

ANÁLISE COMPARATIVA DE IDOSOS COM E SEM DÉFICIT COGNITIVO

Isabela Karoliny Calixto de Souza¹
Vanessa da Nóbrega Dias²
Nathália Priscilla Medeiros Costa Diniz³
Juliana Maria Gazzola⁴

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida tem aumentado gradativamente ao longo dos anos, no Brasil, segundo análise do IBGE (2017), em 2050, a idade média da sua população estará entre 81,29 anos, concomitante com a Islândia (81,80), China (82,20) e Japão (82,60). Diante disso, o Brasil, alcançará a longevidade de 8,6% da sua população total. Dessa forma, é importante entender como ocorrem às modificações físicas, sociais e emocionais desse processo e sua viabilização.

O crescimento populacional dos idosos não tem se estabelecido de forma gradativa vinculada com o sistema público de saúde, pois o país não apresenta políticas suficientes para atender a todas as demandas necessárias a esse público. Segundo VARGAS et al. (2014) a cada ano 650 mil idosos são inclusos no nosso país e destes, a grande maioria apresenta um quadro clínico com doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais.

Dentro dessa temática, tem se tornado mais efetivo a busca por estudos que integram avaliações que explicam os déficits causados pela idade avançada e suas principais perdas. Com o passar dos anos, percebe-se que ocorre um processo natural na diminuição dos níveis cognitivos, em decorrência do processo degenerativo do sistema nervoso central, que abrange diversas alterações estruturais e cognitivas. Acrescenta-se ainda, a evidência dessas perdas estarem mais imersas a indivíduos que não praticam suas funções cognitivas e apresentam comorbidades associadas (VARGAS et al., 2014).

Assim, é importante analisar os fatores que estão associados a déficits cognitivos nessa população, visto que, viabiliza o planejamento de estratégias preventivas e promotoras, no sentido de diminuir os fatores de risco e, conseqüentemente, proporcionar, menos perdas nesses indivíduos. Nesse sentido, o presente trabalho busca comparar os idosos com e sem déficit cognitivo quanto aos fatores clínico-funcionais.

¹ Graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, isabelacalixto28@gmail.com

² Fisioterapeuta e doutoranda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, vanessanobrega.d@hotmail.com

³ Especialista em Saúde Coletiva e graduanda do curso de Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, npdiniz23@gmail.com

⁴ Professora orientadora: Doutora; Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, juliana.gazzola@terra.com.br

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional analítico de caráter transversal, com amostra constituída por 80 idosos de 60 anos ou mais, com e sem déficit cognitivo, segundo o Mini Exame do Estado Mental (MMSE), atendidos nos ambulatórios de Geriatria e de Endocrinologia de um Hospital Universitário do Nordeste Brasileiro, submetidos a uma avaliação previamente agendada, composta por dados sociodemográficos e clínico-funcionais.

Os dados sociodemográficos utilizados foram: sexo, idade, nível de escolaridade e estado civil. Os dados clínicos foram compostos por: hipóteses diagnósticas, medicamentos em uso, investigação sobre histórico de etilismo e tabagismo, realização de atividade física, presença de tontura e quedas.

Para análise dos dados psicocognitivos, utilizou-se o MiniExame do estado Mental (MMSE) e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi projetado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo em pacientes geriátricos. O MEEM é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN et al., 1975).

E, segundo Reichel et al. (2001), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) de Yesavage, versão ampliada, é composta por 30 questões fechadas: “sim ou não”. Sendo sua pontuação total de 30 e valores maiores ou iguais a 11 indicam transtorno de cunho afetivo.

Para verificar a funcionalidade, foram utilizados: Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ), Berg Balance Scale (BBS) e Dynamic Gait Index (DGI). O BOMFAQ tem como finalidade avaliar a dificuldade mencionada pelo paciente em realizar 15 atividades de vida diária. São classificados os pacientes de acordo com número de atividades comprometidas: sujeitos sem comprometimento (não relataram dificuldade para realização das 15 atividades), com comprometimento leve (1 a 3 atividades comprometidas), com comprometimento moderado (4 a 6 atividades comprometidas) e com comprometimento grave (7 ou mais atividades comprometidas) (SANTOS et al. 2017).

