

FUNCIONALIDADE DE IDOSOS NÃO PORTADORES DE DEMÊNCIA ATENDIDOS EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Daniele Clini Belintani¹, Denise Ribeiro Stort Bueno², André Fattori³, Maria Elena Guariento⁴

RESUMO

Objetivo: Estudar o perfil funcional e cognitivo de idosos sem diagnóstico de demência, atendidos em um serviço de referência em geriatria, como também investigar fatores associados à preservação da capacidade cognitivo-funcional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal não direcional, no qual foram incluídos 68 idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Os dados foram coletados dos prontuários médicos e através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), da Escala de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) e do Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer. **Resultados:** A amostra final constituiu-se de 64 idosos com idade média de $78,14 \pm 7,86$ anos, com mediana de anos de escolaridade formal de 2,5 anos. O MEEM obteve associação apenas com nível de escolaridade ($p=0,002$). Considerando-se as AAVDs, verificou-se associação com faixa etária ($p=0,003$) e pontuação no MEEM ($p=0,010$). Já a pontuação na escala Pfeffer obteve relação com gênero ($p=0,003$) e pontuação no MEEM ($p=0,000$). **Conclusão:** O estudo evidenciou que mesmo entre idosos que não apresentam quadro de demência, existe comprometimento de funcionalidade associado à gênero, faixa etária e pior desempenho no MEEM.

Palavras-chave: Idoso; Funcionalidade; Cognição; Ambulatório hospitalar.

FUNCTIONALITY OF ELDERLY WITHOUT DEMENTIA ASSISTED IN A REFERENCE SERVICE

ABSTRACT

Purpose: To study the cognitive and functional profile of elderly people without dementia diagnosis assisted in a referral service in geriatrics, as well as to investigate factors associated with preservation of cognitive and functional capacity. **Methods:** This is a non-directional cross-over quantitative study, which included 68 elderly in a Geriatrics Outpatient Clinic of the Clinic Hospital of the State University of Campinas. Data were collected from medical records and through the application of the Mini Mental State Examination (MMSE), the Geriatric Depression Scale (GDS-15), the Scale of Advanced Activities of Daily Life (AADL) and the Questionnaire of Functional Activities of Pfeffer. **Results:** The final sample consisted of 64 elderly patients with an average age of 78.14 ± 7.86 years, with median years of formal schooling of 2.5 years. The MMSE presented association only with level of education ($p = 0.002$). Considering the AADL, it has association with age ($p = 0.003$) and score of the MMSE ($p = 0.010$). Already the Scale of Pfeffer was associated with gender ($p = 0.003$) and MMSE ($p = 0.000$). **Conclusion:** The study showed that even among seniors who do not present a diagnosis of dementia, it's found an impairment of functionality related to gender, age and worse performance on MMSE.

Keywords: Elder; Functionality; Cognition; Outpatient clinics.

¹Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, Brasil. Bolsista PIBIC/CNPq. E-mail: dany.belintani@gmail.com

²Psicóloga. Aluna de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, Brasil. Doutorado.

³Professor Doutor. Pós-Graduação em Gerontologia – Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, Brasil.

⁴Professora Associada. Pós-Graduação em Gerontologia – Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Embora existam evidências de que o avançar da idade se acompanha de maior incidência de quadros demenciais, um contingente expressivo de idosos envelhecem com algum grau de perda cognitiva, mas sem diagnóstico de demência (1). Como o envelhecimento cognitivo se associa, freqüentemente, a uma redução da capacidade funcional, seu estudo e avaliação são de grande relevância para os profissionais que atuam na assistência à população idosa, uma vez que preservar a cognição é um determinante da qualidade de vida na velhice, e que o declínio nessa área é associado à perda de autonomia e aumento dos custos sociais (2).

A capacidade funcional é um marcador de qualidade de vida que se relaciona à execução das atividades cotidianas. Rodrigues, Ferreira e Haase (2008) avaliaram 375 indivíduos, entre 18 a 90 anos, residentes no município de Belo Horizonte (MG), e evidenciaram uma relação significativa entre idade, sexo e o desempenho de habilidades motoras e cognitivas, sendo que essas últimas declinavam com o avançar da idade (3).

