entre 65 a 69 anos (10, 32,26%), sendo que a idade mínima foi de 60 anos e a máxima de 79 anos. Com relação ao estado civil, a maioria (19, 61,29%) é casada. Vinte e quatro idosos (77,42%) são não fumantes e 13 (41,93%) são etilistas. A maioria (12, 38,71%) possui escolaridade até quatro anos de estudos; sete idosos (22,59%) estudaram mais que 12 anos e nenhum declarou que não estudou.

Entre os indivíduos institucionalizados, obteve-se a idade média de $72,77 \pm 10,70$ anos, MEEM médio de $11,73 \pm 6,04$ escala de Lawton de $8,09 \pm 2,91$ e escala de Yesavage de $4,68 \pm 3,29$.

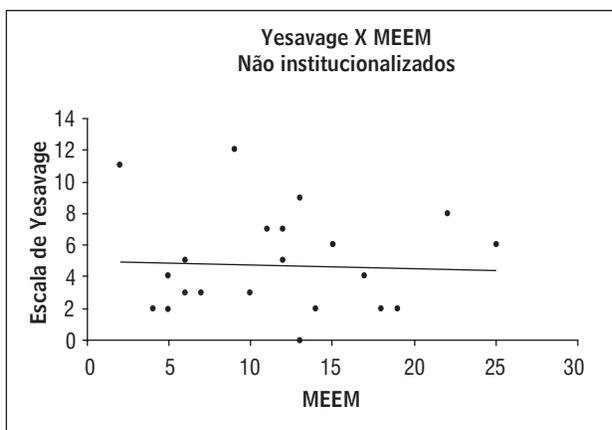
Entre os indivíduos não institucionalizados obteve-se a idade média de $68,74 \pm 5,37$ anos, MEEM médio de $26,39 \pm 3,20$, escala de Lawton de $15,32 \pm 1,35$ e escala de Yesavage de $1,52 \pm 1,93$. Ao comparar as avaliações realizadas entre os grupos estudados, foram observadas diferenças significativas entre todas as escalas aplicadas com valores menores no MEEM e Lawton ($p < 0,01$) e maiores no Yesavage ($p < 0,01$). Esses dados podem ser mais bem visualizados na Tabela 1.

A correlação entre o MEEM e a escala de Lawton e o MEEM e Yesavage dos dois grupos podem ser visualizadas nos Gráficos 1, 2, 3 e 4.

Tabela 1 - Valores referentes a média, desvio padrão e valor p das comparações entre os grupos não institucionalizados e institucionalizados

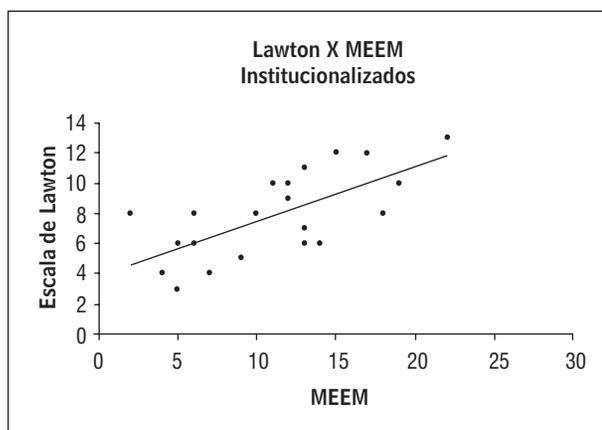
	Não institucionalizado	Institucionalizado	Valor p
MEEM	26,39 (\pm 3,20)	11,73 (\pm 6,04)	$p < 0,01$
Lawton	15,32 (\pm 1,35)	8,09 (\pm 2,91)	$p < 0,01$
Yesavage	1,53 (\pm 1,93)	4,68 (\pm 3,29)	$p < 0,01$

Fonte: Dados da pesquisa.

**Gráfico 1** - Representação gráfica da Correlação Linear de Pearson – MEEM e Escala de Yesavage – para idosos não institucionalizados

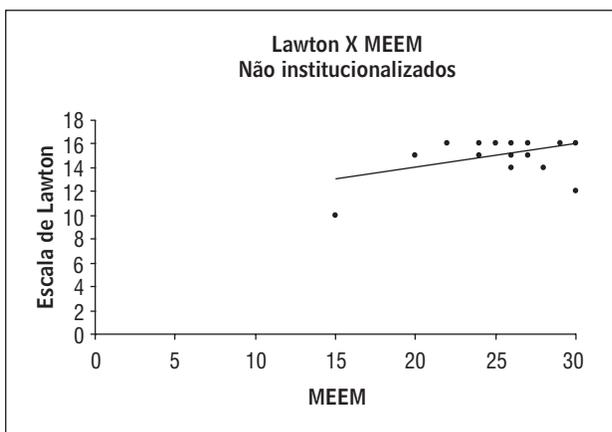
Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Análise estatística – Correlação linear de Pearson de MEEM e Escala de Yesavage; n (pares) = 31; r (Pearson) = -0,416.

