



CAPACIDADE FUNCIONAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS
FUNCTIONAL CAPACITY AND DEPRESSION IN ELDERLY
CAPACIDAD FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ANCIANOS

Gleicy Karine Nascimento de Araújo¹, Rute Costa Régis de Sousa², Rafaella Queiroga Souto³, Edivan Gonçalves da Silva Júnior⁴, Maria do Carmo Eulálio⁵, Fábila Alexandra Pottes Alves⁶, Anita Liberalesso Neri⁷

RESUMO

Objetivo: identificar o nível de capacidade funcional em atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária de idosos e sua correlação com a prevalência de depressão. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, com 242 idosos. Os dados foram coletados com as escalas de Lawton e Brody, de Katz, o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Depressão Geriátrica e, em seguida, analisados por meio de estatística descritiva e inferencial e tabulados no SPSS, versão 21.0. **Resultados:** o nível de capacidade funcional foi menor em idosos com 80 anos ou mais, do sexo feminino, negros, não alfabetizados e sem aposentadoria. Foi identificada correlação negativa entre a presença de depressão e as atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária. **Conclusão:** os idosos apresentaram independência para a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, porém, baixo nível de capacidade funcional para as atividades avançadas, havendo correlação entre a presença de depressão e a perda da capacidade funcional. **Descritores:** Idoso; Atividades Cotidianas; Sintomas Depressivos; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to identify the level of functional capacity in basic, instrumental and advanced activities of the daily life of the elderly and its correlation with the prevalence of depression. **Method:** quantitative, descriptive, cross-sectional study with 242 elderly. Data were collected using Lawton and Brody, Katz, Mini Mental State Exam and Geriatric Depression Scales and, then analyzed using descriptive and inferential statistics and tabulated in SPSS, version 21.0. **Results:** the level of functional capacity was lower in the elderly with 80 years or more, female, black, non-literate and without retirement. A negative correlation was identified between the presence of depression and the basic, instrumental and advanced activities of daily living. **Conclusion:** the elderly presented independence for performing basic and instrumental activities of daily living, but low functional capacity for advanced activities, with a correlation between the presence of depression and loss of functional capacity. **Descriptors:** Aged; Activities of Daily Living; Depressive Symptoms; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: identificar el nivel de capacidad funcional en actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria de ancianos y su correlación con la prevalencia de depresión. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, del tipo transversal, con 242 ancianos. Los datos fueron recolectados con las escalas de Lawton y Brody, de Katz, el Mini Examen del Estado Mental y la Escala de Depresión Geriátrica y, a continuación, analizados por medio de estadística descriptiva e inferencial y tabulados en el SPSS, versión 21.0. **Resultados:** el nivel de capacidad funcional fue menor en ancianos con 80 años o más, del sexo femenino, negros, no alfabetizados y sin jubilación. Se identificó una correlación negativa entre la presencia de depresión y las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. **Conclusión:** los ancianos presentaron independencia para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, sin embargo, bajo nivel de capacidad funcional para las actividades avanzadas, habiendo correlación entre la presencia de depresión y la pérdida de la capacidad funcional. **Descriptores:** Anciano; Actividades Cotidianas; Síntomas Depresivos; Enfermería.

¹Graduanda em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: gleicy.kna@hotmail.com; ²Graduanda em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: rute_regis@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: rafaellaqueiroga7@gmail.com; ⁴Psicólogo, Mestrando, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: edivangoncalves.junior@gmail.com; ⁵Psicóloga, Professora Doutora, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: carmitaeulatio.uepb@gmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: fabia.alexandra@terra.com.br; ⁷Psicóloga, Professora Doutora, Departamento de Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Campinas (SP), Brasil. E-mail: anitalbn@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O conceito de capacidade funcional surge como a possibilidade de o idoso cuidar de si mesmo, de planejar e realizar as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma.¹⁻²

A longevidade, associada a Doenças Não Transmissíveis (DNT), pode afetar a capacidade funcional dos idosos, impedindo-os de desempenhar suas atividades de forma independente.³ A junção desses fatores com o prejuízo cognitivo, além das condições sociais precárias, acarreta o aparecimento da depressão, que se encontra entre as DNT mais frequentes e que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, constituindo-se um sério problema de saúde pública.⁴

