



## Avaliação cognitiva dos acadêmicos matriculados na universidade da melhor idade

Cognitive Evaluation of Intermediate Academics At the Universidade da Melhor Idade

Jaqueline de Sá Cabral Melo<sup>1</sup>, Serginaldo José dos Santos<sup>2</sup>, Lizandra Alvares Felix Barros<sup>3</sup>

<http://www.seer.ufms.br/index.php/pecibes/index>

<sup>1</sup>Universidade Católica Dom Bosco, UCDB

\*Autor correspondente:

Jaqueline de Sá Cabral Melo.

E-mail do autor:

jaquelinesa\_@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde.

Cognição. Idosos. Qualidade

de Vida. Senescência.

Envelhecer.

*Key-words: Health. Cognition.*

*Elderly. Quality of life.*

*Senescence. Age.*

### Resumo

Conforme dados referentes a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (IBGE, 2018), o número de pessoas idosas no Brasil aumenta significativamente ao longo dos anos e, embora isso signifique uma melhora nos indicadores de saúde, envelhecer saudável tornou-se uma das preocupações para as políticas públicas, sobretudo sobre as funções cognitivas. Os objetivos deste estudo foram: reavaliar as funções cognitivas de 10 acadêmicos da Universidade da Melhor Idade (UMI)/Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); analisar e comparar os resultados obtidos com seu ingresso em 2018. A coleta de dados para esta pesquisa aconteceu no primeiro semestre de 2019 e o estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (CAAE 42639215.7.0000.5162). A avaliação das habilidades cognitivas aconteceu por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e da versão brasileira do Exame Cognitivo Addenbrooke - Revisado (ACE-R), além da verificação dos níveis de depressão pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A versão do ACE-R, tal como os demais instrumentos utilizados na pesquisa, demonstrou sua eficiência na avaliação neuropsicológica, além de analisar a eficácia nos vários domínios cognitivos. Possibilitando assim, a construção de um projeto terapêutico singular em acordo com as disfunções encontradas. Os resultados demonstraram a importância da detecção precoce de disfunções cognitivas para que torne-se possível elaborar propostas de intervenção e de prevenção para a população.

### Abstract

According to data referring to the Population Projection, released in 2018 by the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE (IBGE, 2018), the number of elderly people in Brazil increases significantly over the years and, although this means an improvement in health indicators, healthy aging has become one of the concerns for public policies, especially regarding cognitive functions. The objectives of this study were: to reassess the cognitive functions of 10 academics from the University of the Best Age (UMI) / Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); analyze and compare the results obtained with its entry in 2018. The data collection for this research took place in the first semester of 2019 and the study was approved by the Ethics and Research Committee of the Universidade Católica Dom Bosco (CAAE 42639215.7.0000.5162). The assessment of cognitive skills took place through the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Brazilian version of the Addenbrooke Cognitive Examination - Revised (ACE-R), in addition to checking the levels of depression using the Geriatric Depression Scale (GDS). The ACE-R version, like the other instruments used in the research, demonstrated its efficiency in neuropsychological assessment, in addition to analyzing the effectiveness in the various cognitive domains. Thus enabling the construction of a unique therapeutic project in accordance with the dysfunctions found. The results demonstrated the importance of the early detection of cognitive impairments so that it becomes possible to develop proposals for intervention and prevention for the population.

## 1. Introdução

Conforme dados referentes a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (IBGE, 2018), o número de pessoas idosas no Brasil aumenta significativamente ao longo dos anos. Atualmente, o Brasil conta com mais de 28 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos, idade na qual o indivíduo passa a ser considerado idoso em território brasileiro. Este número representa 13% da população do país e estima-se que esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas.

Embora o aumento da expectativa média de vida mostra-se acentuada no Brasil e este fato deva ser reconhecido como uma conquista social, este dado nos leva a voltar a atenção para a necessidade de acompanhamento da manutenção da saúde e qualidade de vida da população, sobretudo dos idosos (DE FREITAS, 2017).

À medida que as tendências demográficas aceleram, há um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e estas são responsáveis por um problema de saúde global, capaz de acarretar em mortes prematuras, incapacidades e principalmente na perda da qualidade de vida. Ademais, impactam negativamente a economia e dificultam o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da agenda 2030, o que implica na urgência de medidas de prevenção (MALTA, 2019).

Apesar de popularmente o processo de envelhecimento ser baseado no tempo, essa expressão em ritmos biológicos não implica o estabelecimento de padrões ou taxas de envelhecimento claramente identificáveis em todas as espécies e indivíduos. Portanto, um número crescente de pesquisadores têm dado preferência ao uso do termo senescência, o qual pode ser definido como um conjunto de mudanças relacionadas à idade que podem afetar adversamente a vitalidade e a função dos organismos, mas, mais importante, mudanças que farão com que a mortalidade aumente com o tempo. Enquanto a senilidade é usada como termo para se referir ao momento em que o risco de morte se aproxima de 100% (Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2016).

