

Perfis de funcionalidade e relação com óbito em idosos assistidos em Serviço Ambulatorial de Geriatria¹

Ana Flávia Marostegan de Paula, Gláucia Regina Falsarella,
Maria José D'Elboux, Maria Elena Guariento

Programa de Pós-graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Campinas, SP, Brasil

Resumo: Buscou-se avaliar o perfil funcional de idosos atendidos em nível ambulatorial (Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas), relacionando-o com ocorrência de óbito. Foram avaliados os dados de 120 idosos (≥ 60 anos), através de critérios sociodemográficos, cognição pelo Mini Exame do Estado Mental, Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), autoavaliação de memória, sintomas depressivos, número de consultas e evolução para óbito em um ano. Utilizou-se a análise de conglomerados, os testes qui-quadrado ou exato de Fischer e o teste de Mann-Whitney para análise comparativa das variáveis entre os grupos ($p < 0,05$). A média de idade foi de 76,81 ($\pm 7,56$) anos; 66,7% eram mulheres; 63,33% eram independentes para as AVD e 68,33% eram dependentes para as AIVD; 31,67% tinham sintomas depressivos; 30% apresentavam déficit cognitivo; 56,67% referiram dificuldade para lembrar fatos recentes; 83,33% não tinham dificuldade para lembrar fatos antigos; 6,67% morreram no primeiro ano. Evidenciou-se um perfil constituído predominantemente de idosos mais jovens, mais escolarizados, com dificuldade para lembrar fatos recentes e antigos, pior autoavaliação de memória e que evoluíram para óbito em maior proporção. O segundo perfil constituiu-se predominantemente de idosos mais velhos, mais analfabetos, com menos queixas de memória e que não evoluíram para óbito. Houve um grupo de idosos que sobreviveram até idade mais avançada e com melhor desempenho cognitivo. Considera-se a possibilidade de esse achado associar-se a maior capacidade de resiliência.

Palavras-chave: *Idoso, Funcionalidade, Memória, Óbito, Ambulatório Hospitalar.*

Functionality profiles related to mortality in elders assisted in a Geriatric Outpatient Service

Abstract: This study intended to evaluate the functional profile of the elderly in the Geriatric Outpatient Clinic of the Hospital of the State University of Campinas, correlating it with the occurrence of death. We evaluated 120 elderly outpatients (≥ 60 years), considering sociodemographic data, cognition by the Mini-Mental State Examination, Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), self-assessment of memory, depressive symptoms, number of medical consultations, and probability of death within one year. Cluster analysis, chi-square or Fisher's exact test, and Mann-Whitney test were used as statistical analysis to compare the variables between the groups ($p < 0.05$). The mean age was 76.81 (± 7.56) years; 66.7% were women; 63.33% were independent for ADL and 68.33% were dependent for IADL; 31.67% presented depressive symptoms; 30% presented cognitive impairment; 56.67% reported difficulty of remembering recent events; 83.33% had no difficulty remembering ancient events; 6.67% died within one year. It was possible to observe a profile consisting predominantly of younger elders, more educated, with more difficulty of remembering recent and ancient events, worse self-rated memory, and who died in greater proportion. The second profile consisted predominantly of older subjects, with higher percentage

of illiteracy, less memory complaint, and no evolution to death. The study registered the existence of a group of elderly people who survive to older age with better cognitive performance. This finding is probably related to the greater resilience of these individuals.

Keywords: *Elderly, Functionality, Memory, Death, Outpatient Clinic.*

1 Introdução

O crescimento expressivo da população idosa tem desencadeado modificações nos padrões de saúde em todas as sociedades, com alterações relevantes nos indicadores de morbidade e mortalidade, em função do aumento da prevalência de incapacidades e de doenças crônicas (VERAS, 2009; MORAES, 2012). O perfil de saúde na velhice é marcado por condições de longa duração e tratamento prolongado, e, portanto, a assistência ao idoso associa-se a um custo elevado, com sobrecarga crescente para o indivíduo e para a sociedade (GRAGNOLATI; RICHA, 2011; ELWELL-SUTTON et al., 2012).