As perdas funcionais e cognitivas que acompanham o envelhecimento podem, freqüentemente, associar-se a quadros depressivos. Muitas vezes, essas limitações têm maior repercussão na vida dos idosos do que as próprias doenças crônicas. Em estudo realizado por Hamdan e Correa (2009), avaliou-se uma amostra de 56 idosos com e sem sintomas depressivos, tendo-se verificado que o segundo grupo apresentava desempenho significativamente melhor em testes de função executiva e memória episódica quando comparado ao primeiro (4).

Por outro lado, há que se considerar que o aumento da população idosa acompanha-se de maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, freqüentemente associadas (5). Os programas de atenção à saúde passam a transferir o foco da assistência do objetivo da cura e sobrevivência para a melhora do estado cognitivo-funcional e do bem estar (6). É neste contexto que se deve buscar o diagnóstico precoce dos agravos de saúde e dos fatores de risco que possam acarretar perdas funcionais e cognitivas para os idosos, a fim de prevenir as complicações e proporcionar condições para um envelhecimento com maior autonomia e independência para essa população (7). Também há que se ponderar sobre as evidências de que determinados fatores físicos, biológicos, sociais e psicológicos podem contribuir para a preservação da funcionalidade do idoso, sendo importante reconhecer os mesmos (8).

Considerou-se, pois, relevante reconhecer os fatores associados à preservação da capacidade cognitiva e funcional em um contexto de envelhecimento com multimorbidades.

Dessa forma, buscou-se avaliar a funcionalidade de idosos assistidos em um serviço de referência na área de geriatria, sem evidência clínica de demência, ou seja, com reserva cognitiva razoavelmente preservada, a despeito de condições clínicas adversas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo transversal não direcional, no qual foram incluídos 64 pacientes, com idade superior ou igual a 60 anos, sem diagnóstico de demência, seja por critérios clínicos como radiológicos, assistidos no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, que se constitui em hospital de nível terciário para onde são referidos os idosos da Atenção Básica e de outros ambulatórios da própria instituição. A amostra inicial era composta de 68 idosos, porém foram excluídos os dados de quatro pacientes, em vista da falta de registro adequado dos fármacos e comorbidades.

Tomou-se em consideração que o número médio de idosos atendidos anualmente nesse serviço está em torno de 200, e que 40% desses têm diagnóstico de demência. A partir daí, foram incluídos no estudo os idosos que não apresentavam déficit de comunicação, diagnóstico de demência e alterações psiquiátricas.

As variáveis estudadas foram: gênero, idade, anos de escolaridade formal, desempenho cognitivo, presença de sintomas depressivos, número e tipo de comorbidades e número e tipo de medicações em uso segundo registro em prontuário médico, além de desempenho funcional, que incluiu avaliação da capacidade funcional e de comunicação, cognição, e estado de humor (9).

Avaliou-se o desempenho funcional dos idosos utilizando-se a escala de Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVDs) (10) e o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (11). As AAVDs envolvem atividades cotidianas mais complexas do que as atividades básicas, ou seja, estão relacionadas a um melhor nível de funcionalidade. Para as AAVDs a pontuação máxima é 39 e a mínima é 13. Para o Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer escores iguais ou superiores a cinco estão associados a uma boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de alterações da cognição com declínio funcional, caracterizando-se o idoso como dependente (12).

O desempenho cognitivo foi avaliado por meio da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Para o presente estudo adotou-se o critério sugerido pela Academia Brasileira de Neurologia, tomando-se como notas de corte: 17 para os analfabetos; 22 para

idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os que tinham escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para aqueles com 9 anos ou mais anos de escolaridade (13).

A presença ou não de sintomas depressivos foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica – EDG-15 (14). Considerou-se que pontuação superior a cinco indicava a presença de sintomas depressivos (15).

As comorbidades referidas foram categorizadas a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), que fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças (16). As doenças foram classificadas entre os vinte primeiros capítulos da CID-10.

Em referência ao tipo de medicamento em uso, foi utilizado o código ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Code*), que é adotado pela Organização Mundial de Saúde, sendo que os fármacos foram classificados entre os 15 principais grupos desse código (17). Os fármacos que não entram na categoria de medicamentos pela ANVISA, mas são classificados como suplementos alimentares, foram incluídos na categoria V – Vários, como no caso das vitaminas.