O declínio gradual nas funções cognitivas é considerado muito significativo dentro do que se considera um envelhecimento normal. Dentro deste contexto, acredita-se que é de progressão extremamente variável, dependendo de fatores biopsicossociais individuais, sendo eles educacionais, de saúde e de personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades mentais específicas de cada ser humano (Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2016).

Embora o Sistema Nervoso Central (SNC), tenha evoluído filogeneticamente há milhões de anos, apenas recentemente o cérebro humano adquiriu, de maneira singular, propriedades anatômicas e moleculares únicas e altamente especializadas, que são os pré-requisitos para a obtenção da cognição. A cognição, por sua vez, é um termo usado para descrever as funções mentais de um indivíduo, incluindo percepção, lembrança, tomada de decisões, planejamento, classificação e a capacidade de responder

adequadamente a solicitações e estímulos externos. Infelizmente, pode ser considerada transitória no cérebro de cada indivíduo, uma vez que a sua perda é a base para o desequilíbrio da senescência, conhecida como processo de envelhecimento. (Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2016).

A maneira como os desempenhos psíquicos alteram-se no decorrer dos anos, nos permite entender que o idoso não se trata de um ser limitado cognitivamente, mas sim um ser que requer adaptação de estímulos para exercer sua funcionalidade de maneira independente, com direito ao bem estar físico, mental e social.

Neste contexto implica entender que o envelhecimento global e o aumento da longevidade demandam um incremento na urgência de intervenções específicas, que levam a refletir as especificidades, como o do acompanhamento da deterioração dos estados cognitivos pelo processo da avaliação psicológica e seus respectivos instrumentos. E que portanto, não basta apenas adicionar mais anos de vida a um indivíduo, é necessário acrescentar mais qualidade de vida nos anos restantes, o que nos remete na importância de manutenção de estímulos para tal.

Vale ressaltar a complexidade existente em avaliar o cognitivo de um indivíduo, em especial os idosos, uma vez que é necessário diferenciar os comprometimentos cognitivos que fazem parte do processo considerado normal de envelhecimento, dos comprometimentos que podem ser indicativos de manifestações iniciais de possível adoecimento.

Para tornar o envelhecimento bem-sucedido, também é necessário avaliar e prever os fatores de risco de declínio cognitivo. Bem como o viés de diagnóstico precoce que pode levar ao envelhecimento cognitivo patológico, podendo eles serem relacionados a fatores como a alimentação, prática de exercícios físicos, vícios, interferências de patologias associadas, entre outros.

Tendo em mente esta realidade e a necessidade de estimular a qualidade de vida na terceira idade, o Programa Universidade da Melhor Idade (UMI) atua por meio de atividades desenvolvidas na Universidade Católica Dom Bom (UCDB) com o intuito de integrar o idoso de maneira saudável na sociedade. Teve seu início em 1998 com a participação de 30 acadêmicos, hoje conta com mais de 200 acadêmicos matriculados.

O programa conta com diversos profissionais qualificados em suas diferentes áreas, tais como psicologia, fisioterapia, letras, pedagogia, nutrição, educação física, entre outras. É por meio de atividades direcionadas a esse grupo, que seus acadêmicos adquirem a possibilidade de melhorar sua qualidade de vida, tanto no âmbito físico, quanto intelectual e também a níveis sociais. As aulas se dividem em módulos que buscam atender as necessidades de aprendizado e participação de cada grupo.

Na UMI, os acadêmicos são divididos de acordo com o tempo em que participam das atividades prestadas, sendo os iniciantes aqueles que participam há menos de um ano, os intermediários aqueles que já estão há mais de um ano e os avançados (ou permanentes) aqueles com três anos ou mais. Para este estudo, foram utilizados os acadêmicos de

nível intermediário.

A avaliação cognitiva dos acadêmicos da UMI se faz importante, uma vez que envelhecer com saúde significa não somente ausência de doenças, mas autonomia e independência adquiridas por meio do estímulo às funções cognitivas em diversidade de atividades, individuais ou em grupo, de forma contínua para contribuir positivamente na qualidade de vida do ser humano.

Ademais, a relevância desta pesquisa justifica-se pela importância de dados e propostas de intervenção que possam vir a contribuir para com o desenvolvimento de ações que buscam estimular e cooperar com o avanço no âmbito da saúde na terceira idade, de maneira física, mental e social. Esta pesquisa faz parte do projeto "Compreendendo a influência do modo de vida no processo de envelhecimento pela pesquisa-ação interdisciplinar (Triênio 2018/2021): ENVELHESCÊNCIA".