A saúde da população idosa encontra-se muito relacionada à funcionalidade global do indivíduo, a qual compreende a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (MORAES, 2012). Nessa perspectiva, a funcionalidade surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso ao considerar-se o funcionamento dinâmico e integrado entre o ambiente, as habilidades motoras e a cognição (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008a). Assim, a funcionalidade representa uma das principais variáveis definidoras do estado de saúde na velhice (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008b). Ainda segundo Moraes (2012), a funcionalidade global está diretamente associada à autonomia e à independência. A autonomia refere-se aos domínios da cognição e do humor e a independência, aos domínios da mobilidade e da comunicação (MORAES, 2012).

Por outro lado, o declínio funcional representa a mais importante manifestação de vulnerabilidade do idoso, sendo foco das intervenções em Geriatria e Gerontologia (MORAES, 2012). Na literatura está bem documentado que as doenças crônicas e as condições mórbidas a elas associadas constituem a principal causa de perda da funcionalidade de idosos, a qual se manifesta em distintos graus e formas de incapacidade, bem como perda da qualidade de vida, e pode cursar com eventos desfavoráveis como hospitalização, institucionalização e óbito (DUARTE; REGO, 2007; MORAES, 2012; ALGILANI et al., 2014). Entretanto, também se evidencia que muitos idosos, embora portadores de múltiplas comorbidades,

conseguem preservar ou retardar o processo de declínio da funcionalidade. Essa proteção pode estar relacionada a vários fatores, entre os quais está a resiliência, entendida como capacidade de adaptação aos estressores e adversidades típicos da velhice. Os indivíduos resilientes caracterizam-se por apresentar maior autoestima e autoeficácia, mais habilidades para resolver problemas e maior satisfação nas relações interpessoais (RUTTER, 2007; HILDON et al., 2010). Além disso, sabe-se também que ela está amplamente associada à manutenção da funcionalidade (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

Em um serviço de referência para assistência a idosos como é o Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (AG-HC/Unicamp), em que os pacientes apresentam uma média de doenças crônicas associadas superior a sete (FATTORI et al., 2014), a investigação do perfil de funcionalidade é de grande relevância para o reconhecimento das necessidades de saúde dessa população e de quais sistemas funcionais comprometidos têm maior associação com eventos desfavoráveis, mas também para identificar potencialidades que lhes permitam responder melhor à perda de várias origens. É com esse foco que se desenvolve a assistência à população idosa no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (AG-HC/Unicamp) e foi nesse serviço que o presente estudo buscou investigar o perfil de funcionalidade dos idosos, correlacionando-o com os desfechos “número de consultas médicas” e “óbito”.

2 Métodos

2.1 Participantes e local

Trata-se de estudo longitudinal que avaliou as informações dos prontuários de idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, SP (AG-HC/Unicamp) no período fevereiro de 2008 a novembro de 2010. O serviço atende, em média, 10 a 12 idosos/semana, com cerca de 250 atendimentos estimados ao ano, dos quais cerca de 40% a 50%

constituem retornos semestrais. Os pacientes atendidos no AG-HC/Unicamp são referenciados de serviços de saúde da Região Metropolitana de Campinas, como também de outros ambulatórios do HC/Unicamp.

A coleta dos dados dos prontuários ocorreu na mesma semana em que os idosos passavam por consulta médica. Ao todo, foram avaliados os registros de 120 idosos (idade mínima de 60 anos), de ambos os gêneros. Foram excluídos da pesquisa aqueles registros que indicavam que os pacientes apresentavam comprometimento cognitivo e/ou funcional muito acentuado, que os impediria de participar da avaliação que se faz no protocolo de consulta, e que constitui parte integrante da Avaliação Geriátrica Global (AGG). Os pacientes idosos com esse grau de limitação representam cerca de 20% do total dos atendimentos nesse serviço.

Após um ano dessa primeira coleta, realizou-se nova avaliação dos dados constantes nos prontuários informatizados, a fim de identificar quais idosos tinham evoluído para óbito e quantas consultas médicas eles haviam realizado nesse período.