A BBS teste é composto por 14 itens classificados em uma escala ordinal de cinco pontos, em que a pontuação zero remete à incapacidade de realizar as tarefas e a pontuação cinco, à capacidade de realizá-las com independência. Os escores totais variam em uma pontuação entre 0 a 56 pontos, sendo que a máxima pontuação está ligada ao melhor desempenho, e igual ou abaixo a 45 pontos referem a maior risco de quedas. O teste avalia tanto a forma como é efetivado cada item, assim como o tempo em que este se realiza. Os itens compostos no teste são representativos de AVD que, juntas, podem responder sobre a atuação dos idosos nas atividades motoras e o equilíbrio ao realizá-las, bem como prever a possibilidade de ocorrência de quedas (ALVES; SCHEICHER, 2011).

O DGI foi desenvolvido por Shumway-Cook, e é um instrumento de avaliação funcional de mobilidade, cuja finalidade é documentar a capacidade do idoso com comprometimento no equilíbrio de alterar a marcha em resposta às modificações de oito tarefas. O DGI é composto por tarefas que envolvem a marcha em diferentes contextos sensoriais, que incluem superfície plana, movimentos horizontais e verticais da cabeça, giro sobre seu próprio eixo corporal, mudanças na velocidade da marcha passar por cima e contornar obstáculos, subir e descer escadas. Os escores classificam os indivíduos com maior

risco de quedas – até 19 pontos – e com menor risco de quedas – 20 a 24 pontos (CASTRO; PERRACINI; GANANÇA, 2006).

Por fim, para a análise descritiva utilizou-se média e o desvio padrão. Para análise inferencial, utilizou-se o teste Kruskal-Wallis. Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra apresentou uma média etária de $74,5 \pm 7,5$ anos, com prevalência para a faixa etária de 80 anos ou mais (30,0%), sendo a maioria do sexo feminino (70,0%), com nível de escolaridade fundamental I incompleto (42,5%) e com vida conjugal (55,0%). A hipótese diagnóstica mais prevalente foi a HAS (53,8%), sendo a maioria dos indivíduos não apresentando diagnóstico de DM 2 (68,8%), osteoporose (65,0%), doença cardiovascular (75,0%), Depressão (75,0%), Demência (92,5%) e AVE (86,3%). Houve prevalência para a utilização de cinco ou mais medicamentos (47,5%).

A maioria relatou não ter histórico de etilismo (78,8%) e tabagismo (56,3%), nem praticar atividade física (62,5%), presença de déficit cognitivo (63,7%), com uma média de $21,5 \pm 4,5$ pontos no MMSE e sintomas depressivos (56,3%), com média de $5,3 \pm 2,7$ na GDS.

Quanto aos aspectos funcionais, a média no BOMFAQ foi de $7,2 \pm 4,6$ pontos, na BBS foi de $46,6 \pm 8,4$ pontos e no DGI de $16,8 \pm 4,2$ pontos, com a maioria da amostra apresentando comprometimento funcional grave (51,2%), maior risco de queda (68,8%) na BBS e maior risco de queda (67,5%) no DGI.

Houve associação significativa entre: MMSE e doença cardiovascular ($p < 0,001$), osteoporose ($p = 0,007$), DM2 ($p < 0,001$), AVE ($p = 0,002$), depressão ($p < 0,001$), demência ($p < 0,001$), número de medicamentos ($p < 0,001$), etilismo ($p < 0,001$), tontura ($p < 0,001$), GDS ($p < 0,001$), BOMFAQ ($p < 0,001$), BBS ($p < 0,001$) e DGI ($p = 0,002$).

Lopes et al., (2013) pesquisou idosos de 70 anos com DM, através do MMSE e GDS e verificou o aumento do risco no desenvolvimento de problemas cognitivos, reforçando que há uma prevalência maior de déficits cognitivos em idosos que possuem diagnóstico de hipertensão arterial e DM2. Silva (2015) confirma a predisposição de alterações vasculares em idosos com comorbidades associadas como diabetes, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca.

Para a Organização Mundial da Saúde (2013), as doenças de maior prevalência são as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, AVC), tipos de câncer, as doenças respiratórias crônicas e as desordens mentais e neurológicas, entre elas, a depressão e a demência.

Segundo Silva (2015) a prevalência de depressão varia de 4,7% a 36,8%, acrescenta-se ainda, a prevalência de demência de 7% para a população idosa mundial. Estima-se que existe uma correlação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais associados aos sintomas de depressão e comprometimentos cognitivos.