Os objetivos desta pesquisa são: avaliar as funções cognitivas de participantes da UMI; e comparar os aspectos sociodemográficos e de saúde ligados a elas.

## 2. Material e Métodos

A pesquisa, de investigação transversal, foi realizada na cidade de Campo Grande/MS, na Clínica-Escola da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), no primeiro semestre de 2019, tendo como público alvo os acadêmicos da Universidade da Melhor Idade (UMI) que já haviam participado da pesquisa no ano anterior.

A princípio, fora necessário identificar quais os acadêmicos da UMI que participaram de instrumento similar de pesquisa no início de 2018, pois desta vez a intenção era realizar a reavaliação cognitiva. Tendo acesso aos dados anteriores dos acadêmicos (total de 48 avaliados), foi possível contatá-los por meio de ligações e/ou pessoalmente durante o período de suas aulas e realizar o convite para que participassem voluntariamente desta pesquisa. Vale ressaltar que muitos dos acadêmicos que participaram da avaliação em 2018, não eram mais acadêmicos da UMI no início do semestre de 2019 e que, por se tratar de um convite para voluntários, nem todos os acadêmicos quiseram ser reavaliados novamente. Mesmos os que não faziam mais parte do programa foram convidados, para esta segunda etapa, mas que não foi possível entrar em contato com alguns dos listados, por dificuldades no contato em sua ficha de inscrição inicial.

Essa pesquisa é parte do projeto "Compreendendo a influência do modo de vida no processo de envelhecimento pela pesquisa-ação interdisciplinar (Triênio 2018/2021): Envelhescência".

### 2.1. Participantes

Foram avaliados 10 participantes, entre a faixa etária de 57 e 76 anos, que frequentavam UMI/UCDB), todos participantes instrumento similar de pesquisa no início de 2018. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter idade mínima de 50 anos e sem idade máxima definida; ter aceito participar de todas as etapas de avaliação ou parte delas;

assinar Termo de Consentimento para uso de seus dados pessoais e clínicos. Não foram incluídos idosos com disfunção neuromotora e indígenas.

### 2.2. Direitos Humanos

Após autorização da coordenadora geral da UMI e aprovação do Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (CAAE 42639215.7.0000.5162), foi realizado coleta de dados por meio de ficha de avaliação contendo dados sociodemográficos, dados de saúde, percepção de bem-estar físico e hábitos de vida diária. Além desta, foram utilizadas duas escalas que qualificaram seu funcionamento cognitivo e a avaliação de humor depressivo.

### 2.3. Instrumentos

Para a avaliação cognitiva dos idosos, foi aplicado Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R), desenvolvido por Mioshi et al. (2006) e sua versão brasileira desenvolvida por Carvalho e Caramelli (2007). Trata-se de uma bateria breve de avaliação cognitiva, que demanda no máximo 20 minutos para sua administração, e que permite suscitar informações sobre o processo cognitivo global e de funções específicas (orientação e atenção, memória, fluência, linguagem e habilidade visuo-espaciais), com alta sensibilidade para a verificação de estágios iniciais de demência e da distinção entre a Doença de Alzheimer (DA) e a Demência Frontotemporal (DFT). Atualmente também é utilizada para diferentes investigações e utilizada como parte da avaliação neuropsicológica. (CARVALHO; CARAMELLI, 2013).

É composto internamente pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), principal instrumento de avaliação mundial distúrbios cognitivos (BRUCKI et al, 2003) e composto por 30 pontos, onde o ACE-R é expandido para pontuação total de 100 pontos, divididos nas diversas funções como orientação e atenção (18 pontos), memória (26 pontos), fluência verbal (14 pontos), linguagem (26 pontos) e habilidade visual-espacial (16 pontos). Para sua aplicação são utilizados apenas papel e lápis preto nº 2 e os dados obtidos serão comparados com parâmetros de correção descritos em Carvalho & Caramelli (2007), tanto para uso das análises estatísticas, assim como para as devolutivas individuais, onde a nota de corte inferior a 78 pontos será o indicativo de algum prejuízo cognitivo, enquanto que pontuação de corte no MEEM seria de 25/26 de acordo com os anos estudados.