2.2 Instrumentos e medidas

No presente estudo foi feito um levantamento dos dados registrados nos prontuários médicos, a partir de protocolo de consulta utilizado rotineiramente no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Unicamp, que tem como referência o conceito de funcionalidade global (MORAES, 2012). Esse protocolo inclui dados sociodemográficos: gênero, idade (60-64, 65-70, 71-74, 75-79, e ≥ 80 anos) e escolaridade formal (0, 1-4 anos e ≥ 4 anos).

O protocolo inclui, ainda, a detecção de déficit cognitivo através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental, considerando-se as seguintes pontuações de corte, em função do nível de escolaridade: 17 ou menos para os analfabetos; 22 ou menos para idosos com escolaridade entre um e quatro anos; 24 ou menos para escolaridade entre cinco e oito anos e 26 ou menos para os que tinham nove ou mais anos de escolaridade (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Também se procedeu à autoavaliação de memória, a partir de três perguntas formuladas para os idosos sobre seu estado de memória nos 12 meses que precederam a consulta 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; sim ou não, para a dificuldade de lembrar fatos antigos e recentes.

No que diz respeito à capacidade funcional, utilizou-se o índice de Katz (KATZ et al., 1963) para se avaliar as Atividades de Vida Diária (AVD) e a escala de Lawton e Brody para se avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (LAWTON; BRODY, 1969). A presença de sintomas depressivos foi investigada através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) (YESAVAGE et al., 1983; ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Além disso, foi avaliado o número de consultas e a ocorrência de óbito dos idosos atendidos no ambulatório até 12 meses após a primeira investigação. Esses dados foram obtidos a partir do registro informatizado do histórico dos pacientes do AG-HC/Unicamp.

O presente estudo constitui subprojeto do Projeto Temático Qualidade de Vida em Idosos: Indicadores de Fragilidade e de Bem-Estar Subjetivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, parecer número 240/2003, assegurando-se o desenvolvimento da pesquisa em conformidade com a Resolução 196/96.

2.3 Análise dos dados

As variáveis categóricas foram submetidas às análises de frequência absoluta (n) e relativa (%) e as variáveis numéricas, às análises descritivas, com valores de média e desvio padrão.

Para analisar a relação conjunta entre as principais variáveis e a formação de perfis, empregou-se a análise de conglomerados, pelo método da partição. A fim de melhor explorar as relações entre as variáveis, foram feitas análises fixando-se o número de conglomerados em dois grupos. Todas as variáveis foram padronizadas, para evitar diferenças de magnitude de escala. Para a análise comparativa das principais variáveis categóricas e numéricas entre os dois grupos utilizaram-se os testes qui-quadrado ou exato de Fischer e o teste de Mann-Whitney.

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

3 Resultados

A amostra foi composta por dados de 120 idosos, dos quais 66,7% eram mulheres. Registrou-se idade média de 76,81 ($\pm 7,56$) anos, sendo que um maior

contingente de idosos tinha 80 anos e mais (40%). Em relação à escolaridade formal, registrou-se média de 3,02 ($\pm 3,83$) anos, sendo que 43,33% dos idosos tinham estudado entre um e quatro anos. Ao considerar as AVD, 63,33% referiram serem independentes quando da realização da consulta; já no que concerne às AIVD, somente 31,67% não necessitavam de ajuda para desempenhá-las (Tabela 1).

Os idosos investigados realizaram, em média, 5,58 ($\pm 2,55$) consultas após a primeira avaliação e pontuaram, em média, 4,11 ($\pm 3,33$) na EDG-15. Aproximadamente 70% dos pacientes não apresentaram déficit cognitivo no teste de rastreio e quanto à pontuação no MEEM, a média foi de 21,96 ($\pm 5,23$). No que diz respeito à dificuldade para lembrar fatos recentes, 56,67% responderam positivamente. Quanto à dificuldade para

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos atendidos no AG-HC/Unicamp, Campinas (n = 120).