As variáveis: gênero, faixa etária, número e tipo de comorbidades diagnosticadas e número e tipo de medicações em uso foram obtidas da pesquisa ao prontuário médico do paciente na data da aplicação dos questionários acima referidos.

As variáveis categóricas apreciadas neste estudo (gênero, escolaridade, tipo de comorbidades e tipo de medicações em uso) foram submetidas a análises de frequência. As variáveis numéricas (faixa etária, pontuação nas escalas, número de comorbidades e número de medicações em uso) foram submetidas a análises estatísticas descritivas, com valores de média, desvio-padrão e mediana.

Em vista dos objetivos do presente estudo, considerou-se como variável dependente a pontuação na escala de Pfeffer, tendo como variáveis independentes: gênero, faixa etária, nível de escolaridade, número de comorbidades, número de medicações em uso e pontuação no MEEM e no GDS-15. Considerando, ainda, que o domínio da autonomia é parte integrante da funcionalidade global, avaliou-se a associação dos escores do MEEM e do GDS-15 com as variáveis: gênero, faixa etária, nível de escolaridade, número de comorbidades, número de medicações em uso.

Para a avaliação estatística, utilizou-se a análise de regressão linear com critério *stepwise*, que permite verificar a relação entre uma variável dependente e uma ou mais

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

Só foram incluídos no estudo os idosos que aceitaram participar após esclarecimento sobre a pesquisa, leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e assinatura do mesmo. O presente estudo representa um subprojeto do Projeto Temático "*Fatores associados ao desempenho cognitivo em idosos não demenciados*", submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e aprovado em 23/12/2013 (CAAE: 24404813.2.0000.5404).

RESULTADOS

Entre os 64 idosos avaliados, verificou-se o predomínio do sexo feminino com a participação de 49 idosas (76,5%). A mediana de idade foi de 79,5 anos, com média de $78,14 \pm 7,86$ anos. Dos idosos avaliados, 40 (62,5%) não tinham companheiro (viúvos, solteiros, separados) e 24 (37,5%) tinham companheiro (casados e amasiados). A mediana de anos de escolaridade formal foi de 2,5 anos, com média de $3,33 \pm 3,36$ anos (Tabela 1).

Em relação às comorbidades apresentadas, encontrou-se mediana de oito, com média de $7,81 \pm 3,00$. Quanto aos medicamentos de uso regular, verificou-se uma mediana de sete, com média de $6,64 \pm 3,04$. Na escala de AAVDs, obteve-se uma mediana de 26 pontos, com média de $25,69 \pm 3,34$ e na escala Pfeiffer, a mediana foi zero, com média de $1,19 \pm 2,53$ pontos. Os resultados obtidos através da Escala Geriátrica de Depressão mostraram que 20,3% dos idosos apresentavam sintomas depressivos (pontuação maior que cinco), dos quais 6,25% apresentavam pontuação igual ou superior a 11. A mediana encontrada foi de dois, com média de $3,41 \pm 3,21$ pontos. O resultado da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) mostrou uma mediana de 23 pontos, com média de $22,48 \pm 3,92$ pontos (Tabela 1).

Tabela1 – Análise descritiva das variáveis numéricas

Variáveis	Idade (anos)	Escolaridade (anos)	N. Com.	N. Med.	MEEM	GDS	Pfeffer	AAVDs
μ	78,14	3,33	7,81	6,64	22,48	3,41	1,19	25,69
\pm	\pm	\pm	\pm	\pm	\pm	\pm	\pm	\pm
DP	7,86	3,36	3,00	3,04	3,92	3,21	2,53	3,34
MED	79,50	2,50	8,00	7,00	23,00	2,00	0,00	26,00

μ : média; DP: desvio-padrão; MED: mediana; N. Com.: número de comorbidades; N. Med.: número de medicamentos; MEEM: mini-exame do estado mental; GDS: escala geriátrica de depressão; Pfeffer: questionário de atividades funcionais de Pfeffer; AAVDs: atividades avançadas de vida diária

Considerando-se os tipos de comorbidades, as três categorias de enfermidades mais comuns encontradas foram “Doenças do Aparelho Circulatório (capítulo IX)”, “Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (capítulo XVIII)” e “Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (capítulo IV)”, respectivamente. Entre os pacientes avaliados, 54 (84,4%) apresentavam uma ou mais doenças do capítulo IX; 44 (68,7%) apresentavam uma ou mais doenças do capítulo XVIII; e 41 (64%) apresentavam uma ou mais doenças do capítulo IV (tabela 1). Em relação à presença de “Doenças do Aparelho Circulatório”, a mediana encontrada foi de dois, com média $2,2 \pm 1,7$; no caso da presença de “Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo”, a mediana encontrada foi de um, com média de $1,1 \pm 1$; já em relação à categoria “Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, a mediana foi um, e a média $1,1 \pm 0,9$.