Também foi aplicado a Geriatric Depression Scale (GDS) desenvolvido por Yesavage et al (1983), o instrumento mais utilizado mundialmente para a verificação da depressão em idosos. A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original, onde a partir de itens respondidos apenas com "sim" ou "não" se correlaciona com um possível diagnóstico de depressão, demonstrando boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas quando comparado a instrumentos mais específicos

aplicados em Psiquiatria e Psicologia, podendo ser aplicado para o rastreamento dos transtornos do humor em ambulatorios gerais e outros ambientes não especializados, por outros profissionais de saúde pública (BATISTONI, NERI & CUPERTINO, 2007). Paradel, Lourenço & Veras (2005) sugeriram notas de corte na GDS-15, para o Brasil, em 5/6 no possível diagnóstico de um transtorno depressivo. Mas nesta pesquisa utilizaremos a nota 8, que literalmente é confirmadora de um provável estado depressivo, visto que não teríamos a confirmação clínica, além dos relatos fornecidos pelos participantes.

## 2.4. Procedimentos

Para realização da pesquisa, seguimos as seguintes etapas: 1) Entrevista sociodemográfica com todos os voluntários que aceitaram participar da pesquisa; 2) Aplicação do ACE-R e do GDS-15; 3) Correção e tabulação dos dados obtidos; 5) Devolutiva aos participantes que tiveram interesse e disponibilidade em obtê-los; e; 6) Encaminhamento e orientações diante aos resultados.

Os resultados serão apresentados de maneira descritiva, em gráficos e tabelas, em forma de média e mediana, e a correlação das variáveis serão realizadas por meio das notas de corte apresentadas nos dois momentos (2018 e 2019).

Após a coleta de dados realizada foi realizada análise estatística para correlacionar e Exato de Fisher e qui quadrado sendo que este estudo foi adotado nível de significância de 5%.

## 3. Resultados

Foram avaliados 10 participantes de um total anterior de 48 participantes do grupo ingressante da UMI (20,8% da amostra inicial), todos eles do sexo feminino. As características sociodemográficas estão apresentadas na tabela 1, onde é possível também ter acesso aos dados cognitivos e emocionais coletados, tais como resultados do ACER-R, MEEM e GDS-15, bem como alguns dos principais dados biopsicossociais relacionados a temática da pesquisa.

**Tabela 1.** Dados Sociodemográficos, condições de saúde e pontuações obtidas no MEEM, GDS e ACE-R. Campo Grande, 2019.

Variáveis	Frequência % (n) da pontuação ACE-R	
	<78 (n=4) 40%	≥78 (n=6) 60%
<b>MEEM</b>		
<25	20% (n=2)	0% (n=0)
≥25	20% (n=2)	60% (n=6)
<b>GDS</b>		
<8	40% (n=4)	50% (n=5)
≥8	0% (n=0)	10% (n=1)
<b>Idade</b>		
55 – 65 anos	20% (n=2)	40% (n=4)

66 – 76 anos	20% (n=2)	20% (n=2)
<b>Escolaridade</b>		
Ens.Fund.Comp.	0% (n=0)	10% (n=1)
Ens.Fund.Incom.	20% (n=2)	20% (n=2)
Ens.Med.Comp.	10% (n=1)	0% (n=0)
Ens.Med.Incom.	10% (n=1)	20% (n=2)
Ens.Super.Comp	0% (n=0)	10% (n=1)
<b>Sexo</b>		
Masculino	0% (n=0)	0% (n=0)
Feminino	40% (n=4)	60% (n=6)
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	0% (n=0)	0% (n=0)
Divorciado	20% (n=2)	10% (n=1)
Casado	0% (n=0)	30% (n=3)
Viúvo	20% (n=2)	20% (n=2)
<b>Atividade Física</b>		
Prática regular	30% (n=3)	50% (n=5)
Não pratica	10% (n=1)	10% (n=1)
<b>Doenças Presentes</b>		
<b>Hipertensão</b>		
Possui	40% (n=4)	40% (n=4)
Não possui	0% (n=0)	20% (n=2)
<b>Diabetes</b>		
Possui	0% (n=0)	10% (n=1)
Não possui	40% (n=4)	50% (n=5)
<b>Depressão</b>		
Possui	20% (n=2)	10% (n=1)
Não possui	20% (n=2)	50% (n=5)
<b>Ansiedade</b>		
Possui	20% (n=2)	30% (n=3)
Não possui	20% (n=2)	30% (n=3)

A média de idade encontrada entre os participantes foi de 66,6±7,07 anos (média e desvio padrão), e as idades das participantes variaram entre 57 e 76 anos de idade. Referente a escolaridade, o grupo dividiu-se em 50% com ensino fundamental (completo ou incompleto), 40% com ensino médio (completo ou incompleto) e apenas uma participante com ensino superior (10%).

Quanto ao estado civil, 40% das participantes se declarou viúva, seguido proporcionalmente de casadas (30%) e divorciadas/separadas (30%).

Quanto a prática regular de atividades físicas, 80% das participantes declararam frequência igual ou superior a três dias semanais.