A capacidade funcional, junto ao estado nutricional, à capacidade cognitiva e a fatores socioeconômicos e demográficos, deve ser avaliada para fornecer subsídios para a assistência aos idosos. Essa busca em compreender e alcançar alternativas para a realização de cuidados com os idosos representa um desafio a todos que atuam nos serviços de saúde.⁵

A complexidade das alterações funcionais, emocionais e morfológicas reflete em dificuldades para a realização de atividades diárias (autocuidado, execução de tarefas simples, responsabilidade sobre próprios atos) e leva a uma condição de sofrimento e pensamentos de inutilidade por parte dessa parcela da população.⁶

A depressão é considerada um transtorno afetivo que provoca alterações mentais, cognitivas e distúrbios de humor. Se caracteriza pela junção de sintomas que podem perdurar por anos, interferindo, de maneira significativa, na vida do indivíduo.⁷ A depressão é multideterminada e pode causar diversos prejuízos no desempenho social.⁸

O declínio na capacidade funcional, que inclui limitações e restrições na realização e participação em atividades, é um sintoma importante de depressão grave.⁹ Portanto, a avaliação da capacidade funcional é um importante indicador do estado de saúde porque seu declínio está associado à mortalidade neste grupo etário.¹⁰

É necessário conhecer o perfil dos idosos quanto à capacidade funcional e sintomatologia depressiva, assim como a influência dos dados sociodemográficos sobre

essas variáveis, com o objetivo de elaborar estratégias para a promoção da saúde e prevenção de agravos decorrentes da relação entre a capacidade funcional e depressão, justificando a necessidade de realizar estudos como este.¹¹

OBJETIVOS

- Identificar o nível de capacidade funcional em atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária de idosos e sua correlação com a prevalência de depressão.
- Analisar a associação da capacidade funcional com o perfil sociodemográfico de idosos residentes no município de Campina Grande-PB.

MÉTODO

Este estudo está vinculado a um estudo multicêntrico intitulado “Fragilidade de Idosos Brasileiros (FIBRA)”, aprovado pelo edital MCT-CNPq/MSSCTIE-DECIT, n.17/2006.

Estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, realizado no município de Campina Grande - PB, no período de 2007 a 2009. A amostra foi constituída por 242 idosos e o processo de amostragem foi realizado pelo método de seleção aleatória simples, em setores censitários urbanos. O número de setores correspondeu à razão entre o número amostral e o número total de setores.

Foram incluídas na pesquisa: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e que residiam permanentemente no domicílio e no setor censitário sorteado. Os critérios de exclusão foram: a) idosos com déficit cognitivo grave, verificado por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM); b) os que estivessem usando cadeira de rodas ou que se encontrassem, provisória ou definitivamente, acamados; c) os portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico; d) os portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável; e) os portadores de graves déficits de audição ou de visão e f) os que estivessem em estágio terminal.

A caracterização sociodemográfica do grupo estudado foi feita a partir da aplicação de um questionário sociodemográfico com questões referentes à idade, gênero, estado civil, aposentadoria, grau de alfabetização e raça.

O MEEM foi utilizado para o rastreio cognitivo dos idosos e sua escolha se deu por este se tratar de um instrumento amplamente utilizado na avaliação de funções cognitivas. O MEEM é dividido em sete categorias: orientação para tempo (cinco pontos);

orientação para local (cinco pontos); registro de três palavras (três pontos); atenção e cálculo (cinco pontos); lembrança das três palavras (três pontos); linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore pode variar de zero até 30 pontos.¹² Os pontos de corte utilizados para a avaliação do MEEM são definidos de acordo com a escolaridade dos idosos: 17 (analfabetos); 22 (com escolaridade entre um e quatro anos); 24 (com escolaridade entre cinco e oito anos) e 26 (com nove anos ou mais de escolaridade).

