

ESTADO COGNITIVO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS QUE PARTICIPAM DE GRUPOS DE CONVIVÊNCIA

Marinês Tambara LEITE^a, Leila Mariza HILDEBRANDT^b, Rosane Maria KIRCHNER^c, Marisa Teresinha WINCK^d, Luiz Anildo Anacleto da SILVA^e, Gianfábio Pimentel FRANCO^f

RESUMO

Objetivou-se identificar o estado cognitivo e as condições de saúde de idosos participantes de grupos de convivência de um município do norte do Rio Grande do Sul. Pesquisa transversal e descritiva, realizada com 85 idosos participantes de grupos de convivência. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados. Um contém dados sociodemográficos e o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Para a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva. Os resultados indicaram predomínio de mulheres 79 (92,9%), na faixa etária de 60-69 anos 52 (61,2%), viúvos 46 (54,1%), frequentaram de quatro a sete anos o ensino formal 45 (52,9%) e residem acompanhados 53 (62,4%). Dentre as enfermidades mencionadas, destacaram-se hipertensão arterial e varizes, além da ocorrência de quedas 34 (40%). O MEEM evidenciou que 20 (23,6%) dos idosos apresentam declínio cognitivo. Os resultados apontaram necessidade de intervenções direcionadas à manutenção da capacidade funcional e autonomia dos idosos.

Descritores: Idoso. Cognição. Centros de convivência e lazer.

RESUMEN

Se objetivó identificar el estado cognitivo y condiciones de salud de ancianos participantes de grupos de convivencia de un municipio del norte de Rio Grande do Sul. Estudio transversal y descriptivo, realizado con 85 ancianos participantes de grupos de convivencia. Fueron utilizados dos instrumentos para la recolección de datos. Uno versa sobre datos sociodemográficos y el Miniexamen del Estado Mental (MEEM). Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. Los resultados indicaron predominio de mujeres 79(92,9%), con edades entre 60-69 años 52(61,2%), viudos 46(54,1%), que frecuentaron de cuatro a siete años la instrucción formal 45(52,9%) y residen acompañados 53(62,4%). Entre las enfermedades mencionadas destacaron hipertensión arterial y las venas varicosas, y la aparición de caídas 34(40%). El MEEM evidenció que 20(23,6%) de los longevos presentan declino cognitivo. Los resultados relativos a las condiciones de salud apuntaron a la necesidad de intervenciones direccionadas al mantenimiento de la capacidad funcional y autonomía de los ancianos.

Descriptores: Anciano. Cognición. Centros de ocio y convivencia.

Título: Estado cognitivo y condiciones de salud de longevos que participan de grupos de convivencia.

a Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

b Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

c Professora, Dra. em Engenharia Elétrica - Métodos de Apoio à Decisão, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

d Enfermeira, egressa do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS). Bolsista FIPE/UFSM. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

e Enfermeiro, Dr. em Enfermagem, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

f Enfermeiro, Dr. em Ciências, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS). Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil.

ABSTRACT

The objective of the present study was to identify the cognitive and health conditions of elderly participants in community center groups in a northern city in Rio Grande do Sul. The study is a descriptive cross-sectional research, performed with 85 elderly participants attending community center groups. Two instruments were used for data collection. One instrument gathered sociodemographic data and included the Mini-Mental State Examination (MMSE). Descriptive statistics were used in data analysis. Results indicated a female predominance 79(92.9%), with 52 participants within the age bracket 60-69 years (61.2%); 46 were widowed (54.1%), 45 had four to seven years of formal education (52.9%) and 53 were living with companions (62.4%). Hypertension and varicose veins, in addition to fall events 34(40%) stood out among the diseases/conditions determined to affect participants in this study. The MMSE demonstrated that 20(23.6%) of the elderly people presented with cognitive decline. Results point out the need for guided interventions to maintain functional capacity and autonomy in the elderly.

Descriptors: Aged. Cognition. Recreation and Leisure Activities Centers.