**Gráfico 3** - Representação gráfica da Correlação Linear de Pearson – MEEM e Escala de Lawton – para idosos institucionalizados

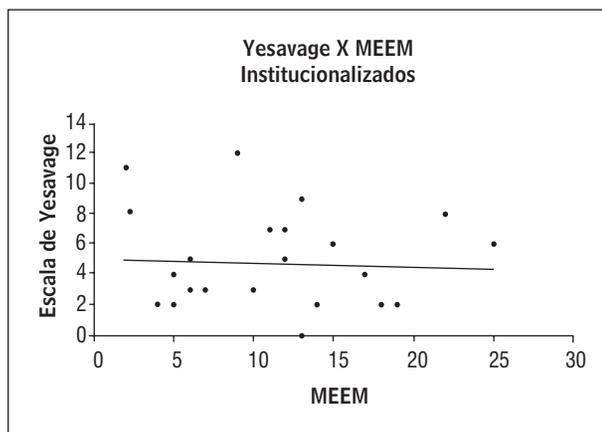
Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Análise estatística = Correlação linear de Pearson de MEEM e Escala de Lawton n (pares) = 22 r (Pearson) = 0.7166

**Gráfico 2** - Representação gráfica da Correlação Linear de Pearson – MEEM e Escala de Lawton – para idosos não institucionalizados

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Análise estatística – Correlação linear de Pearson de MEEM e Escala de Lawton; n (pares) = 31; r (Pearson) = 0.4634.

**Gráfico 4** - Representação gráfica da Correlação Linear de Pearson – MEEM e Escala de Yesavage – para idosos institucionalizados

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: Análise estatística – Correlação linear de Pearson de MEEM e Escala de Yesavage n (pares) = 22 r (Pearson) = -0.0406.

Discussão

O estudo mostrou uma proporção maior do sexo feminino (73,58%) da amostra total com 53 idosos, sendo 31 não institucionalizados e 22 institucionalizados. Lacerda e colaboradores (12) encontraram em seu estudo uma proporção maior de mulheres o que não difere de nossos dados. O levantamento feito por Parahyba e colaboradores (13) indica que o número de mulheres idosas no Brasil é maior que o de homens. Estudo realizado por Oliveira, Goretti e Pereira (9) com pacientes idosos não institucionalizados indica também maior prevalência de idosos do sexo feminino (90%). Também no estudo de Ricci, Kubota e Cordeiro (14) as mulheres representaram 80% da amostra pesquisada. Fieldler e Peres (15) também encontraram em seu estudo a maioria da população idosa constituída por mulheres.

Obtivemos no grupo dos idosos institucionalizados 20 (90,90%) vivendo sem um parceiro. No grupo dos idosos não institucionalizados obtivemos 11 (35,48%) vivendo sem parceiro. No estudo de Pardela, Lourenço e Veras (16), a maior parte dos idosos vivia sem um parceiro.

Com relação à escolaridade, observamos que em ambos os grupos, a maioria dos idosos apresenta baixa escolaridade. Entre todos os indivíduos estudados (53 sujeitos), 34 (69,6%) estudaram até a 4ª série, destes 22 eram do grupo de institucionalizados (representando 100% desse subgrupo), e 12 eram do grupo de não institucionalizados (representando 38,7% desse subgrupo). Somente sete (22,58% do total) indivíduos concluíram o ensino superior. Parahyba e colaboradores (13) mostram que o perfil educacional é muito baixo na população brasileira; em seu levantamento 41,9% das mulheres idosas são analfabetas e somente 13,8% concluíram o ensino médio. Fieldler e Peres (15) observaram que a maioria dos idosos possuem escolaridade de três a quatro anos completos.

O MEEM avalia a capacidade cognitiva por meio de questões como orientação espacial, memorização, atenção, cálculo e linguagem com pontuação máxima de 30 pontos (17). Em seu estudo, Brum, Forlenza e Yassuda (18) fizeram treino cognitivo em idosos que apresentavam DCC. A partir de seus resultados, sugerem que o treino cognitivo envolvendo a função pode representar uma boa opção para idosos que apresentem DCC.