Em relação à capacidade funcional, utilizou-se a Escala de Katz¹³ para avaliar as ABVD e a Escala de Lawton e Brody¹⁴ para avaliar as AIVD. Já as AAVD foram avaliadas utilizando-se um conjunto de questões adaptadas para um estudo realizado em São Paulo.¹⁵ Essas questões indagavam sobre a participação do idoso em atividades educacionais, cívicas, religiosas e de lazer e tinham, como opções de resposta, três alternativas: “nunca fez”, “parou de fazer” e “ainda faz”.

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. A escala de Lawton e Brody avalia sete itens para AIVD, com três possibilidades de respostas (nenhuma, parcial ou total) sobre a ajuda necessária para: uso do telefone, uso de transportes, compras, preparo do alimento, serviços domésticos, uso de fármacos e manuseio de dinheiro.

Para a avaliação dos sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG),¹⁶ com 15 perguntas negativas/afirmativas, cujo resultado, de cinco ou mais pontos, revela a presença de depressão, sendo que o escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave.

A coleta de dados ocorreu em centros próximos aos domicílios dos idosos, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade em participar e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos idosos que concordaram participar da pesquisa. As

sessões da coleta de dados foram realizadas por equipes treinadas, distribuídas entre a coordenadora e os alunos de graduação que faziam parte do Grupo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Saúde (GEPEs).

Os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS, versão 15.0. Em relação à consistência interna das escalas utilizadas, foi obtido um Alfa de Cronbach de 0,801, para a escala de AAVD; 0,713, para a escala de AIVD; 0,016, para ABVD e de 0,460, para a EDG. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, média, mediana, desvio padrão e amplitude) e inferencial (Qui-quadrado de Pearson e teste de correlação de Spearman). Para avaliar a força da correlação, utilizou-se o seguinte critério: $r=1$ (perfeita); $0,80 < r < 1$ (muito alta); $0,60 < r < 0,80$ (alta); $0,40 < r < 0,60$ (moderada); $0,20 < r < 0,40$ (baixa); $0 < r < 0,20$ (muito baixa); $r=0$ (nula), sendo a interpretação idêntica para os valores negativos de coeficiente.

O teste não paramétrico foi escolhido porque, segundo o resultado do teste de normalidade Kolmogorov Smirnov, as variáveis não apresentaram distribuição normal. Para todas as análises, utilizou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O projeto seguiu os pressupostos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob o parecer n. 208/2007.

RESULTADOS

Na amostra, composta por 242 sujeitos, observou-se que 84,3% ($n=204$) estavam na faixa etária de 65-79; 67,4% ($n=163$) eram do sexo masculino; 48,3% ($n=117$) eram casados ou viviam com um companheiro; 55% ($n=133$) eram negros; 67,4% ($n=163$) eram alfabetizados e 77,7% ($n=188$) tinham aposentadoria.

Observou-se que não existiram diferenças significativas em relação às variáveis sexo, cor e raça, estado civil e aposentadoria. Houve associação com a incapacidade funcional tanto para as ABVDs, quanto com as instrumentais ($p < 0,05$), na variável idade, e apenas com AIVDs e AAVDs, na variável alfabetização.

Tabela 1. Capacidade funcional em função de características socioeconômicas dos idosos participantes da pesquisa. Campina Grande (PB), Brasil (2007-2009).