Pelo rastreio de valores preditores de disfunções no MEEM, apenas duas participantes (20%) apresentaram notas inferiores a nota de corte de 25 pontos (mínimo de 4 anos de escolaridade) (BRUCKI et al, 2003), ampliado para quatro participantes (40%) com a nota de corte inferior a 78 (também com um mínimo de 4 anos de escolaridade) (CARVALHO & CARAMELLI, 2013).

No que se referem às patologias, oito (80%) das

participantes relataram possuir hipertensão, cinco (50%) relataram ansiedade, três (30%) depressão e apenas uma (10%) relatou possuir diabetes. Nota-se que todas as participantes com ACE-R inferior a 78 relataram possuir hipertensão, totalizando quatro (40%) participantes, onde duas (20%) delas possuem ansiedade, duas (20%) também possuem depressão, no entanto, nenhum registro de diabetes. Quanto as participantes com ACE-R superior a 78, quatro (40%) delas possuem hipertensão, uma (10%) diabetes, uma (10%) depressão e três (30%) delas possuem ansiedade. Mas pelo limitação da amostra não é possível correlacionar a presença de doenças com a diminuição dos níveis cognitivos das participantes.

Na tabela 2 são demonstrados os valores obtidos individualmente pelas participantes na comparação dos dados obtidos no MEEM, ACE-R e GDS-15, nos anos de 2018 e 2019.

**Tabela 2. Dados no MEEM, ACER e GDS-15 2018/2019. Campo Grande, 2019.**

TESTES	MEEM		ACER-R		GDS-15	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<b>Participantes</b>						
1	27	28	83	87	8	9
2	26	28	83	88	5	3
3	26	27	85	86	1	3
4	26	23	83	70	7	6
5	22	21	66	64	6	4
6	28	27	83	75	2	3
7	25	26	81	76	0	5
8	25	29	81	80	1	5
9	30	27	89	89	3	0
10	28	29	83	91	4	7
<b>Média/Grupo</b>	26,3	26,5	81,7	80,6	3,7	4,5

Na comparação dos participantes e de seus resultados no comparativo dos anos de 2018 e 2019, é possível verificar a ampliação do número de participantes com uma possível disfunção cognitivo no MEEM (1/2) e no ACE-R (1/4). Mas, observado declínio no MEEM em quatro das participantes no intervalo de um ano (participantes 4, 5, 6 e 9), entretanto, com média ligeiramente acima (26,3 para 26,5), subindo 0,2 a média geral de 2019 em comparação com a de 2018.

No que se diz respeito ao ACE-R, cinco participantes demonstraram declínio no mesmo intervalo de um ano (4, 5, 6, 7 e 8), mas somente quatro delas tiveram resultado abaixo da nota de corte de 78, fazendo com que a média geral do grupo caísse 1,1 no teste.

#### 4. Discussão

Com relação as pontuações internas no ACE-R, a função Atenção/Orientação com pontuação de corte 17, foi a que apresentou melhora em entre 2018-2019, passando a

pontuação do grupo de 15,3±2,16 (média e DP) em 2018 para 16,4±2,17 (média e DP) em 2019. Apesar da média estar abaixo da pontuação de corte, houve decréscimo de participantes abaixo dela entre 2018 (n=7) e 2019 (n=3).

No GDS, os níveis de depressão tiveram um aumento de 0,8 a média do grupo, o que se traduz como declínio, uma vez que quanto maior o resultado do GDS, maior a suspeita de depressão. Entretanto, apenas a participante 1 está em um nível classificado como provável depressão. Tendo isso em mente, foi possível correlacionar os resultados com os fatores biopsicossociais das participantes, na tentativa de traduzir estes resultados de acordo com estudos referentes ao assunto.

As regiões mais sensíveis às alterações do envelhecimento localizam-se no lobo frontal e, possivelmente, no lobo temporal medial. As alterações dos órgãos dos sentidos (visão, audição, tato) dificultam o acesso às informações e o aprendizado. A velocidade na qual a informação é processada representa a alteração mais evidente do idoso e a lentidão cognitiva influencia todas as outras funções e pode ser responsável pelo déficit cognitivo em idosos (MORAES, MORAES & LIMA, 2010).

A lentidão no processamento de informações é observada em idosos em sua dificuldade em compreender textos, necessidade de explicações mais ricas e extensas e de mais tempo para executar cálculos. Portanto, é inevitável que os resultados acerca do ACE-R se correlacionem, uma vez que estão interligados os processos de cognição.