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
	Totalmente 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 boa	7	5,83
	Boa	79	65,83
	Ruim	29	24,17
	Muito ruim	5	4,17
Dificuldade para lembrar-se de fatos antigos	Não	100	83,33
	Sim	20	16,67
Dificuldade para lembrar-se de 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.

lembrarem-se de fatos antigos, 83,33% negaram essa condição. No item autoavaliação de memória, 65,83% dos idosos avaliaram-na como “boa”. Esta investigação constatou, ainda, que 31,67% referiram presença de sintomas depressivos. A evolução para óbito no ano que se seguiu à primeira avaliação foi de 6,67% do total da amostra (Tabela 1).

Para avaliar o perfil dos idosos atendidos no AG-HC/Unicamp procedeu-se à análise de conglomerados e chegou-se à formação de dois perfis. As variáveis que mais contribuíram para a sua formação foram: autoavaliação do estado de memória (37,4%), dificuldade para lembrar fatos antigos (24,3%) e evolução para óbito (16,4%).

Quando realizada a comparação das variáveis categóricas em associação com esses dois perfis verificou-se significância para idade, nível de escolaridade, dificuldade para lembrar fatos recentes e antigos, autoavaliação de memória, número de consultas e evolução para óbito até 12 meses após a primeira avaliação ($p < 0,05$) (Tabela 2).

O primeiro perfil ($n = 28$) foi constituído predominantemente por idosos mais jovens, com escolaridade entre 1 a 4 anos, que referiram maior dificuldade para lembrarem-se de fatos recentes, com pior autoavaliação de memória, menor número de consultas e maior registro de óbitos em comparação ao segundo perfil ($n = 92$). Esse, por sua vez, caracterizou-se, principalmente, pela presença de idosos mais velhos, com menor registro de escolaridade formal porém com melhor autoavaliação de memória, menor dificuldade para lembrarem-se de fatos recentes e antigos, maior número de consultas e menor registro de evolução para óbito comparado ao primeiro perfil (Tabela 2).

4 Discussão

No presente estudo, evidenciou-se maior participação do gênero feminino. Levantamentos de base populacional realizados no Brasil e no exterior destacam a prevalência do gênero feminino

Tabela 2. Variáveis que mostraram diferença significativa na comparação dos perfis da amostra de idosos do AG-HC/Unicamp, Campinas ($n = 120$).

Variáveis		Perfil 1	Perfil 2	Valor - p
Dificuldade para memória recente	Sim	25 (89,29%)	43 (46,74%)	< 0,001
	Não	3 (10,71%)	49 (53,26%)	
Dificuldade para memória antiga	Sim	14 (50%)	6 (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).

sobre o masculino na população idosa (LEBRÃO; DUARTE, 2003; HUISMAN et al., 2011; LIMA-COSTA et al., 2011). Esse fato aponta para o advento da feminização da velhice, o qual se relaciona à maior expectativa de vida da mulher em relação ao homem, resultante, entre outros fatores, das diferenças entre os gêneros quanto ao estilo de vida e atitudes frente às doenças e incapacidades (LOUVISON et al., 2008; LIMA-COSTA et al., 2011).

Na amostra investigada registrou-se proporção expressiva de idosos mais velhos, com 80 anos e mais. Considera-se que a maior presença dos mais idosos em um serviço de referência na área de geriatria pode associar-se ao crescimento acelerado desse grupo etário, que constitui o segmento populacional que aumenta mais rapidamente, representando 1,3% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas (ROSSET et al., 2011). Além disso, é preciso destacar que com o envelhecimento aumentam a incidência e prevalência de doenças crônicas e múltiplas, o que implica em cuidados mais especializados, em serviços de maior complexidade (VERAS, 2009). Tal condição é mais evidente entre aqueles de idade mais avançada.

No que diz respeito à funcionalidade para as AVD, mais de 60% dos idosos da amostra classificaram-se como independentes. Por outro lado, a maioria referiu necessitar de ajuda parcial para realizar as AIVD (68,33%). Esse achado replica dados de outros trabalhos sobre idosos em atendimento ambulatorial (LAWTON; BRODY, 1969; MARRA et al., 2007; RODRIGUES; PEDRAZZI; SCHIAVETO, 2007; LEAL et al., 2009). O resultado chama a atenção para o declínio hierárquico da funcionalidade dos idosos, que se manifesta primeiro pelo comprometimento de atividades físicas, intelectuais e sociais mais complexas e indicativas de autonomia, independência e boa saúde, progredindo, posteriormente, para as tarefas direcionadas ao autocuidado e à sobrevivência, mais rotineiras e executadas em ambiente mais restrito (KIM et al., 2010).