Segundo Nordon et al. (2009), diversas causas podem levar à perda cognitiva: acidente vascular encefálico, trauma craniano, encefalopatia metabólica, infecção, estado confusional agudo (perda momentânea), demências, alcoolismo, hipotireoidismo, câncer e até mesmo utilização de medicamentos, como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, antihistamínicos, antiparkinsonianos com ação anticolinérgica, anticonvulsivantes.

Em consonância com o estudo de Macedo et al. (2012), este estudo encontrou a hipertensão e os problemas do sistema musculoesquelético (artrite/osteoartrose, problemas de coluna), como condições crônicas mais frequentemente referidas nesta população.

No decorrer da idade, ocorrem transformações no perfil epidemiológico sinalizadas pela elevação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os riscos em relação ao uso de medicamentos são mais elevados nas pessoas idosas, devido às alterações específicas do envelhecimento, que refletem na vulnerabilidade, no que se refere às interações medicamentosas, aos efeitos colaterais e às reações adversas, na população idosa (BUENO et al, 2010). Luchetti et al., (2010) em seus estudos, correlaciona a polifarmácia com a idade, funcionalidade e as doenças crônicas.

Doenças crônicas degenerativas são os fatores que mais dificultam as atividades de vida diária, instrumentais ou não, em idosos (e, por extensão, por comprometem as atividades físicas e conseqüentemente uma forma importante da prevenção da perda cognitiva e da progressão das próprias doenças degenerativas). Duas ou mais doenças podem aumentar em até cinco vezes a probabilidade de dificuldades.

A tontura pode atingir até 85% da população geriátrica, definida como um sintoma de desorientação corporal, desequilíbrio para trás e para frente e distorção visual, está ligada a déficits cognitivos e é considerada a maior responsável pelo risco de quedas (SCHERER; LISBOA; PASQUALOTTI, 2012).

A dependência funcional na população idosa envolve mais que os aspectos físicos; inclui também fatores cognitivos, condições emocionais, sociais e econômicas. Os achados deste estudo comprovam as variáveis relacionadas com a funcionalidade dos indivíduos idosos, identificando esta relação com presença de cognitivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Idosos com déficit cognitivo apresentam diagnóstico de doença cardiovascular, osteoporose, DM 2, AVE, demência, tontura, tem histórico de etilismos, fazem uso de cinco ou mais medicamentos e possuem dependência funcional, com risco aumentado de quedas.

Os achados deste estudo reforçam a necessidade de se identificar os fatores relacionados a presença de déficits cognitivos em idosos e apontam a importância do diagnóstico cognitivo e funcional, tendo em vista que estes podem contribuir para o planejamento de ações que favoreçam a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do idoso.

Palavras-chave: Idosos; Cognitivo; Funcional.

REFERÊNCIAS

FOLSTEIN, M.F. et al. Mini Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat. Res.* 1975; 12:189-98.

REICHEL, M.D. et al. Assistência do idoso. Aspecto clínico do envelhecimento. In: *AVALIAÇÃO multidimensional do paciente idoso*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SANTOS, M. D. et al. Falta de acessibilidade no transporte público e inadequação de calçadas: efeitos na participação social de pessoas idosas com limitações funcionais. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 161-174, 2017.

ALVES, N.B.; SCHEICHER, M. E. Equilíbrio postural e risco para queda em idosos da cidade de Garça, SP. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 763-768, 2011.

CASTRO, S. M.; PERRACINI, M. R.; GANANÇA, F. F. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 72, n. 6, novembro/dezembro 2006.

Saverino A, Benevolo E, Ottonello M, Zsirai E, Sessarego P. Falls in a rehabilitation setting: functional independence and fall risk. *Eura Medicophys* 2006; 42:179-84

LOPES, R. M. F., NASCIMENTO, R. F. L., WENDT, G. W., & ARGIMON, I. I. L. (2013). A diabetes mellitus causa deterioro cognitivo em idosos? Um estudo de revisão, 31 (1), pp. 131-139.

SILVA, Amanda Ramalho. Doenças crônicas não transmissíveis e sinais e sintomas de depressão e de declínio cognitivo em idosos na atenção primária à saúde. 2015. 54 f. Tese (Doutorado) - Curso de Biomedicina, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SCHERER, S.; LISBOA H. R. K.; PASQUALOTTI, A. Tontura em idosos: diagnóstico otoneurológico e interferência na qualidade de vida. *Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia*, v. 17, n. 2, p. 142-150, 2012.

Macêdo, A. M. L. et al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):358-63

NORDON, D. G. et al. PERDA COGNITIVA EM IDOSOS. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, v. 11, n. 3, p. 5 -8, 2009