A média de idade das participantes com resultados do ACE-R inferior a 78 pontos foi de 71,25 anos de idade (menor idade 64 anos e a maior idade 76 anos). Os dados revelam e nos fazem refletir sobre o fato de quanto mais velho for o indivíduo, mais propenso a ter disfunções cognitivas ele está. Isso se dá pelo processo normal da senescência e sob as influências dos aspectos biopsicossociais do indivíduo, como já discutido anteriormente.

Os resultados obtidos por meio da avaliação demonstram que “visual-espacial” foi o tópico com maior predomínio de notas abaixo do esperado, no total foram quatro (40%) participantes com a nota de corte inferior a 13. A habilidade visual-espacial é avaliada pela cópia dos retângulos sobrepostos (MEEM), da realização do cubo, do desenho do relógio, no cálculo dos pontos e na identificação das letras. Ela se associou, em sua maioria, com a “memória” e “atenção e orientação”.

Um estudo sobre a associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos (LUIZ et al, 2009) associou a dificuldade de realização das atividades cotidianas com o déficit visual em idosos. O estudo afirma que a restrição da participação social e limitação nas atividades que os idosos desejam ou precisam realizar levam à diminuição da qualidade de vida, o que relaciona a presença de problemas oftalmológicos em idosos às altas taxas de depressão, por exemplo. Por isso a importância de ficar atento às habilidades visuais-espaciais do indivíduo, para tentar identificar quaisquer que sejam os sinais iniciais de alguma alteração visual-espacial.

Com relação a presença de alguma patologia crônica, todas as participantes alegaram ter ao menos uma patologia. Como observado na tabela 1, 80% das participantes declararam possuir Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Entre as

doenças crônicas mais comuns entre a população idosa, destaca-se a HAS, cuja prevalência aumenta de maneira progressiva com a idade e pode estar também relacionada ao risco de quedas em idosos (GRAAFMANS, 1996).

Assim como poderia se associar aos quadros isquêmicos no cérebro. Uma das hipóteses que relacionam a HAS com o declínio intelectual na população idosa, é a que certo nível de pressão arterial sistólica pode ser necessário para a manutenção da função cognitiva, entre os muito idosos, segundo observações de Guo et al (1997).

Entre os dois momentos da pesquisa e após o contato para a avaliação, destaca-se a falta de interesse dos participantes do sexo masculino. Não apenas na realização da pesquisa, como também no número de participantes da UMI, o sexo feminino é predominante.

Um estudo à cerca do sexo masculino, intitulado “Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? (...)” ressalta fatores culturais, como a baixa escolaridade maior nos homens, ampliaria esta dificuldade em procurar o serviço de saúde (em geral), em uma perspectiva de prevenção. O que poderia associar o cuidado com ele próprio erroneamente à fraqueza, medo e insegurança (GOMES, NASCIMENTO & ARAÚJO, 2007).

Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da exposição do seu corpo perante o profissional de saúde, o que implica diretamente a “masculinidade socialmente instituída”. As informações presentes no estudo sobre a falta da participação do sexo masculino no que se diz respeito a prevenção em saúde, apenas reforçam os dados coletados nesta pesquisa, o que dificulta a elaboração de propostas de prevenção de disfunções cognitivas no sexo masculino, tornando-se mais um desafio para as políticas públicas. (GOMES et al., 2007)

Conforme mostra a tabela 2, por mais que a UMI busque proporcionar uma melhor qualidade de vida, alguns participantes tiveram declínio em alguns de seus resultados do ano de 2018 para 2019. Isso se dá, possivelmente, tanto por motivos fisiológicos (como já citado anteriormente), uma vez que quanto mais avançada se torne a idade, maiores as chances de ocorrer o declínio, quanto também por fatores biopsicossociais. Mesmo assim, alguns dos participante (n=4) apresentaram aumento nos níveis de pontuação, demonstrando que as ações desenvolvidas pela UMI beneficiariam seus participantes.

Quando reavaliadas, torna-se possível observar os novos resultados e analisar os fatores que podem estar associados com o possível declínio ou progresso intelectual de cada indivíduo. Entre os fatores biopsicossociais que podem interferir na mudança de humor, de hábitos de um indivíduo e, conseqüentemente, prejudicar a qualidade de vida física, mental e social, destaca-se o estado civil.

A situação de viuvez, por exemplo, para alguns idosos, pode vir a se tornar sinônimo de autonomia e liberdade ou então de tristeza e solidão, cabe a como cada um irá encarar a situação. Assim como a separação do cônjuge, pode constituir uma tragédia ou uma libertação, se as idosas, quando jovens e na vida adulta, não tiveram liberdade de ação em função das relações de gênero culturalmente prevaletentes (CAMARANO, 2003).