Os dados coletados dos prontuários mostraram que 87,5% (56) dos pacientes utilizavam um ou mais medicamentos do grupo C – sistema cardiovascular; 75% (48) utilizam um ou mais medicamentos do grupo A – aparelho digestivo e metabolismo, e 53,1% (34) um ou mais medicamentos do grupo B – sangue e órgãos hematopoiéticos. Em relação ao uso de fármacos do grupo C, a mediana encontrada foi de dois, com média de $2,4 \pm 1,4$; para os fármacos do grupo A, a mediana encontrada foi de um, com média $1,2 \pm 1$; em relação ao uso de medicamentos do grupo B, a mediada encontrada foi de um, com média de $0,6 \pm 0,6$.

A análise de regressão linear, tendo como variável dependente a pontuação na escala de Pfeffer, evidenciou associação apenas com gênero ($p=0,003$) e pontuação no MEEM ($p=0,000$), evidenciando que as mulheres idosas e os idosos que tinham pontuação mais alta

no MEEM apresentavam melhor desempenho funcional. Considerando-se a pontuação obtida nas AAVDs, verificou-se associação com faixa etária ($p=0,003$) e pontuação no MEEM ($p=0,010$), constatando-se melhor desempenho nos idosos com menor idade e pontuação mais alta no MEEM. Para a pontuação no MEEM, obteve-se associação apenas com nível de escolaridade ($p=0,002$), ou seja, os idosos mais escolarizados tiveram pontuação mais alta nesse teste. Quanto ao GDS-15, não se encontrou associação com nenhuma das variáveis estudadas (Tabela 2).

Tabela 2 – Variáveis associadas à perda de funcionalidade

Variável Dependente	Associações com $p<0,005$	
Pfeffer	Gênero	MEEM
	$p=0,003$	$p=0,000$
AAVDs	Faixa Etária	MEEM
	$p=0,003$	$p=0,010$
MEEM	Nível de Escolaridade	
	$p=0,002$	

Pfeffer: Pontuação obtida no questionário de atividades funcionais de Pfeffer; AAVDs: Pontuação obtida na escala de atividades avançadas de vida diária; MEEM: Pontuação obtida no mini-exame do estado mental.

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que o gênero feminino esteve positivamente associado à funcionalidade, embora na literatura se registre o contrário (8). Um aspecto a ser considerado na melhor resposta das mulheres idosas em relação à funcionalidade, a despeito do elevado número de comorbidades e maior chance de complicações decorrentes dessas, refere-se à possível maior capacidade de resiliência daquelas que estavam incluídas nessa amostra. É razoável supor que as mesmas tivessem maiores índices de resiliência, fato que indicaria a atuação de recursos emocionais e cognitivos como mecanismo de enfrentamento e ajustamento aos eventos desfavoráveis, que comprometem as competências nos mais velhos (18), e que pode ser associado a melhor desempenho funcional.

Também é preciso destacar que os idosos que compuseram essa amostra não apresentavam sinais clínicos ou radiológicos de demência, segundo a avaliação feita

rotineiramente no serviço em que eram acompanhados. A literatura mostra que os quadros demenciais se associam com maior ocorrência de eventos adversos como quedas (19), asilamento (20), hospitalização (21), entre outros. Dessa forma, esses idosos, tanto homens como mulheres, tinham melhor condição para manterem-se funcionais (22).

O melhor desempenho cognitivo, mensurado pelo MEEM, associou-se ao melhor desempenho funcional medido pelas duas escalas empregadas no estudo. Isso pode estar associado não apenas ao fato de que a cognição integra um dos domínios da funcionalidade (9), como também porque a mesma contribui para preservar as outras esferas da funcionalidade (23).

