



Perfil cognitivo de idosos domiciliados de uma cidade no interior do Amazonas

Cognitive profile of elderly people living in a city in the interior of Amazonas

Yandra Alves Prestes

Mestranda em Ciências do Movimento Humano; Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Coari, AM, Brasil;
E-mail: yprestess18@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-2089-7682

Johrdy Amilton da Costa Braga

Mestre em Ciências do Movimento Humano; Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, AM, Brasil;
E-mail: johrdybraga@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2020-250X

Higo da Silva Lopes

Bacharel em Fisioterapia; Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Coari, AM, Brasil;
E-mail: higo.lopes17@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2589-8526

Maria Helena Ribeiro De Checchi

Doutora em Odontologia; Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Coari, AM, Brasil;
E-mail: mariahelenaard@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-8431-6533

Elisa Brosina de Leon

Doutora em Biotecnologia; Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, AM, Brasil;
E-mail: elisadleon@ufam.edu.br; ORCID: 0000-0002-2559-6897

Hércules Lázaro Morais Campos

Doutorando em Saúde Coletiva/Epidemiologia; Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Coari, AM, Brasil;
E-mail: herculeslmc@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-6919-8161

Resumo: Este estudo tem como objetivo descrever o perfil cognitivo e de funcionalidade de pessoas idosas que participaram de um grupo um treinamento focado em atividades de dupla tarefa, em uma universidade pública. Métodos: Trata-se de um estudo transversal com idosos que apresentam idade > 60 anos de ambos os sexos. Avaliou-se a cognição pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Trilha, Teste de Fluência Verbal (TFV), Teste de Reconhecimento de Figuras e Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE. A funcionalidade foi avaliada com o Instrumento de Avaliação de Incapacidade (WHODAS II) e o Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ). Resultados: Foram avaliados 26 idosos, sendo a maioria do sexo feminino 73,1% (19); com idade ≥ 60 anos. A maioria dos idosos declararam-se aposentados 92,3% (24), analfabetos ou possui menos de 5 anos de escolaridade 76,9% (20). Os participantes obtiveram uma boa pontuação nas avaliações funcionais, já nas de cognição os idosos apresentaram de moderado a grave déficit cognitivo. Nos testes de avaliação cognitiva aplicados verificou-se comprometimento significativo em relação ao desempenho. Conclusão: no que diz respeito ao perfil cognitivo, verificou-se um comprometimento cognitivo preocupante dos idosos avaliados. Quanto à funcionalidade, os idosos ativos obtiveram bons resultados, mostraram ser independentes ou possuir pouca dificuldade na realização de suas atividades cotidianas e não precisam de dispositivo de auxílio de marcha.

Palavras-chave: Cognição; Saúde do idoso; Exercício Físico.

Abstract: This study aims to describe the cognitive and functional profile of elderly people who participated in a training group focused on dual-task activities at a public university. **Methods:** This is a cross-sectional study with elderly aged > 60 years of both sexes. Cognition was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE), Trail Test, Verbal Fluency Test (TFV), Picture Recognition Test and Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly-IQCODE. Functioning was assessed using the Disability Assessment Instrument (WHODAS II) and the Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ). **Results:** 26 elderly people were evaluated, the majority being female 73.1% (19); aged ≥ 60 years. Most elderly declared themselves retired 92.3% (24), illiterate or have less than 5 years of schooling 76.9% (20). The participants had a good score in the functional assessments, while in the cognition assessments, the elderly had moderate to severe cognitive deficits. In the applied cognitive assessment tests, there was a significant impairment in relation to performance. **Conclusion:** with regard to the cognitive profile, there was a worrying cognitive impairment of the evaluated elderly. As for functionality, the active elderly obtained good results, proved to be independent or have little difficulty in carrying out their daily activities and do not need a walking aid device.

Keywords: Cognition; Health of the elderly; Exercise.

Introdução

O processo de envelhecimento da população é um evento que acontece em escala mundial e afeta não só os países desenvolvidos, mas também aqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. As estimativas indicam que, no ano de 2050, a população idosa atinja o quantitativo de 2,1 bilhões de indivíduos¹. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística², o Brasil será considerado a sétima população com maior número de idosos no mundo, conforme projeções para o ano de 2025.

Apesar de ser um processo natural, o envelhecimento aumenta a vulnerabilidade a problemas como incapacidades motoras e enfermidades crônicas. Ele traz consigo alterações anatômicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que contribuem para o declínio dos aspectos cognitivos e físico-funcionais desses indivíduos³. Esse declínio físico-funcional vai além da mera diminuição da capacidade funcional, ele provoca consequências que vão desde o isolamento social até transtornos psicológicos⁴. A capacidade funcional refere-se à aptidão para a realização de atividades sem depender excessivamente de assistência externa, envolve condicionamento físico e mental para que o indivíduo mantenha uma vida de forma independente e autônoma⁴. Sua perda faz com que o idoso se torne total ou parcialmente dependente, o que afeta negativamente sua qualidade de vida⁵.

No âmbito da saúde pública, o conceito de capacidade funcional tem ganhado cada vez mais relevância quando se trata da saúde do idoso. Ao invés de se preocupar apenas com o diagnóstico e tratamento de doenças específicas, é necessário o investimento em ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, visando a preservação da independência física e mental dos idosos, bem como a valorização da sua autonomia⁶.