No que se refere à cognição, nesta pesquisa a proporção de idosos que apresentou pontuação sugestiva de déficit cognitivo (29,17%) foi inferior à encontrada em outros estudos desenvolvidos em serviço ambulatorial. O primeiro avaliou idosos assistidos em serviço ambulatorial vinculado à atenção básica do município de Dourados, no Mato Grosso do Sul, onde a prevalência da disfunção cognitiva foi de 42,7% (ALVARENGA et al.,

2011), e o outro referiu-se a idosos participantes de um núcleo de saúde pública da Universidade Federal de Viçosa, em que a frequência foi de 36,5%, a partir do MEEM (MACHADO et al., 2007). Por outro lado, outros pesquisadores verificaram menor proporção de idosos com comprometimento cognitivo entre aqueles atendidos em ambulatório que integrava a atenção básica no município de Pouso Alegre, em Minas Gerais (4,9%) (FARIA et al., 2011), e em um centro de saúde de Santa Catarina (9,1%) (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007). Essa diversidade de achados relativos à ocorrência de déficit cognitivo provavelmente associa-se à heterogeneidade das amostras de idosos, dos instrumentos de avaliação e do processo de envelhecimento.

Também foi verificado que 31,67% dos idosos da amostra estudada no AG-HC/Unicamp apresentavam sintomas depressivos. Essa percentagem elevada possivelmente relaciona-se à condição de múltiplas comorbidades presentes em idosos referenciados para um serviço terciário de Geriatria, pois também já se demonstrou que ela associa-se à menor funcionalidade e pior percepção de saúde (BAYLISS et al., 2007). Esse achado aproxima-se do observado em um ambulatório de Geriatria de Brasília (DF), com registro de 36,7% de portadores desses sintomas, a partir da aplicação da EDG (LINHARES et al., 2003). Porém, em outra amostra ambulatorial de 1.120 idosos, na Bahia, a prevalência desses sintomas foi de 23,4%, segundo os critérios diagnósticos da American Psychiatric Association (DUARTE; REGO, 2007). Também aqui o comportamento heterogêneo das populações de idosos pode estar associado à diversidade das amostras e dos instrumentos utilizados.

Na presente investigação, 6,67% dos idosos evoluíram para óbito após um ano da primeira avaliação. O percentual de mortalidade verificado neste estudo foi menor que o registrado em outros trabalhos realizados no Brasil (MACIEL; GUERRA, 2008; XAVIER et al., 2010). Vale ressaltar que esses dados da literatura referem-se a idosos residentes na comunidade, já que não foram encontrados dados relativos a óbito em estudos sobre idosos assistidos em serviços de saúde.

Com relação ao objetivo principal do estudo, ressalta-se que na construção desses perfis as pontuações relativas às escalas de desempenho cognitivo, funcional e de estado de humor não tiveram peso estatístico, sendo esses pautados nas variáveis faixa etária, nível de escolaridade, autoavaliação de memória, além de número de consultas e ocorrência de óbito no primeiro ano

após a primeira avaliação. O primeiro perfil caracterizou-se por incluir idosos mais jovens que, apesar de apresentarem melhor nível de escolaridade, relatavam pior condição de memória e tiveram maior número de óbitos em comparação ao segundo perfil. Em relação aos integrantes desse outro perfil, a despeito da idade mais avançada e menor nível de escolaridade, eles apresentaram melhor percepção de sua memória, com uma evolução mais favorável. Há que se destacar, ainda, que a dificuldade para memória recente foi maior para os idosos distribuídos nos dois perfis, quando comparada à dificuldade para memória antiga, o que pode associar-se a uma hierarquia de perdas. De fato, com o processo de envelhecimento, verifica-se 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) (XAVIER et al., 2010).