Title: Cognitive and health conditions in elderly participants in Recreation and Leisure Activities Centers.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida desencadeou mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população brasileira, o que resultou no crescimento no número de idosos. Esta condição tem relação com a diminuição das doenças transmissíveis, contrapondo-se a elevação das crônicas e não-transmissíveis. O envelhecimento vem acompanhado pelo declínio das capacidades físicas e cognitivas, que podem variar conforme as características de vida de cada indivíduo. A senescência desvenda alterações neuropsicológicas como: déficits cognitivos, mudanças na memória, no raciocínio e sono, episódios de confusão, distúrbios psicológicos e modificações nas atividades da vida diária, que podem estar relacionados com sintomas demenciais e depressivos⁽¹⁾.

Assim, as doenças de natureza crônica são prevalentes e, dentre elas, as demências se sobressaem, constituindo-se em uma das principais causas de morbimortalidade entre idosos. A doença de Alzheimer (DA) é uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que provoca demência e, no decorrer de sua evolução, compromete a autonomia dos pacientes. Caracteriza-se por déficit na memória episódica de longo termo e na recente, que pode estar relacionado com a gravidade do quadro clínico⁽²⁾.

Com o envelhecimento da população, a DA representa um problema de saúde, a qual se constitui na causa mais comum de demência degenerativa, acometendo aproximadamente 15 milhões de pessoas no mundo. A incidência aumenta cerca de 0,5% ao ano na população maior 65 anos e 8% na maior de 85 anos de vida. Sua prevalência gira em torno de 5% na população com 65 anos e 47% na com 85 anos ou mais de idade⁽³⁾.

Nesse cenário, torna-se relevante rastrear e monitorar a evolução dos sintomas de déficit cognitivo para determinar possíveis intervenções, de acordo com as demandas e as potencialidades de saúde e de vida do idoso. Diante disso, estudos epidemiológicos de rastreamento de déficit cognitivo entre a população idosa são importantes e podem se constituir em instrumento balizador na elaboração de políticas públicas de atenção a saúde para esse estrato populacional.

Entre os testes cognitivos frequentemente usados para o rastreio clínico de demência em idosos está o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Esse instrumento apresenta seus escores e sofre variações de acordo com o nível de escolaridade e habilidades prévias dos idosos. Requer preservação parcial das capacidades sensorio-motoras e de linguagem e o contato direto entre o entrevistado e o avaliador⁽²⁾.

O MEEM constitui-se em uma escala de avaliação cognitiva utilizada para auxiliar na investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos, é simples, de aplicação rápida e autoexplicativa. No Brasil, o MEEM foi traduzido e adaptado⁽⁴⁾ e, mesmo que não substitua uma avaliação completa e é pouco sensível para detectar pequenas variações na cognição, ele é usado por pesquisadores e profissionais da área de saúde mental⁽²⁾. É na realidade um instrumento utilizado para triagem e, também, em avaliação geriátrica.

Considerando os aspectos acima apontados, este estudo objetivou identificar o estado cognitivo e condições de saúde de idosos participantes de grupos de convivência em um município da região norte do Rio Grande do Sul/Brasil.

MÉTODOS

Esta investigação constituiu-se em um estudo transversal e descritivo, parte da investigação nominada 'Qualidade de vida e nível cognitivo de idosos que participam de grupos de convivência', aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, processo número: 23081.017883/2008-03/2009.

No município local de estudo existem cinco grupos de convivência, no meio urbano, nos quais participam cerca de 20 idosos em cada um. Salienta-se que nem todos os participantes possuem 60 anos ou mais de idade. Assim, a população desta investigação se constituiu de 85 idosos que preencheram os seguintes critérios: ter 60 anos ou mais de idade e frequentar um dos grupos de terceira idade. A coordenação do grupo é realizada por um de seus integrantes e os encontros são semanais, com duração de aproximadamente duas horas. Nesse espaço são organizadas e desenvolvidas atividades como: artesanato, atividade física, discussão de temas de interesses dos idosos, comemorações, dança, passeios e viagens.