Em nosso estudo, obtivemos MEEM médio de $11,73 \pm 6,04$ no grupo de indivíduos institucionalizados

e MEEM médio de $26,39 \pm 3,20$ no grupo de indivíduos não institucionalizados. Ao fazer a correlação entre os grupos obtivemos uma correlação positiva indicando uma diferença significativa nesse teste. Caixeta e Ferreira (17) encontraram em seu estudo MEEM médio de $12,56 \pm 5,03$ no grupo de indivíduos institucionalizados e MEEM médio de $24,72 \pm 2,90$. Esses valores estão bem próximos dos valores encontrados em nosso estudo, levando a concluir que a baixa escolaridade e a institucionalização contribuem de forma crucial para a degradação cognitiva. Pardela, Lourenço e Veras (16) obtiveram em seu estudo, em indivíduos atendidos em um ambulatório, um escore de $24,5 \pm 4,0$ para indivíduos não demenciados e de $19,2 \pm 4,5$ para indivíduos demenciados. Nesse caso, a demência era confirmada por um cuidador do idoso.

Em seu estudo, Caixeta e Ferreira (17) enfatizam as formas diferentes de envelhecimento. Eles estudaram dois grupos de idosos, um institucionalizado e o outro não institucionalizado. Observaram que o grupo 1, formado por idosos institucionalizados, possuía um baixo desempenho cognitivo e funcional. Já o grupo 2, formado por idosos que participam do projeto Unipan Sênior e realizavam diversas atividades físicas e cognitivas, apresentou melhor desempenho. Confirmaram, com isso, a importância da realização de atividades para os idosos, especialmente os institucionalizados, que são na maioria das vezes os mais desamparados.

Quando o idoso apresenta alguma patologia na falta de autonomia, fatores sociais, econômicos, culturais e o estilo de vida podem levar ao comprometimento da capacidade funcional do idoso e alterar seu envelhecimento saudável e seu bem-estar. Por isso, podemos afirmar que manter a capacidade funcional tornou-se o novo paradigma do idoso (19). A perda da capacidade funcional aumenta a taxa de mortalidade dessa população, uma vez que indica a autonomia desse idoso. Dessa forma, o diagnóstico precoce e a prevenção são os maiores aliados para a manutenção da longevidade e independência do idoso (20).

A capacidade funcional possui um conceito bem amplo e complexo abrangendo outros conceitos como deficiência, incapacidade, desvantagem e autonomia. Na prática é mais utilizado o conceito de capacidade e incapacidade. A incapacidade é definida como dificuldade ou mesmo impossibilidade de desempenho de gestos ou atividades de vida diária, que pode estar ou não relacionada a doença ou deficiência. Observa-se que a capacidade funcional pode ser influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos, demográficos

ou psicossociais. Diante disso é necessária uma análise dos comportamentos associados ao estilo de vida como fumo e etilismo, prática de atividade física e relações sociais, como fatores que influenciam na capacidade funcional (21).

No estudo de Lacerda e colaboradores (12) 90% dos idosos entrevistados, que eram institucionalizados, afirmavam que possuíam algum grau de dependência. Fieldler e Peres (15) observaram em seu estudo que 37,1% dos idosos apresentavam diminuição da capacidade funcional, sendo mais frequente em mulheres.

Lacerda e colaboradores (12) ainda afirmam que o grau de dependência pode variar de acordo com a instituição acolhedora. Isso porque a instituição passa a assumir todas as responsabilidades que originalmente seria do idoso levando a um aumento de sua dependência e conseqüentemente diminuição da capacidade funcional (15).

Pela escala de Lawton, obteve-se média de $8,09 \pm 2,91$ para os indivíduos institucionalizados; e para os indivíduos não institucionalizados obteve-se média de $15,32 \pm 1,35$. Ao realizarmos a correlação entre os grupos, observamos uma correlação positiva entre eles, indicando grande diferença de habilidade funcional entre os grupos. No estudo desenvolvido, a maioria dos idosos de ambos os grupos informou que não bebia nem fumava. Porém a grande maioria dos idosos não institucionalizados pertence a um grupo de idosos que praticam atividades físicas e de lazer, o que pode justificar a diferença de valores obtidos na escala de função de Lawton entre os grupos. Em um estudo de Tavares e Sacchelli (22), 17 idosos foram voluntários em um projeto para avaliar a melhora de atividade funcional após cinesioterapia, concluiu-se que, um programa baseado em exercícios de flexibilidade, força e equilíbrio resultam em manutenção de atividades funcionais desse grupo de pessoas. Segundo Veras (23), a dependência física ou mental pode ser um fator de alto risco para mortalidade, já que nem todo doente se torna dependente, tornando-se importante desenvolver políticas de saúde pública para minimizar essa dependência.