Um aspecto a ser considerado na melhor evolução dos idosos identificados no segundo perfil em relação aos integrantes do primeiro perfil refere-se à presença de fatores protetores nessa subamostra, entre os quais uma possível maior capacidade de resiliência. No presente estudo, essa não foi avaliada, pois não integra o protocolo de consulta utilizado nesse serviço de geriatria, entretanto, é razoável considerar que os pacientes incluídos no segundo perfil tivessem maiores índices de resiliência, o que pode ser associado à maior sobrevivência e melhor auto percepção de memória. Segundo evidências na literatura, a resiliência constitui processo interativo e multifatorial que envolve aspectos individuais e ambientais, além da presença dos fatores de proteção que possibilitam ao indivíduo a capacidade de adaptação diante das adversidades (LARANJEIRA, 2007; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012). Para Forte, Portuguez e Argimon (2009), a resiliência é uma maneira de sobreviver relacionada à integridade, adaptabilidade e tenacidade. Dessa forma, cabe nesse estudo a suposição de que os integrantes da segunda subamostra estivessem na condição de mais resilientes, o que indicaria a atuação de recursos emocionais e cognitivos como mecanismo de enfrentamento e ajustamento aos eventos desfavoráveis, que comprometem a competência nos mais velhos (RABELO; NERI, 2005; HILDON et al., 2010; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012; NERI et al., 2012). Entretanto, embora não tenha sido objeto desta pesquisa, há que se considerar a influência de outros fatores que

também podem favorecer uma maior sobrevivência, conforme observado nesse subgrupo de idosos. Entre esses, destacam-se a herança genética, o estilo de vida, as relações sociais, a saúde percebida, cujo efeito contribui para retardar ou diminuir o declínio decorrente do processo de envelhecimento sobre a memória (RABELO; NERI, 2005; MACIEL; GUERRA, 2008).

Outro ponto a ser destacado em relação às características observadas no segundo perfil refere-se ao maior número de consultas, o que possivelmente associa-se à sobrevivência mais longa desses idosos e também à maior demanda por cuidados em saúde (RODRIGUES et al., 2008; MINOSSO et al., 2010; LACAS; ROCKWOOD, 2012; MORAES, 2012).

No que concerne à melhor autoavaliação de memória entre os idosos mais velhos, conforme observado entre os integrantes do segundo perfil, os dados divergem do estudo de Lima-Silva e Yassuda (2009), no qual evidenciou-se que algumas habilidades cognitivas declinavam com o avanço da idade, em especial memória recente, velocidade de pensamento e habilidades visuo-espaciais. Considerando essa referência à melhor auto percepção de memória, no presente estudo, essa foi verificada em 86,96% (80) dos que compunham o segundo perfil, no qual também se registrou menor ocorrência de óbito (1,09% no perfil 2 versus 25% no perfil 1). Possivelmente, a melhor percepção de si mesmos e de sua memória influenciou positivamente na evolução dos idosos incluídos no segundo perfil, o que pode ser associado ao menor registro de óbitos. Por outro lado, os idosos do primeiro perfil, eram mais escolarizados e mais jovens, porém apresentavam pior autoavaliação de memória e morreram em maior proporção. A autoavaliação da saúde, da qual faz parte a percepção da própria memória, constitui um indicador comumente utilizado para investigar o bem-estar físico e mental (LIMA-COSTA et al., 2011; BORIM; BARROS; NERI, 2012). Essa medida de saúde global considera o julgamento subjetivo do indivíduo com base em critérios pessoais e sociais (NERI, 2007). A percepção dos idosos sobre sua saúde e bem-estar tem se mostrado tão importante quanto registros objetivos para prever o curso da saúde ao longo do tempo (BLAZER, 2008), verificando-se que a mesma representa preditor de morbidade, incapacidade, depressão, inatividade e mortalidade, especialmente para idosos (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004, 2005; BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Estudo realizado por Kaplan e Camacho (1983) sobre saúde percebida e mortalidade verificou que durante um período de nove anos o risco de morte foi de 2,33 para homens e de 5,10 para as mulheres que percebiam sua saúde como ruim em comparação com aqueles que a relataram excelente. Essa associação persistiu mesmo após múltiplas análises ajustadas para idade, sexo, renda, escolaridade, estado físico de saúde, práticas de saúde, saúde em relação a outras pessoas da mesma idade, participação social, moral, depressão e felicidade.