A coleta de dados ocorreu no mesmo local e data dos encontros grupais, após a realização das atividades previstas. A entrevistadora explanava o objetivo de sua presença e o da pesquisa no início do encontro e convidava-os a participar. Todos os idosos presentes no dia do encontro grupal se integraram à pesquisa. Para a coleta de dados empregou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e um instrumento com questões relativas a dados sociodemográficos e condições de saúde autorreferidas, em que os idosos foram questionados sobre como percebiam o estado de sua saúde e elencaram livremente as doenças que possuíam. O MEEM fornece informações sobre o estado mental e avalia diferentes parâmetros cognitivos, com questões agrupadas em sete categorias. Cada uma objetiva avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore do MEEM pode variar de zero ponto, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até 30 pontos, correspondente a melhor capacidade cognitiva⁽³⁾. Destaca-se que para este estudo considerou-se portadores de declínio cognitivo o idoso que apresentou escore abaixo de

24 no MEEM, uma vez que todos os idosos eram escolarizados⁽⁵⁾. Para a análise dos dados foi utilizado o "software" estatístico SPSS(10.0), a estatística descritiva e o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando as condições para utilização do teste qui-quadrado não foram verificadas⁽⁶⁾. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 85 pessoas idosas, em que 79 eram do sexo feminino (92,9%) e 06 do sexo masculino (7,1%). Quanto ao MEEM a média para todos os idosos foi de 25,9 pontos \pm 3,2, com amplitude de 16 a 30. Identificou-se que 20(23,6%) idosos apresentaram declínio cognitivo, cuja média foi de 21,1 pontos \pm 2,1, com amplitude de 16 a 23 pontos.

Constatou-se predominância de idosos com idade entre 60 e 69 anos (61,2%). Ao relacionar faixa etária com declínio cognitivo, observou-se que, especificamente, entre os idosos com 80 anos ou mais, 66,6% deles apresentam declínio cognitivo. Quanto à situação conjugal, verificou-se que a maioria é viúvo (54,1%). Sobre o número de anos do ensino formal, houve predominância daqueles que frequentaram de quatro a sete anos (52,9%). Ao relacionar o tempo de escolaridade e nível cognitivo, evidenciou-se que quanto maior o tempo de frequência ao ensino formal melhor é o nível cognitivo. Em relação à religião, predominaram católicos (94,1%). A renda mensal da maioria foi de um a três salários mínimos (88,2%). O arranjo familiar apontou um maior número de idosos que reside acompanhado (62,4%) (Tabela 1).

Em relação a hábitos de vida, a maior parte dos idosos (64,7%) mencionou que realiza atividades físicas, com predomínio daqueles que não apresentaram declínio cognitivo (47,1%). Quanto ao consumo de tabaco e álcool, identificou-se que 81,2% não fumam e 61,2% não fazem uso de bebida alcoólica. Na análise estatística não se comprovou a existência de associação entre a variável declínio cognitivo com as variáveis atividade física, consumo de tabaco e álcool, conforme Tabela 2.

A autoavaliação do estado de saúde pelos idosos indicou que 49,4% o consideraram bom e 50,6% regular. Dentre os que referiram condições de saúde regular, 12,9% apresentaram declínio cognitivo.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos com e sem declínio cognitivo, segundo características sociais e econômicas. Palmeiras das Missões, RS, 2009.

Variáveis	Categorias	CDC*		SDC†		Total	
		N	%	N	%	N	%
Gênero	Feminino	18	21,2	61	71,8	79	92,9
	Masculino	2	2,4	4	4,7	6	7,1
Idade	60 a 69 anos	9	10,6	43	50,6	52	61,2
	70 a 79 anos	7	8,2	20	23,5	27	31,8
	80 anos ou mais	4	4,7	2	2,4	6	7,1
Situação Conjugal	Viúvo	11	12,9	35	41,2	46	54,1
	Casado	7	8,2	17	20,0	24	28,2
	Desquitado/Divorciado	1	1,2	12	14,1	13	15,3
Anos de escolaridade	Solteiro	1	1,2	1	1,2	2	2,4
	1 a 3 anos	9	10,6	15	17,6	24	28,2
	4 a 7 anos	9	10,6	36	42,4	45	52,9
Religião	8 anos ou mais	2	2,4	14	16,4	16	18,8
	Católica	19	22,4	61	71,8	80	94,1
	Evangélica	1	1,2	4	4,7	5	5,9
Renda mensal	Menos de 1 SM‡	-	-	3	3,5	3	3,5
	De 1 a 3 SM	18	21,2	57	67,1	75	88,2
	De 3 a 5 SM	1	1,2	4	4,7	5	5,9
	Mais de 3 SM	1	1,2	1	1,2	2	2,4
Arranjo Familiar	Acompanhado	15	17,6	38	44,7	53	62,4
	Mora sozinho	5	5,9	27	31,8	32	37,6