Em idosos institucionalizados a atenção e os cuidados devem ser redobrados. Eles apresentam chances maiores de desenvolver patologias que causam decadência física e psicológica mais expressiva que os idosos não institucionalizados. O exame regular desses idosos auxilia na manutenção de sua saúde (24). No estudo de Siqueira e colaboradores (25) observou-se uma correlação entre a capacidade funcional e a condição clínica do idoso. Eles associam a diminuição

da função com o surgimento de complicações em pacientes hospitalizados e institucionalizados.

Dentre as doenças psiquiátricas, a depressão é a mais comum entre os idosos (9). É comum a ocorrência do quadro de depressão associado ao desenvolvimento da DA, entretanto pode-se observar o surgimento de depressão antes do desenvolvimento da DA. Nesse caso a depressão pode ser considerada como um dos sintomas iniciais da DA, podendo surgir muitos anos antes do DCC do indivíduo (26).

Frequentemente, a depressão não possuiu diagnóstico nem tratamento, afetando a qualidade de vida dos idosos (9). Na pesquisa de Cheik e colaboradores (27) realizou-se uma comparação de níveis de depressão em idosos sedentários e idosos praticantes de alguma atividade física. Em seu resultado, observou-se que os idosos que já praticavam alguma atividade como caminhada tiveram uma redução satisfatória nos níveis de depressão, ao passo que os idosos que não praticavam atividade física mantiveram seus índices de ansiedade e depressão. Observou-se também uma melhora fisiológica global.

Tavares e Sacchelli (22) afirmam que a diminuição da capacidade funcional pode levar ao aparecimento da depressão, uma vez que sua vida social e as atividades de lazer seriam também limitadas. Já Porcu e colaboradores (28) observaram que os idosos institucionalizados ou hospitalizados, em comparação com idosos não institucionalizados, apresentam índice maior de depressão. Esse fato também foi observado por Siqueira e colaboradores (25) que associam esse fato à perda da individualidade. Afirmam ainda que esse quadro de depressão pode evoluir para uma diminuição ainda maior da qualidade de vida do idoso.

Em nosso estudo, dez (45,45%) idosos institucionalizados e três (9,48%) idosos não institucionalizados apresentavam depressão de grau moderado a grave. No estudo realizado por Oliveira, Goretti e Pereira (9) obteve-se um total de 31% de idosos com depressão. Obtivemos na escala de Yesavage média de $4,68 \pm 3,29$ no grupo de idosos institucionalizados, e no grupo de idosos não institucionalizados, média de $1,52 \pm 1,93$.

Ao comparar as avaliações realizadas entre os grupos estudados, foi observada uma diferença significativa entre todas as escalas aplicadas com valores menores no MEEM e Lawton ($p < 0,01$) e maiores no Yesavage ($p < 0,01$). Esses valores sugerem que os idosos institucionalizados possuem menor desempenho cognitivo, menor atividade funcional e maior estado de depressão que idosos não institucionalizados.

Pode-se afirmar que a associação entre depressão e demência leva à diminuição funcional. Ao propor exercícios regulares para pacientes idosos, podemos diminuir a incidência de quadros demenciais, principalmente de DA (29).

Hoje o envelhecimento acelerado da população é uma realidade. Tornam-se necessárias ações mais energéticas para estimular a saúde desses idosos, principalmente dos institucionalizados. Uma opção seria a criação de espaços públicos para as atividades físicas e cognitivas. Mantendo a função e a cognição, a depressão no idoso seria mais facilmente controlada (20).

É fundamental que o profissional da saúde, independente de sua área, conheça os processos de envelhecimento fisiológico para identificar as alterações patológicas. Essa atuação tem por objetivo prestar uma assistência tanto para o paciente como para o cuidador (30).

Conclusão

Pelos dados obtidos conclui-se que idosos institucionalizados apresentam menor desempenho cognitivo que leva ao comprometimento das habilidades funcionais e aumento da depressão em relação a idosos que vivem na sociedade e participam de alguma atividade física.

Os dados obtidos sugerem uma influência do estado cognitivo na depressão e nas atividades funcionais de vida diária, mostrando-se necessários estudos mais aprofundados do DCC em idosos saudáveis.