Variáveis	ABVD			AIVD			AAVD		
	I n (%)	D N (%)	*p- valor	I n (%)	D N (%)	*p- valor	MA n (%)	ME n (%)	*p- valor
Idade									
65-79	176 (86,3)	28 (13,7)	0,019	122 (59,8)	82 (40,2)	0,001	165 (80,9)	39 (19,1)	0,084
≥80 anos	27 (71,1)	11 (28,9)		12 (31,6)	26 (68,4)		26 (68,4)	12 (31,6)	
Sexo									
Masculino	71 (89,9)	8 (10,1)	0,078	45 (57,0)	34 (43,0)	0,729	60 (75,9)	19 (24,1)	0,429
Feminino	132 (81,0)	31 (19,0)		89 (54,6)	74 (45,4)		131 (80,4)	32 (19,6)	
Cor e raça									
Branca	93 (85,3)	16 (14,7)	0,582	61 (56,0)	48 (44,0)	0,867	89 (81,7)	20 (18,3)	0,347
Preta	110 (82,7)	23 (17,3)		73 (54,9)	60 (45,1)		102 (76,7)	31 (23,3)	
Estado civil									
Casado ou união estável	102 (87,2)	15 (12,8)	0,186	64 (54,7)	53 (45,3)	0,233	93 (79,5)	24 (20,5)	0,682
Solteiro/viúvo ou separado	101 (80,8)	24 (19,2)		70 (56,0)	55 (44,0)		98 (78,4)	27 (21,6)	
Alfabetizado									
Sim	140 (85,9)	23 (14,1)	0,223	99 (60,7)	64 (39,3)	0,016	138 (84,7)	25 (15,3)	0,002
Não	63 (79,7)	16 (20,3)		35 (44,3)	44 (55,7)		53 (67,1)	26 (32,9)	
Aposentado									
Sim	157 (83,5)	31 (16,5)	0,808	101 (53,7)	87 (46,3)	0,269	148 (78,7)	40 (21,3)	0,935
Não	45 (84,9)	8 (15,1)		33 (62,3)	20 (37,7)		42 (79,2)	11 (20,8)	

Nota: * Teste Qui-quadrado de Pearson; I = independência; D = dependência; MA = mais ativo; ME = menos ativo; ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; AAVD = atividades avançadas de vida diária.

A prevalência de depressão na amostra total foi de 24,8% (n=60). Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a presença de depressão e o grau de

dependência em AAVD, entretanto, eram mais ativos os indivíduos sem depressão e menos ativos aqueles com depressão.

Tabela 2. Grau de capacidade funcional nas ABVD, AIVD e AAVD, segundo a presença de depressão. Campina Grande (PB), Brasil (2007-2009).

EDG	ABVD			AIVD			AAVD		
	I n (%)	D n (%)	p-valor*	I n (%)	D n (%)	p-valor*	MA n (%)	ME n (%)	p-valor*
CD	45 (75)	15 (25)	0,031	23 (38,3)	37 (61,7)	0,002	44 (73,3)	16 (26,7)	0,221
SD	158 (86,8)	24 (13,2)		111 (61)	71 (39)		147 (80,8)	35 (19,2)	

Nota: * Teste Qui-quadrado de Pearson; I = independência; D = dependência; MA = mais ativo; ME = menos ativo; ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; AAVD = atividades avançadas de vida diária; EDG = escala de depressão geriátrica; IC = Intervalo de Confiança; CD= com depressão; SD= sem depressão.

Observa-se que a amostra estudada (tabela 3) apresentou boa capacidade funcional para ABVD e AIVD. Em ambas, o número médio de atividades que o idoso era incapaz de realizar foi baixo, 0,01 e 0,16, respectivamente, com

um desvio padrão pequeno. As AAVD, no entanto, não mostraram um bom desempenho, visto que a média do número de atividades ainda realizadas foi baixo (M=3,38).

Tabela 3. Análise descritiva dos resultados de EDG, ABVD, AIVD e AAVD. Campina Grande (PB), Brasil (2007-2009).

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
EDG					
Escore total	3,69	3	2,521	0	12
ABVD					
Escore total	6,19	6,00	0,447	6	8
Número de atividades que realiza com independência	3,70	6,00	2,827	0	6
Número de atividades que realiza com ajuda	0,09	0,00	0,301	0	2
Número de atividades que é incapaz de realizar	0,01	0,00	0,111	0	1
AIVD					
Escore total	8,12	7,00	1,781	7	17
Número de atividades que realiza com independência	6,04	7,00	1,493	0	7
Número de atividades que realiza com ajuda	0,80	0,00	1,309	0	6
Número de atividades que é incapaz de realizar	0,16	0,00	0,477	0	3
AAVD					
Escore total	25,10	25	3,545	16	35
Número de atividades que nunca fez	2,70	3,00	2,571	0	10
Número de atividades que parou de fazer	1,50	1,00	1,810	0	8
Número de atividades que ainda faz	3,38	4,00	3,025	0	11

Nota: ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; AAVD = atividades avançadas de vida diária; EDG = escala de depressão geriátrica.