Pesquisas concordam que ter limitação funcional e doenças crônicas implica em prejuízo para a saúde percebida (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2005; BORIM; BARROS; NERI, 2012). No entanto, levantamento realizado por Séculi et al. (2001) verificou que os idosos de 85 anos e mais avaliavam de maneira mais positiva sua saúde na presença de doenças crônicas comparados aos idosos com menor idade e nas mesmas condições de saúde. Esse achado sugere, ainda, a influência de mecanismos de adaptação aos problemas de saúde. Nessa perspectiva, estariam atuando os componentes cognitivos e afetivos do bem-estar subjetivo e os mecanismos de autorregulação do *self* como importantes fatores de proteção, os quais contribuem para a manutenção da resiliência psicológica e essa, por sua vez, influencia o funcionamento dos idosos (NERI et al., 2012).

Em síntese, pode-se dizer que a maior diferença observada entre os perfis foi atribuída à variável cognição, considerando-se a percepção dos idosos, e que, segundo Moraes (2012), esta constitui um dos determinantes da funcionalidade global do indivíduo em idade avançada. Para esse mesmo autor, a cognição representa um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. No processo de envelhecimento normal, podem ser observadas alterações na função cognitiva que não chegam a comprometer a funcionalidade. No entanto, as alterações patológicas na esfera cognitiva implicam em prejuízo para o curso do envelhecimento, pois relacionam-se com condições como fragilidade, incapacidades e doenças, ampliando o risco de comorbidades e mortalidade (BATISTONI et al., 2011).

Na consideração dos achados deste trabalho é preciso ter em conta as limitações de um estudo clínico regional que aborda uma amostra de idosos integrante de uma população seguida em serviço de saúde terciário. Desse modo, embora verifiquem-se aproximações com a literatura, não se pode chegar

a conclusões gerais sobre a evolução da perda de funcionalidade em idosos e a presença de desfechos desfavoráveis.

Entretanto é importante destacar que o estudo evidenciou estreita relação entre funcionalidade global, autoavaliação de memória e mortalidade. Esse achado reitera a relevância de se focar a intervenção geriátrica e gerontológica na detecção precoce e na prevenção do declínio funcional, o qual representa a principal manifestação de vulnerabilidade entre idosos (MORAES, 2012).

Considera-se, portanto, que a identificação do perfil funcional das populações de idosos assistidos em nível ambulatorial permitirá aos profissionais da saúde o planejamento e desenvolvimento de ações necessárias para a manutenção e/ou recuperação da funcionalidade global, a fim de evitar a mortalidade precoce e garantir melhores condições de saúde ao idoso.

Referências

- ALGILANI, S. et al. Exploring the concept of optimal functionality in old age. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Albany, v. 7, p. 69-79, 2014. PMID: 24516333. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S55178>
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. 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. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Manchester, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199910\)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199910)14:10<858::AID-GPS35>3.0.CO;2-8)
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Perfil social e funcional de idosos assistidos pela estratégia da saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 16, n. 3, p. 478-485, 2011.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. G. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 535-546, 2008a.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008b.
- BATISTONI, S. S. T. et al. Status cognitivo, satisfação com a cognição e sintomas depressivos. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Orgs.). *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos*. Campinas: Alínea, 2011. p. 55-73.
- BAYLISS, E. A. et al. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. *Annals of Family Medicine*, Cleveland, v. 5, n. 5, p. 395-402, 2007. PMID:17893380 PMCid:PMC2000313. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.722>