Fonte: Pesquisa de campo

* CDC: Com declínio cognitivo segundo o MEEM

† SDC: sem declínio cognitivo segundo o MEEM

‡ SM: Salário mínimo

Tabela 2 – Distribuição dos idosos com e sem declínio cognitivo, segundo atividade física e consumo de tabaco e álcool. Palmeira das Missões, RS, 2009.

Variáveis	Categorias	CDC		SDC		Total		Teste Qui-quadrado valor p
		N	%	n	%	n	%	
Atividade física	Sim	15	17,6	40	47,1	55	64,7	0,271
	Não	5	5,9	25	29,4	30	35,3	
Uso de tabaco	Sim	1	1,2	15	17,6	16	18,8	0,061*
	Não	19	22,4	50	58,8	69	81,2	
Ingestão de bebida alcoólica	Sim	6	7,1	27	31,8	33	38,8	0,354
	Não	14	16,5	38	44,7	52	61,2	

Fonte: Pesquisa de campo

* Teste Exato de Fisher

p<0,05 existe relação significativa

Tabela 3 – Distribuição dos idosos com e sem declínio cognitivo segundo condições de saúde autorreferidas. Palmeira das Missões, RS, 2009.

Variáveis	Categorias	CDC		SDC		Total		Teste Qui-quadrado
		N	%	n	%	n	%	
Condição de saúde	Boa	9	10,6	33	38,8	42	49,4	0,652
	Regular	11	12,9	32	37,6	43	50,6	
Hipertensão arterial	Sim	16	18,8	40	47,1	56	65,9	0,128
	Não	4	4,7	25	29,4	29	34,1	
Diabetes mellitus	Sim	2	2,4	7	8,2	9	10,6	0,644*
	Não	18	21,2	58	68,2	76	89,4	
Artrose	Sim	8	9,4	23	27,1	31	36,5	0,451
	Não	12	14,1	42	49,4	54	63,5	
Varizes	Sim	7	8,2	33	38,8	40	47,1	0,217
	Não	13	15,3	32	37,6	45	52,9	
Insuficiência cardíaca	Sim	3	3,5	10	11,8	13	15,3	0,638*
	Não	17	20,0	55	64,7	72	84,7	
Depressão	Sim	6	7,1	22	25,9	28	32,9	0,749
	Não	14	16,5	43	50,6	57	67,1	
Osteoporose	Sim	4	4,7	14	16,5	18	21,2	0,578*
	Não	16	18,8	51	60,0	67	78,8	

Fonte: Pesquisa de campo

*Teste Exato de Fisher

p<0,05 existe relação significativa

Acerca da presença de enfermidades autorreferidas, os sujeitos mencionaram ser portadores de hipertensão arterial (65,9%), varizes (47,1%), artrose (36,5%), depressão (32,9%), osteoporose (21,1%), insuficiência cardíaca (15,3%) e diabetes mellitus (10,6%). Quando relacionado com o nível cognitivo, os que disseram ser hipertensos 18,8% possuíam declínio cognitivo.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram predomínio de mulheres que participam de grupos de convivência. Isto se dá, de um lado, em função da maior prevalência de mulheres em comparação ao número de homens idosos. De outro lado, as mulheres tendem a frequentar mais espaços sociais como grupos, até porque o homem, comumente, é o provedor financeiro do lar e pouco participa desses locais.

A motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da masculina, uma vez que a maior parte das idosas atuais exerceu um papel restrito ao ambiente doméstico. Ou seja, as mulheres

que frequentam grupos de terceira idade em sua maioria não desenvolveram atividades profissionais; ao contrário, foram donas-de-casa, mães e esposas⁽⁷⁾.

Atualmente, a diferença entre a expectativa de vida masculina e a feminina leva a uma feminilização do grupo etário formado por idosos. Nesse cenário, as mulheres idosas estão mais expostas à pobreza e à solidão, detêm maior taxa de institucionalização, possuem maior risco de morbidade, procuram mais os serviços de saúde e têm menos oportunidades de contar com um companheiro em seus últimos anos de vida. Por conseguinte, constituem um grupo que merece intervenções sociais, que leve em conta as suas condições específicas⁽⁸⁾.

Outra característica do estrato populacional formado por idosos é a existência de maior proporção de viúvas do que em qualquer outra faixa etária. Uma das causas dessa situação é de que a mulher tende a se casar com homens mais velhos, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. Além disso, os homens viúvos voltam a se casar depois

de enviuvar, mais do que as viúvas. Essa é situação semelhante para os divorciados⁽⁸⁾.

Em relação à presença de declínio cognitivo, identificou-se que um número significativo de idosos (23,6%) apresentou essa condição. Contudo, estudo realizado com idosos participantes de um programa de terceira idade evidenciou percentual maior (36,5%) de indivíduos com declínio cognitivo⁽⁹⁾. Isso talvez ocorra pela diferença do nível de escolaridade, uma vez 91% dos idosos que frequentam o Programa Municipal da Terceira Idade, em Viçosa/MG⁽⁹⁾ têm menos de quatro anos de ensino formal.

Além disso, as atividades em grupo possibilitam a seus integrantes manifestarem-se e verbalizarem acerca de suas experiências de vida, constitui-se em um espaço de troca, acolhimento e fortalecimento de vínculo. No grupo o idoso tem a possibilidade de socializar-se, obter apoio, sentir-se reconhecido na busca e preservação de sua autonomia e dignidade⁽¹⁰⁾.

A participação em atividades grupais parece minimizar o sentimento de solidão dos idosos, mesmo que muitos deles vivam acompanhados de familiares. É importante ressaltar que a idade é um fator determinante para o declínio cognitivo. Os resultados da pesquisa ora em análise mostraram que dos seis idosos com 80 anos ou mais, 66,6% apresentaram declínio cognitivo, o que vai ao encontro de outro estudo que possui dados similares⁽¹¹⁾.

Outro dado está relacionado à execução de atividades físicas as quais são desenvolvidas por um número expressivo de idosos que participaram deste estudo (64,7%). A realização de exercício físico colabora na manutenção e no retardo do declínio das funções orgânicas presentes no processo de envelhecer. A realização de atividades físicas melhora a função ventilatória, cardiovascular, muscular, além da memória, cognição e sociabilidade⁽¹²⁾. Acerca da influência da atividade física sobre o sistema cognitivo há evidências que qualquer frequência de exercícios físicos moderados realizados por indivíduos com idade acima de 50 anos está ligada à redução na possibilidade de comprometimento cognitivo⁽¹³⁾.

Ao serem questionados sobre o tabagismo identificou-se que a maior parte dos idosos não faz uso de cigarro (81,2%). Em estudo que buscou as características e fatores associados ao hábito de fumar em uma população idosa apontou que há uma redução no hábito de fumar entre a população idosa,

com destaque para o sexo masculino⁽¹⁴⁾. Entre os tabagistas atuais, os homens idosos consomem um maior número de cigarros diariamente e começam a fumar mais cedo do que as mulheres⁽¹⁴⁾.