A tabela 4 apresenta o resultado da análise de correlação entre o escore total e número de atividades encontrado em ABVD, AIVD e AAVD. Todas as variáveis, com exceção de duas (número de atividades incapaz de

realizar em ABVD e número de atividades que parou de fazer em AAVD), se apresentaram-se correlacionadas, sob o ponto de vista estatístico.

Tabela 4. Correlação entre o escore total de EDG e o escore total e número de atividades encontrado em ABVD, AIVD e AAVD. Campina Grande (PB), Brasil (2007-2009).

Variáveis	Escore total de EDG	
	Coefficiente de correlação	p-valor*
ABVD		
Escore total	0,152	0,018
Número de atividades que realiza com independência	-0,151	0,019
Número de atividades que realiza com ajuda	0,134	0,037
Número de atividades que é incapaz de realizar	0,062	0,335
AIVD		
Escore total	0,255	0,000
Número de atividades que realiza com independência	-0,253	0,000
Número de atividades que realiza com ajuda	0,241	0,000
Número de atividades que é incapaz de realizar	0,134	0,038
AAVD		
Escore total	-0,260	0,000
Número de atividades que nunca fez	0,191	0,003
Número de atividades que parou de fazer	0,118	0,067
Número de atividades que ainda faz	-0,243	0,000

Nota: *Teste de Correlação de Spearman. ABVD = atividades básicas de vida diária; AIVD = atividades instrumentais de vida diária; AAVD = atividades avançadas de vida diária; EDG = escala de depressão geriátrica.

DISCUSSÃO

Quanto ao sexo, repetiu-se o achado de outros estudos na área,¹⁷⁻⁹ com predomínio do sexo feminino. Essa feminização pode ser

justificada pelo fato de as mulheres ainda possuírem maior atenção com a saúde e com o autocuidado do que os idosos do sexo masculino, o que refletiria numa maior probabilidade de sobrevida das mulheres.²⁰

Quanto à capacidade funcional, foi o sexo feminino que mostrou maior dependência nas ABVD e AIVD, sendo, porém, o grupo mais ativo nas AAVD. Não se verificou diferença estatisticamente significativa do sexo em relação a nenhuma das atividades. Esse achado corrobora o encontrado em um estudo de um centro geriátrico²¹ onde as mulheres, apesar de mais longevas, apresentam maior declínio na capacidade funcional.

No tocante à idade, neste estudo, a faixa etária prevalente foi entre 65 e 79 anos, sendo essa a faixa etária que apresentou maior nível de independência em todas as atividades (básicas, instrumentais e avançadas), havendo significância estatística entre a idade e ABVD e AIVD. Essa associação, entre idade e capacidade funcional, é confirmada por outros estudos²¹⁻⁴ em que é observado que o avanço da idade aumenta as possibilidades de desenvolvimento de dificuldades para atividades diárias, contribuindo para a diminuição da capacidade funcional. Esse fato pode ser explicado pelo contínuo processo de envelhecimento e pelo fato de algumas comorbidades irem se agregando com o passar do tempo.²⁵

Em relação ao estado civil, o grupo de solteiros/viúvos e divorciados apresentou maior independência para ABVD e maior atividade em AAVD, porém, maior dependência em AIVD. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o estado civil e a capacidade funcional ($p>0,05$). Esse dado difere do que foi encontrado em um estudo com idosos atendidos na atenção básica,²² onde a incapacidade funcional foi maior entre aqueles que não eram casados. A ausência de um companheiro, tanto para os viúvos, quanto para os solteiros, contribuiu para o isolamento, causando uma diminuição no autocuidado pelo fato de o companheiro ser um estímulo para se continuar realizando as atividades diárias.⁵