Além disso, também se verificou que idade mais baixa mostrou associação com melhor resposta nas AAVDs, corroborando os achados de que o avançar da idade se relaciona à perda cognitivo-funcional (22).

A associação entre menor pontuação no MEEM e baixo nível de escolaridade formal também está bem documentada na literatura, sendo registrada até mesmo para os idosos sem evidência clínica de síndrome demencial, como no presente estudo. Diniz et al. (2007) observaram em 176 idosos de Belo Horizonte (MG) que a maior escolaridade associou-se positivamente com melhor desempenho no MEEM (24).

Na presente investigação, não foi observada associação entre presença de sintomas depressivos e déficit de funcionalidade. Além de considerar a diversidade de instrumentos utilizados nos vários estudos, é necessário destacar que na literatura se registra esse tipo de associação (19). Entretanto, em pesquisa realizada por Paulo e Yassuda (2010) com 67 idosos da comunidade, buscando associar os sintomas depressivos com perda de funcionalidade na esfera da cognição, não conseguiu evidenciar que as queixas de memória estivessem associadas com a presença desse tipo de sintomas (25).

CONCLUSÕES

A despeito das limitações desse que é um estudo clínico transversal com uma amostra de idosos com características clínicas marcadas pelo tipo de serviço em que os mesmos são atendidos, nesta investigação se verificou que, mesmo entre os idosos que não apresentam quadro de demência, existe comprometimento de funcionalidade associado a gênero, faixa etária e pior desempenho no MEEM. Por sua vez, as pontuações mais baixas nessa escala se associam aos níveis mais baixos de escolaridade, o que a relaciona indiretamente com funcionalidade.

Entre as variáveis estudadas, a escolaridade se constituiu na única passível de modificação, entre as que mostraram associação com perda de funcionalidade. Esse achado confirma a relevância do investimento na escolarização, também pelo aspecto da preservação da funcionalidade e da qualidade de vida em idades mais avançadas.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

A autora principal recebeu financiamento do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do CNPq e UNICAMP no período de agosto de 2013 a julho de 2014.

REFERÊNCIAS

1. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde bem-estar e envelhecimento – O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2003.
2. Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicol Est Maringá*. 2009; 14(1): 3-10.
3. Rodrigues JL, Ferreira FO. Perfil do desempenho motor e cognitivo na idade adulta e velhice. *Rev Interinst Psicol*. 2008; 1(1): 20-33.
4. Hamdan AC, Corrêa PH. Memória episódica e funções executivas em idosos com sintomas depressivos. *Psico*. 2009; 40(1): 73-80.
5. Lessa I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 931-43.
6. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1): 7-19.
7. Schneider RH, Marcolin D, Dalacorte RR. Avaliação funcional de idosos. *Scientia Medica*. 2008; 18(1): 4-9.
8. 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.
9. Moraes EN. Saúde do idoso. In: Moraes EM. *Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. p. 9-22.

10. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, *et al.* Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(4):778-92.
11. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr., Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982; 37(3): 323-9.
12. Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24(4): 520-6.
13. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci, PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(3B): 777-81.
14. Yesavage, JA, Brink TL, Rose TT, Lun O, Huang V, Adey M, *et al.* Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983; 17(1): 37-49.
15. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999; 57(2B): 421-6.
16. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – CBCD. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> (Acessado em: 17/01/2014).
17. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment, 2013. Oslo, 2012. Disponível em: http://www.whocc.no/filearchive/publications/1_2013guidelines.pdf (Acessado em: 17/01/2014).
18. Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. 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? *Gerontologist.* 2010; 50(1): 36-47.
19. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009; 12(3): 391-404.
20. Gorzoni ML, Pires SL. Clinical aspects of the senile dementia in long-term care facilities. *Rev Psiquiatr Clí.* 2006; 33(1): 18-23.
21. Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto AB, Giacomini KC. Fatores que predispõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009; 12(3): 475-87.
22. Maciel ACC, Guerra RO. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. *Rev Assoc Med Bras.* 2008; 54(4): 347-52.

23. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. Rev Bras Fisioter. 2007,11(4): 267-73.
24. Diniz BSO, Volpe FM, Tavares AR. Nível educacional e idade no desempenho no Mini Exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. Rev Psiq Clín. 2007; 34(1): 13-7.
25. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Rev Psiq Clín. 2010; 37(1): 23-6.