Desenvolver pesquisas voltadas para idosos com DCC, se mostra importante, pois, com o aumento dessa população ocorre também o aumento de problemas associados ao envelhecimento como alterações cognitivas, funcionais e conseqüentemente depressão. Essas pesquisas visam estudar formas de manutenção da autonomia do idoso. Torna-se importante o desenvolvimento de políticas de saúde preventivas para os idosos e orientações adequadas para seus cuidadores, a fim de auxiliar o processo de envelhecimento saudável.

Agradecimentos

Este estudo foi financiado pela Fapemig por meio do programa Pibic de apoio à iniciação científica em 2009.

Referências

1. Greve JMDA. Tratado de medicina de reabilitação. São Paulo: Roca; 2007. p. 680-725.
2. Foss PM, Vale FAC, Speiali JG. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos. *Arq. Neuropsiquiatria*. 2005;63(1):119-26. doi:10.1590/S0004-282X2005000100022.
3. Beard CM, Kokmen E, O'Brien PC, Kurland LT. The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. *Neurology*. 1995;45:75-9. doi:10.1212/WNL.45.1.75.
4. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative survey of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76:465-79. doi:10.1111/j.1600-0447.1987.tb02906.x.
5. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Samechima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005;27(12):79-82. PMID:15867989.
6. Canineu PR. Demências: características clínicas gerais. 3 ed. v. 1. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa GERP; 2003.
7. World Health Organization - WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: WHO; 1992.
8. American Psychiatry Association - APA. Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington: APA; 1994.
9. Oliveira DIC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Revista Bras. Fisioter*. 2006;10(1):91-96. doi:10.1590/S1413-35552006000100012.
10. Oliveira DAAP, Gomes L, Oliveira RF. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(4):734-6. doi:10.1590/S0034-89102006000500026.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução n. 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
12. Lacerda JÁ, Moreira LD, Souza LLC, dos Santos EV, Araújo TLM, Bruno RX. Capacidade de idosos institucionalizados para realizar atividades instrumentais de vida diária. *Movimento & Saúde Revistainspirar*. 2009;1(3).

13. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):383-91. doi:10.1590/S0034-89102005000300008.
14. Ricci N, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(4):655-2. doi:10.1590/S0034-89102005000400021.
15. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(2):409-15. doi:10.1590/S0102-311X2008000200020.
16. Pardela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.
17. Caixeta GCS, Ferreira A. Desempenho cognitivo e equilíbrio funcional em idosos. *Rev Neurocienc*. 2009;17(3):202-8.
18. Brum PS, Forlenza OV, Yassuda MS. Cognitive training in older adults with Mild Cognitive Impairment - impact on cognitive and functional performance. *Dement Neuropsychol*. 2009;3(2):124-31.
19. Vivian AS. Estratégias de enfrentamento utilizadas por idosos e dificuldades funcionais. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(2):436-44. doi:10.1590/S0102-311X2009000200022.
20. Del Duca GF, da Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
21. Rosa TEC, Benicio MHD'A, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2003;37(1):40-48. doi:10.1590/S0034-89102003000100008.
22. Tavares AC, Sacchelli T. Avaliação da atividade funcional em idosos submetidos à cinesioterapia em solo. *Rev Neurocienc*. 2009;17(1):19-23.
23. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009;43(3):2048-554. doi:10.1590/S0034-891020090005000025.
24. Gorzoni ML, Pires SL. Long-term care elderly residents in general hospitals. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(6). PMID:17173173.
25. Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Colet*. 2009;14(1):253-59. doi:10.1590/S1413-81232009000100031.
26. Green RC, Cupples LA, Kurz A, Auerbach S, Go R, Sado- vnick D, et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease. *Arch neurol*. 2003;60:753-759. doi:10.1001/archneur.60.5.753.
27. Cheik NC, Reis IT, Heredia RAG, Ventura ML, Tufik S, antunes HKM, et. al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev Bras Ciência Mov*. 2003;11(3):45-52.
28. Porcu M, Scantamburlo VM, Albrecht NR, Silva SP, Vallim FL, Araújo CR, et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. *Acta Scientiarum*. 2002;24(3):713-17.
29. Benedetti TR, Borges LJ, Petroski EL, Goncalves LHT. Atividade física e saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2):302-7. doi:10.1590/S0034-89102008005000007.
30. Paula JC, Cintra FA. A relevância do exame físico do idoso para a assistência de enfermagem hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):301-6. doi: 10.1590/S0103-21002005000300011.

Recebido: 23/06/2012
Received: 06/23/2012

Aprovado: 15/02/2013
Approved: 02/15/2013