Observou-se que os idosos alfabetizados são aqueles que realizam um maior número de atividades com independência e são mais ativos. A associação entre alfabetização e capacidade funcional foi estatisticamente significativa tanto para as AIVD, como para as AAVD. Esse achado revela que a realização das atividades presentes nas avaliações das AIVD e AAVD é influenciada não apenas pelas condições de saúde, mas também pelo gênero, idade, variáveis socioeconômicas, como também da atribuição de papéis de gênero, idade, variáveis socioeconômicas e grau de instrução.²

As distribuições de frequência relativas às AAVD que os idosos haviam deixado de

desempenhar, ainda desempenhavam e nunca haviam desempenhado sugerem que o envolvimento social dessas pessoas sofre não apenas a influência das condições de saúde e capacidade funcional, como também da atribuição de papéis de gênero e idade e de variáveis socioeconômicas.

As maiores perdas da capacidade funcional foram em idosos não alfabetizados, demonstrando a escolaridade fortemente relacionada com a preservação da capacidade funcional.⁵ Este dado reflete, sobretudo, que a escolaridade pode possibilitar uma compreensão mais adequada dos diagnósticos médicos e orientações quanto aos cuidados com a saúde.

Grande parte dos idosos entrevistados era de aposentados (78% $n=188$) e foi observada maior prevalência de dependência funcional e baixo nível de atividade nesse grupo ($p > 0,05$), conforme também identificado em outras pesquisas.²⁶⁻⁷

Verificou-se que a prevalência de dependência nas ABVD foi de 25% ($n=15$) entre os indivíduos depressivos e de 13,2% ($n=24$) naqueles que não apresentavam depressão. Nas AIVD, esse valor era de 61,7% ($n=37$) nos indivíduos com depressão e de 39% ($n=71$) nos indivíduos sem depressão. Nas AAVD, que medem o quão ativo um indivíduo é, os indivíduos com depressão (26,7%; $n=16$) também se mostraram menos ativos que aqueles sem depressão (19,2%; $n=35$). Em todas as atividades consideradas para avaliação, o nível de dependência e o baixo nível de atividade foi maior naqueles que também apresentavam depressão, mas apenas as atividades básicas e instrumentais apresentaram associação estatisticamente significativa com a depressão.

Tendo em vista esses resultados, pode-se inferir que a depressão influencia na capacidade funcional do idoso. Essa associação pode ser explicada pelo fato de a depressão ser uma condição associada a baixos níveis de atividade e reduzido estado motivacional, levando a déficits de mobilidade, desempenho físico e sedentarismo.²⁸

Com isso, observa-se que, entre a diminuição na capacidade funcional e na depressão, existe, na verdade, uma relação de retroalimentação, onde o surgimento de um sintoma desencadeia o surgimento de outro que, por sua vez, reforça aquele primeiro sintoma, levando a um ciclo de perdas.

Neste estudo, os valores encontrados de perda funcional, em indivíduos depressivos, foram maiores nas atividades instrumentais

61,7% (n=37) do que nas básicas 25% (n=15). Esses dados reforçam os achados de pesquisas anteriores, que evidenciaram que a perda funcional é maior nas atividades instrumentais, visto que as ABVD e AIVD apresentam-se hierarquicamente, de forma que um declínio na capacidade funcional resulta em perda de função, iniciando pelas AIVD e deteriorando-se até o nível básico de ABVD.^{3,9,23,29}

Ao contrário do relatado em um outro estudo,² os achados deste revelam que as atividades avançadas não se relacionaram de forma hierárquica com as ABVD e AIVD. Os valores de indivíduos menos ativos e com depressão 26,7% (n=16) foram menores do que aqueles encontrados em AIVD 61,7% (n=37). As AAVD também não mostraram associação estatisticamente significativa com a presença de depressão.