- BLAZER, D. G. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *The Gerontologist*, Oxford, v. 48, n. 4, p. 415-422, 2008. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/48.4.415>
- BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 273-279, 2007.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. D. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-80, 2012.
- DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.
- ELWELL-SUTTON, T. M. et al. Inequality and inequity in access to health care and treatment for chronic conditions in China: the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 28, n. 5, p. 1-13, 2012.
- FARIA, E. C. et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família: município do Sul de Minas. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1748-1752, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800019>
- FATTORI, A. et al. Cluster analysis to identify elderly people's profiles: a healthcare strategy based on frailty characteristics. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v. 132, n. 4, p. 224-230, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2014.1324622>
- FERREIRA, C. F.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 328-34, 2012.
- FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinical. *Journal of Psychiatry Research*, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- FORTE, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-463, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000400006>
- GRAGNOLATI, M. J. O.; RICHA, R. F. A. *Envelhecendo em um Brasil mais velho*. Brasília, DF: Banco Mundial, 2011.
- HILDON, Z. et al. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *The Gerontologist*, Oxford, v. 50, n. 1, p. 36-47, 2010. PMID:19549715. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/50p067>
- HUISMAN, M. et al. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 40, n. 4, p.868-876, 2011. PMID:21216744. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyq219>
- KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 117, n. 3, p. 292-304, 1983. PMID: 6829557
- KATZ, A. B. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological a psychosocial function. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- KIM, M. J. et al. Alternative items for identifying hierarchical levels of physical disability by using physical performance tests in women aged 75 years and older. *Geriatrics and Gerontology International*, Hoboken, v. 10, n. 4, p. 302-310, 2010. PMID:20345433. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00614.x>
- LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization an implications for practice. *BMC Medicine*, Beijing, v. 10, n. 4, p. 1-9, 2012.
- LARANJEIRA, C. A. S. J. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000300012>
- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, Oxford, v. 9, 3 Part 1, p. 179-186, 1969. http://dx.doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- LEAL, M. C. C. et al. Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-86, 2009.
- LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. *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.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. 10-year trends in the health of Brazilian elderly: evidence from the National Household Sample Survey (PNAD 1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-396, 2011.
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, A. E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 830-839, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300017>
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-34, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>
- LIMA-SILVA, T. B.; YASSUDA, M. S. The relationship between memory complaints and age in normal aging.

- Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 94-100, 2009.
- LINHARES, C. R. C. et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Brasília, v. 162, n. 2, p. 319-326, 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000200012>
- LOUVISON, M. C. et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>
- MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa - MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000400017>
- MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 347-352, 2008.
- MARRA, T. A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000400005>
- MINOSSO, J. S. M. et al. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da universidade de São Paulo. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 12-18, 2010.
- MORAES, E. N. Saúde do idoso. In: MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012, p. 9-22.
- NERI, A. L. et al. Quedas, senso de autoeficácia para quedas e fragilidade. In: NERI, A. L. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Dados do Estudo Fibra em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti*. Campinas: Alínea, 2012. p. 153-170.
- NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (Ed.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea, 2007. p. 13-59.
- RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 403-412, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300008>
- RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2267-2278, 2008.
- RODRIGUES, R. A. P.; PEDRAZZI, E. C.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-413, 2007.
- ROSSET, I. et al. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática internacional. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 264-271, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100037>
- RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsiquiatria*, Oxford, v. 57, n. 3, p. 316-331, 2007. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- SÉCULI, E. et al. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 15, n. 3, p. 217-223, 2001. [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71550-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71550-6)
- VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-544, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300020>
- XAVIER, A. J. et al. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: Estudo Epidoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 148-158, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000100016>
- YESAVAGE, J. et al. Development and Validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Contribuição dos Autores

Ana Flávia Marostegan de Paula: Coleta de dados, organização de fontes e análises e redação do texto. Gláucia Regina Falsarella e Maria José D'Elboux: Redação do texto, organização de fontes e/ou análises e revisão. Ana Flávia Marostegan de Paula e Maria Elena Guariento: Concepção do projeto, organização de fontes e análises, redação do texto e revisão. Todas as autoras aprovaram a versão final do texto.

Notas

¹ O presente estudo constituiu-se em um subprojeto do Projeto Temático "Qualidade de Vida em Idosos: Indicadores de Fragilidade e de Bem-Estar Subjetivo", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, com parecer número 240/2003.