O tabagismo e o etilismo representam fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares, pulmonares, oncológicas e as demências. Salienta-se que estes fatores de riscos são modificáveis e, portanto, passíveis de serem minimizados, em especial entre a população idosa. Estudo com idosos que tinham diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) mostrou que 46,9% dos pacientes possuíam antecedentes de tabagismo, dentre eles 50% já haviam abandonado o hábito e 31% ainda fumavam por ocasião do AVCi. Em relação ao uso de bebida alcoólica, 35,1% dos idosos faziam uso dessa substância, com predomínio na faixa etária inferior a 70 anos. Dentre os que possuíam o hábito de ingerir bebida alcoólica, 48,9% relataram ter deixado de usá-la antes da ocorrência do AVCi e 26,2% permaneciam fazendo uso dessa substância. O consumo de nicotina e de álcool foi menor entre as mulheres⁽¹⁵⁾. Especificamente em relação à ingestão de bebida alcoólica, estudos mostraram evidências de que o alcoolismo pode levar à perda cognitiva e, conseqüente, demências em função da diminuição da absorção da vitamina B12 pelo sistema gastrointestinal^(15,16).

Quanto às doenças crônicas autorreferidas identifica-se que, entre os indivíduos sem declínio cognitivo, há um maior percentual de idosos que mencionaram ter alguma morbidade crônica, com destaque para a hipertensão arterial e varizes. Entretanto, na análise estatística não se comprovou a existência de associação entre a variável declínio cognitivo com as condições de saúde autorreferidas pelos idosos.

Pesquisa que buscou descrever as características sociodemográficas, funcionais e clínicas dos idosos, com e sem declínio cognitivo, residentes na zona urbana de um município de Minas Gerais, identificou percentual expressivo de idosos hipertensos e com problemas de má circulação (varizes), especialmente naqueles que não apresentavam declínio cognitivo⁽¹⁷⁾. Outro estudo realizado sobre perda cognitiva e condições de saúde em idosos, evidenciou que 5,2% deles, com idade entre 60 a 75 anos, afirmaram não sofrer de nenhuma doença; 25,9% de uma; 25,9% de duas; 23% de três; 9,6%

sofriam de quatro doenças; 5,9% de cinco; e, por fim, 4,4% de seis ou mais doenças⁽¹⁸⁾. Os resultados desta mesma pesquisa mostraram que as enfermidades prevalentes foram a hipertensão arterial sistêmica, seguida por acidente vascular cerebral, cardiopatia, demência, doença de Alzheimer e doença de Parkinson. O predomínio dessas doenças estava relacionado à perda cognitiva e ao comprometimento das atividades de vida diária⁽¹⁸⁾.

Na tentativa de minimizar a redução da capacidade funcional e da cognição a atividade física tem sido amplamente indicada como uma estratégia para a promoção da saúde dos idosos, bem como para a manutenção da autonomia e independência destes. Além disso, atua na prevenção e controle de doenças incluindo eventos cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoporose, obesidade e depressão. Nos últimos anos têm sido crescente o interesse em estudar o potencial da atividade física na preservação e, particularmente, como um fator protetor contra o desenvolvimento da demência⁽¹⁹⁾.

Em outra investigação sobre o perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência os resultados mostraram que a maioria mencionou pelo menos uma doença. A saúde foi autopercebida como boa por 51,27% e péssima por 7,11% dos gerontes. Com relação a medicamentos, 89,85% dos idosos utilizavam pelo menos uma droga, em que a indicação mais frequente foi para a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias e osteoporose⁽¹⁸⁾.

Os resultados deste estudo apontaram para a necessidade de intervenções focadas na área da saúde, com vistas a promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como no tratamento e reabilitação das condições mórbidas já instaladas, o que poderá favorecer para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O estudo verificou que há predomínio de mulheres idosas, viúvas e que frequentaram de quatro a sete anos o ensino formal. O resultado do MEEM indica que 23,6% dos participantes do estudo apresentaram declínio cognitivo. Quando analisada por faixa etária observou-se que os idosos de 80 anos ou mais de idade apresentaram um percentual maior de declínio cognitivo.