Na presente avaliação, foi possível observar declínio

dos resultados quando comparados os dados de 2018 e 2019 no caso de participantes que passaram de casadas para separadas/viúvas. O que indica que o estado conjugal pode interferir de uma maneira negativa nos dados cognitivos coletados. Mas não foram encontrados muitos estudos que confirmam esses dados.

Um estudo na cidade de Viçosa em Minas Gerais, sobre a avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos, correlacionou a cognição e a escolaridade, onde mostrou que pode-se inferir que um maior nível de escolaridade pode atuar como um fator de proteção para o declínio cognitivo (MACHADO et al, 2007). No entanto, este fator não ocorre da mesma forma para o GDS, por exemplo, uma vez que pessoas com maiores estabilidades financeiras possuem mais acesso ao acompanhamento psicológico, o que torna mais fácil tomar conhecimento e diagnosticar algum possível grau de depressão.

No que se refere a prática de atividades físicas, os participantes se mostraram ativos em sua grande maioria. Graças aos serviços oferecidos na UMI dentro do âmbito da UCDB, os acadêmicos possuem acesso a atividades como musculação, hidroginástica, entre outros, com direito a professores capacitados para auxiliá-los.

Os avaliados foram divididos entre os que praticam e os que não praticam atividades físicas, 80% deles responderam serem praticantes de ao menos uma das atividades que acontecem na UMI, sendo que 50% dos praticantes possuem resultado do ACE-R acima da nota de corte.

A participação e interesse em atividades físicas se faz muito importante, pois estas promovem liberação de hormônios que induzem excitação física, mental e de bom humor, mediando os batimentos cardíacos, a pressão sanguínea, a taxa de conversão de glicogênio em glicose para energia, entre outros, proporcionando, por conseguinte, benefícios físicos (OLIVEIRA, PIVOTO & VIANNA, 2009).

Rego, Cabral & Fontes (2018) descrevem que patologias cardíacas estão fortemente relacionada à disfunção cerebral, com alta prevalência de comprometimento cognitivo. Muitos mecanismos podem estar relacionados à perda cognitiva, como hipoperfusão cerebral, atrofia e perda de massa cinzenta do cérebro e disfunção do sistema nervoso autônomo.

Além disso, estudos indicam que os idosos referem melhor percepção de si e de suas potencialidades, quanto realizam atividades físicas. Que tornam-se mais capazes, ativos e interessados nas tarefas do cotidiano em suas rotinas. (LEITE, SALVADOR & ARAÚJO, 2009).

Cabe ressaltar que foi observado o perfil de cuidado das participantes percebidas em declínio cognitivo e sua devida orientação aos familiares sobre o acompanhamento médico e específico por meio de estratégias de reabilitação cognitiva. Quanto aos quadros depressivos, como a maioria já se encontra em atendimento medicamentoso, sugerido o acompanhamento psicoterapêutico.

Como conclusão, é possível ressaltar a importância de se acompanhar outros dados dos envelhecimento e de se aprofundar nos processos que envolvem os processos do envelhecimento saudável ou patológico e analisar os fatores

envolvidos nas alterações que ocorrem com os indivíduos nesta faixa etária e sua importância para os avanços no cuidado da saúde mental da população idosa dentro das políticas públicas de saúde.

Atualmente, não há muitos instrumentos que visam diagnosticar prejuízos cognitivos precocemente, em especial na terceira idade, além do MEEM. Entretanto, o ACE-R demonstrou ser um instrumento eficiente para rastreamento de disfunções cognitivas específicas em seu estado inicial. Foi com sua objetividade em detectar áreas específicas de disfunções cognitivas que se tornou possível elencar cada um dos tópicos relevantes de maneira segmentada para melhor compreensão e levantamentos de hipóteses a serem analisadas e estudadas.

O estudo demonstrou que, embora o declínio das funções cognitivas são consideravelmente esperadas conforme o envelhecimento normal, é necessário caracterizar a senescência e separá-la de possíveis indicações de doenças em seu estado inicial. As alterações cognitivas normais e patológicas relacionadas ao idoso não são bem delimitadas, e portanto torna-se imprescindível o acompanhamento constante para que as chances de quadros demenciais sejam eliminadas ou minimizadas.

O diagnóstico precoce de transtornos neurocognitivos, antigamente denominados de demências, é essencial para que se possa traçar um projeto terapêutico para o indivíduo com alguma disfunção cognitiva, mas também faz-se importante a manutenção e estimulação destas funções em níveis de normalidade como ato de prevenção para a população.

Assim como foi apresentado, os fatores biopsicossociais atuam de maneira direta no processo de envelhecimento do ser humano, o que torna importante analisar o histórico de vida para melhor entendermos sua qualidade de vida na senescência. Ficou evidente a importância de levar em consideração fatores como a presença de outras patologias associadas (como a HAS), estado civil, hábitos físico (se pratica alguma atividade física ou não), idade e sexo.