Nas análises de correlação, verificou-se que todas as variáveis de escore total apresentaram correlação com a variável de escore total de depressão. O escore total de ABVD e AIVD apresentaram correlação positiva, ou seja, conforme aumenta o escore das atividades, aumenta também o escore da escala de depressão. Vale salientar que um escore elevado sugere maior incapacidade e maior grau de depressão, com exceção da escala de AAVD em que a incapacidade é demonstrada quanto mais baixo seu escore e que, por isso, apresentou correlação negativa. Esses achados podem ser justificados pelo fato de a depressão se configurar como um possível precursor de declínio na capacidade funcional, sendo a expressão dos sintomas depressivos graves um fator que acelera esse processo.²⁹

Foi possível observar, neste trabalho, uma correlação negativa fraca, porém, significativa entre a depressão e as atividades realizadas com independência em ABVD e AIVD, como também as atividades que ainda são realizadas nas AAVD, dado este que possibilita a interpretação de que o idoso, que tem sua capacidade funcional preservada, apresenta menores índices de depressão.

Diante disso, destaca-se a importância do trabalho da Enfermagem como agente fundamental, na avaliação da capacidade funcional de idosos, para que sua prática de cuidados possa ser desenvolvida levando em conta os fatores que possivelmente estão associados ao desenvolvimento de incapacidades e limitações que restringem o senso de qualidade de vida na velhice.

CONCLUSÃO

A perda da capacidade funcional, em todas as atividades, foi maior nos indivíduos com depressão, havendo associação entre a presença de depressão e a perda da capacidade funcional. Foi identificada, também, correlação negativa entre a presença de depressão e as atividades básicas e instrumentais realizadas com independência e entre a presença de depressão e as atividades avançadas ainda realizadas pelo idoso. A diminuição da capacidade funcional foi mais evidente no sexo feminino, nos casados, da raça negra, não alfabetizados, com aposentadoria e na faixa etária de 80 anos.

A realização de novos estudos com este perfil poderá fornecer mais dados a respeito das variáveis elencadas nesta pesquisa. O maior aprofundamento das investigações deste estudo poderá revelar informações que subsidiarão a realização de ações que buscam prevenir o início ou o avanço dos sintomas depressivos e limitações funcionais, objetivando a melhoria da assistência à saúde do idoso, a fim de proporcionar a independência e a autonomia dele.

REFERÊNCIAS

1. Silva PCS, Monteiro LA, Graciano ADS, Terra FS, Veiga EV. Assessment of depression in elderly with systemic hypertension. Rev RENE [Internet]. 2014 Jan/Feb [cited 2017 May 30];15(1):151-7. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1570/pdf_1
2. Pinto JM, Neri AL. Chronic diseases, functional ability, social involvement and satisfaction in community-dwelling elderly: the Fibra study. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 Dec [cited 2017 Apr 20];18(12):3449-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200002>
3. Tavares DMS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MM, Marchiori GF. Functional disability and associated factors in urban elderly: a population-based study. Rev bras cineantropom desempenho hum. 2016 Sept/Oct;18(5):499-508. Doi: <http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2016v18n5p499>
4. Graeff B. The relevance of the notion of urban ambiances to the theme of the rights of the elderly: Brazilian perspectives. Rev bras geriatr gerontol. 2014;17(3):611-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13081>