Em relação ao estado de saúde autorreferido pelos idosos há percentuais similares entre os que

a consideraram bom e regular. A maior parte dos idosos mencionou realizar atividades físicas e não fazem uso de tabaco e de bebida alcoólica. Esse comportamento é relevante, pois hábitos saudáveis de vida, a prática de exercícios físicos regulares e a participação em atividades grupais e as interações sociais colaboram para a promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo quadros demenciais, mesmo na população que já possui algum grau de déficit cognitivo.

Reforça-se que ações direcionadas a promoção da saúde e prevenção de doenças em pessoas idosas contribuem para a manutenção de sua capacidade funcional e autonomia, com possibilidade de um envelhecimento mais saudável. O estudo sobre as condições de saúde de idosos que frequentam grupo de terceira idade evidenciou a importância da existência de espaços sociais, nos quais as pessoas idosas possam interagir, dialogar, formar novas amizades e vínculos, manter e desenvolver suas potencialidades, com o objetivo de melhorar sua qualidade de vida.

Os resultados a partir da análise estatística não evidenciaram a existência de associação entre declínio cognitivo e atividade física, consumo de tabaco e álcool. Também, não se identificou associação entre declínio cognitivo com as condições de saúde autorreferidas pelos idosos. Desse modo, sugere-se que novas investigações sejam desenvolvidas com vistas a identificar a relação entre declínio cognitivo e doenças de natureza física e mental, bem como sua associação com variáveis como atividade física e consumo de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

- 1 Schindwein-Zanini R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. Rev Neurocienc. 2010;18(2):220-226.
- 2 Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev Psiquiatr Clín. 2005; 32(3):131-136.
- 3 Mazurek AA, De Deyn PP, Mayeux R, Sano. Treatment of Alzheimer's Disease M. N Engl J Med. 2000; 342:821-822.
- 4 Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Ivan H, Okamoto IH. Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-81.

- 5 Lourenco RA, Veras RP. Mini-Mental State Examination: psychometric characteristics in elderly outpatients. Rev Saude Publica. 2006; 40(4): 712 -9.
- 6 Triola MF. Introdução a estatística. 10ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
- 7 Borini MLO, Cintra FA. Representações sociais da participação em atividade de lazer em grupos de terceira idade. Rev Bras Enferm. 2002; 55(5):568-574.
- 8 Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos sobre Envelhecimento. 2005;8(1). Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>.
- 9 Machado JC, Ribeiro, RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(4):592-605.
- 10 Assis M, Pacheco LC, Menezes IS. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. Textos sobre Envelhecimento. 2002;4(7). Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php>.
- 11 Han C, Jo SA, Jo I, Kim E, Park MH, Kang Y. An adaptation of the Korean mini-mental state examination (K-MMSE) in elderly Koreans: demographic influence and population-based norms (the AGE study). Arch Gerontol Geriatr. 2008; 47(3):302-10.
- 12 Cheik NC, Reis IT, Heredia RAG, Ventura ML, Tufik S, Antunes HKM, Mello MT. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. Rev Bras Ci Mov. 2003; 11(3):45-52.
- 13 Geda YE, Roberts RO, Knopman DS, Christianson TJH, Pankratz VS, et al. Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study. Arch Neurol. 2010; 67(1):80-86.
- 14 Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Fatores associados ao hábito de fumar entre idosos (Projeto Bambuí). Rev Saude Publica. 2005; 39(5):746-753.
- 15 Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzon ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(3-B):844-851.
- 16 Ramos LR, Montañó MBMM. Declínio cognitivo no idoso. In: Prado FC, Ramos J, Valle JR. Atualização terapêutica 2007. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
- 17 Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. Acta Paul Enferm 2011; 24(1):29-35.
- 18 Nordon DG, Guimarães RR, Kozonoe DY, Mancilha VS, Dias Neto VS. Perda cognitiva em idosos. Rev Fac Ci Méd Sorocaba. 2009; 11(3):5-8.
- 19 Busse AL, Gil G, Santarém JM, Jacob Filho W. Physical activity and cognition in the elderly. Dement Neuropsychol. 2009; 3(3):204-208.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Marinês Tambara Leite
Rua Floriano Peixoto, 776
98700-000, Ijuí, RS
E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Recebido em: 20.11.2011
Aprovado em: 04.09.2012