Com estes resultados, faz-se possível observar a necessidade de mais estudos e propostas que visam estimular o idoso, integrando-o na sociedade e motivando-o a ter uma vida saudável, com funcionalidade e autonomia, sempre pensando no indivíduo como um todo.

A cognição atua diretamente no cotidiano de cada ser humano e na sua qualidade de vida, portanto, é necessário que a mesma seja valorizada e preservada o máximo possível, para que juntos possamos envelhecer com saúde e bem estar na nossa sociedade.

## Agradecimentos

Agradeço imensamente pela oportunidade concedida e a confiança depositada pelos professores e voluntários que tornaram essa pesquisa possível, por cada história compartilhada e cada conhecimento adquirido. Obrigada, Patrícia Lira Bizerra, Serginaldo Jose dos Santos e Lizandra Alvares Felix Barros, pelas orientações que me guiaram e inspiraram durante todos os processos da construção deste artigo. Aos amigos e familiares,

agradeço pelo apoio e compreensão de sempre, fatores estes que me motivam na busca da disseminação do bem.

## Declaração

O autor declara estar ciente e ter atendido integralmente às normas preconizadas para as pesquisas em seres humanos, conforme resolução 466/2012. O autor declara ainda ausência de conflito de interesses.

## 5. Referências

- Batistoni, S. S. T.; Neri, A. L.; Cupertino, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*. 41(4):598-605, 2007.
- Brucki, S. M.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P. H.; OKAMOTO, I. H. Suggestions for utilization of the Mini-Mental State Examination in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 61(3b):777-81, 2003.
- Camarano, A. A.. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?. *Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, p. 35-63, 2003.
- Carvalho, V. A.; Caramelli, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. *Dementia & Neuropsychologia*, 2, p. 212-16, 2007.
- Carvalho, V. ; Caramelli, P. O exame cognitivo de Addenbrooke: versão revisada. In: Santos, F. S. et al (Ed.). *Estimulação cognitiva para idosos*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013. Cap. 13. p. 85-88.
- de Freitas, Eduardo. *O número de idosos deverá aumentar no Brasil*. 2017.
- Fonseca, A. *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2006.
- Gomes, R.; Nascimento, E. F.; Araújo, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 565-574, 2007.
- Graafmans, W. C. et al. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. *American journal of epidemiology*, v. 143, n. 11, p. 1129-1136, 1996.
- Guo, Z. et al. Blood pressure and performance on the Mini-Mental State Examination in the very old: cross-sectional and longitudinal data from the Kungsholmen Project. *American journal of epidemiology*, v. 145, n. 12, p. 1106-1113, 1997.
- IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980 – 2050*. Revisão 2008. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv41229.pdf>, acesso em 17 de Agosto de 2019.
- Leite, B. F. T.; Salvador, D. H. Y.; Araújo, C. L. O. Avaliação cognitiva dos idosos institucionalizados. *Revista Kairós*:

Gerontologia, v. 12, n. 1, 2009.

- Luiz, L. C. et al. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 13, n. 5, 2009.
- Machado, J. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 10, p. 592-605, 2007.
- Malta, Deborah Carvalho et al. Avaliação do alcance das metas do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, n. supl. 1, p. 9-16, 2019.
- Mioshi, E. et al. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(11): 1078-1085, 2006.
- Moraes, E. N.; Moraes, F. L.; Lima, S. D. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Medicina Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.
- Oliveira, L. C.; Pivoto, E. A.; Vianna, P. C. P. Análise dos resultados de qualidade de vida em idosos praticantes de dança sênior através do SF-36. *Acta fisiátrica*, v. 16, n. 3, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. (Tradução Suzana Gontijo). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- Paradela, E. M. P.; Lourenco, R. A.; Veras, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6):918-923, 2005.
- Rabbitt, P. Speed of processing and ageing. In: Woods, B; Clare, L. *Handbook of the clinical psychology of Ageing*. Nova York: Woods RT, John Wiley & Sons, 1996.
- Rego, M. L. M.; Cabral, D. A. R.; Fontes, E. B.. Cognitive deficit in heart failure and the benefits of aerobic physical activity. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 110, n. 1, p. 91-94, Jan. 2018.
- Stuart-Hamilton, Ian. Intellectual changes in late life. In: Woods, B; Clare, L. *Handbook of the clinical psychology of Ageing*. Nova York: Woods RT, John Wiley & Sons, 1996.
- Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas, E.V.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A.X.C.; Gorzoni, M.L.; Doll, J. 4ª. Edição. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.
- Yesavage, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 17(1): 37-49, 1983.