5. Lourenço T, Lenardt M, Kletemberg D, Seima M, Tallmann A, Neu D. Functional capacity in elderly longevity: an integrative review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012 June;33(2):176-85. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200025>
6. Silva JA, Carreiro PS, Santos LT, Júnior Silva RF, Teles MAB, Barbosa HA. Avaliação da capacidade funcional de idosos. *Educ Fis y Deport Rev Digit [Internet].* 2015 Mar [cited 2017 May 21];19(202). Available from: <http://www.efdeportes.com/efd202/avaliacao-da-capacidade-funcional-de-idosos.htm>
7. Nóbrega IRAP, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM. Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review. *Saúde debate.* 2015;39(105):536-50. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>
8. González ACT, Ignácio ZM, Jornada LK, Réus GZ, Abelaira HM, Santos MAB, et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. *Rev bras geriatr gerontol.* 2016 Jan/Feb;19(1):95-103. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>
9. Leibold ML, Holm MB, Raina KD, Reynolds CF, Rogers JC. Activities and adaptation in late-life depression: A qualitative study. *Am J Occup Ther.* 2014 Sept/Oct;68(5):570-7. Doi: [10.5014/ajot.2014.011130](http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.011130)
10. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bagutchi TF. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Rev bras geriatr gerontol.* 2016 May/June;19(3):545-59. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150086>
11. Santos JG, Pereira JR, Teixeira CVL, Corazza DI, Vital TM, Costa JLR. Depressive symptoms and functional impairment of the elderly in a Geriatric Day Central. *J bras psiquiatr.* 2012;61(2):102-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000200008>
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: influence of literacy. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994 Mar;52(1):1-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
13. 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. Doi: PMID: 14044222
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86. PMID: 349366
15. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST, et al. Advanced Activities of Daily Living (AADL) and cognitive performance among older adults. *Psico USF.* 2015;20(1):109-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200110>
16. Yesavage JA, Sheikh JL. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986 Nov [cited 2017 May 01];5(1-2):165-73. Doi: http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_09
17. Vicente FR, Santos SMA. Multidimensional evaluation of determinants of active aging in older adults in a municipality in Santa Catarina. *Texto contexto-enferm.* 2013 Apr/June;22(2):370-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200013>
18. César CC, Mambrini JVM, Ferreira FR, Lima-Costa MF. Functional capacity in the elderly: analyzing questions on mobility and basic and instrumental activities of daily living using Item Response Theory. *Cad Saúde Pública.* 2015 May;31(5):931-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00093214>
19. Figueiredo VF, Pereira LSM, Ferreira PH, Pereira AM, Amorim JSC. Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly. *Fisioter mov.* 2013 July/Sept;26(3):549-57. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000300008>
20. Pereira LC, Figueiredo MD, Beleza CM, Andrade EM, Silva MJ, Pereira AF. Predictors for the functional incapacity of the elderly in primary health care. *Rev bras enferm.* 2017 Jan/Feb;70(1):112-8. Doi: [10.1590/0034-7167-2016-0046](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046)
21. Paula AFM, Ribeiro LHM, Guariento ME. Assessing the functional, cognitive capacity, and depressive symptoms in elderly patients from geriatric service. *Rev Soc Bras Clín Méd [Internet].* 2013 July/Sept [cited 2017 May 20];11(3):212-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n3/a3767.pdf>
22. Pereira GN, Bastos GAN, Del Duca GF, Bós AJG. Socioeconomic and demographic indicators associated with functional disability in the elderly. *Cad saúde pública.* 2012 Nov;28(11):2035-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100001>

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100003>

23. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. *Ciênc saúde coletiva*. 2014 Aug;19(8):3317-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>

24. Drago SMMS, Martins RML. A depressão no idoso. *Millenium* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 01];43(17):79-94. Available from: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8180>

25. Boggio ESB, Santos FC, Souza CM, Silva MF, Rosa PV, Rosa LHT. Analysis of factors affecting the functional capacity of elderly residents in a community in Porto Alegre. *Estud interdiscip envelhec* [Internet]. 2015 [cited 2017 May 28];20(1):189-203. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/164959>

26. Silva PCS, Fernandes ACBC, Terra FS. Assessment of depression and functional capacity in elderly patients with Parkinson's disease. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 July [cited 2017 Apr 20];8(7):1920-7. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4459/pdf_5451

27. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Functional capacity and associated factors in the elderly: a population study. *Acta paul enferm*. 2012;25(6):933-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>

28. Gomes CS, Maciel AC, Freire AF, Moreira MA, Ribeiro MO, Guerra RO. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in northeastern Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 Mar/Apr;58(2):214-8. Doi: 10.1016/j.archger.2013.10.009.

29. Park B, Jun JK, Park J. Cognitive impairment and depression in the early 60s: Which is more problematic in terms of instrumental activities of daily living? *Geriatr Gerontol Int*. 2014 Jan;14(1):62-70. Doi: 10.1111/ggi.12055.

Submissão: 31/05/2017

Aceito: 03/09/2017

Publicado: 01/10/2017

Correspondência

Fábia Alexandra Pottes Alves
Universidade Federal de Pernambuco/UFPE
Av. Prof. Moraes Rego, 1235
Bairro Cidade Universitária
CEP: 50670-901 – Recife (PE), Brasil