O comprometimento dos processos cognitivos, como a memória, tem um impacto significativo na capacidade de realizar atividades funcionais diárias e também está associado ao aumento na ocorrência de doenças degenerativas, como o Alzheimer. Essas condições podem resultar em consequências adversas para a autonomia, para a independência e para a qualidade de vida dos idosos^{7,8}.

Com o aumento da expectativa de vida, surge cada vez mais a necessidade de ofertar qualidade de vida aos idosos, e nesse processo, a preservação de uma boa capacidade funcional e de memória desempenham um papel fundamental⁹. Pesquisas têm sido realizadas com o intuito de melhor compreender os fatores que podem influenciar a qualidade de vida dessas pessoas¹⁰. O exercício físico destaca-se como uma importante medida preventiva para o declínio da capacidade funcional dos idosos e a sua realização em grupo tem demonstrado resultados satisfatórios^{11,12}.

Dentre os diversos benefícios que o exercício físico proporciona a esse público pode-se mencionar a melhoria da memória recente, dos aspectos cognitivos e do desempenho social, além da força muscular e capacidade cardiorrespiratória, que exercem influência direta sobre o nível de aptidão física e capacidade funcional¹³. Além disso, essa prática pode ser vista como uma opção de baixo custo para mitigar os efeitos negativos do processo de envelhecimento experimentado pelas pessoas idosas⁹.

Diante disso, o objetivo da pesquisa é descrever o perfil cognitivo e de funcionalidade de idosos que participaram de um grupo um treinamento focado em atividades de dupla tarefa em uma universidade pública.

Metodologia

Refere-se a um estudo do tipo transversal e descritivo, realizado com um grupo de idosos ativos de ambos os sexos. É um recorte de um estudo longitudinal que necessitou ser interrompido devido à medidas de biossegurança adotadas após o surgimento da pandemia de covid-19, visando preservar a saúde dos envolvidos no estudo.

Os participantes se deslocaram até o local estabelecido para realização de exercícios físicos em grupo associados com dupla tarefa. A frequência foi de 2 atividades semanais, com duração de 50 minutos cada. O tempo total de atendimento foi de 24 sessões (12 semanas), os primeiros 5 minutos e os 5 minutos finais eram reservados para aferir a pressão arterial dos idosos antes e depois do atendimento, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Protocolo de exercícios praticados pelos idosos participantes do estudo.

Divisões de Treino	Tempo	Exercícios
Aquecimento	10 minutos	Andar de frente com passos amplos e com movimentos alternados de flexão e extensão de ombro de 90°. Andar de lado com passos amplos, com movimento lateral de membros superiores.
Treino de marcha com obstáculos	10 minutos	Continha 4 metros de comprimento, com duas escadas funcionais de dois degraus, uma em cada extremidade do circuito, entre elas havia duas fileiras de cones coloridos. Havia uma cadeira que demarcava onde o circuito iniciava. O idoso começava sentado e então se levantava, caminhava entre os cones em ziguezague até alcançar a escada. Sobe a escada e logo em seguida descia, caminhava entre os cones novamente e alcançava a outra escada. Subia e descia por ela e chega na cadeira no início do circuito.
Equilíbrio	5 minutos	Apoio uni podal por 10 segundos do pé direito e em seguida esquerdo, caminhar sobre uma linha demarcada no chão com ou sem obstáculos.
Fortalecimento	10 minutos	Flexão e extensão de membros superiores e inferiores, seguido de abdução e adução de ombros até 90° com carga de no máximo 2 kg ou nenhuma carga. Para fortalecer os membros inferiores foi realizado agachamento com bola suíça e apoio da parede, com peso corporal.
Relaxamento	5 minutos	Os idosos eram instruídos a sentarem em bola suíça e que fechassem os olhos, respirando calmamente usando o freio labial e enquanto isso fizessem movimentos leves e circulares com o quadril com os braços entrelaçados sobre o peito com as mãos tocando os ombros.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Para o recrutamento dos idosos anunciou-se na principal rádio da cidade e em visitas nas igrejas de bairros sobre o atendimento e todos os idosos que procuraram o serviço e que se encaixaram nos critérios de inclusão estabelecidos pelos pesquisadores receberam atendimentos.

Os critérios utilizados para a inclusão no estudo foram: possuir uma idade que fosse igual ou superior a 60 anos, ter condicionamento físico para participar ativamente do protocolo de exercícios proposto. Apesar de ter sido realizada a avaliação cognitiva por meio do MEEM (Mini Exame do Estado Mental), optou-se por incluir todos os participantes, independente da nota de corte do instrumento, pois era do interesse dos pesquisadores contar com os idosos que apresentassem déficit cognitivo em graus moderado a grave.

Como critério de exclusão adotou-se os seguintes critérios: obter mais de 2 faltas sem justificativa e ser acometido por doença que o incapacitasse a realização dos exercícios. Excluiu-se também aqueles idosos que já praticavam fortalecimento muscular, seja em academias, em atendimentos fisioterapêuticos ou em programas comunitários voltados para exercícios físicos, no mesmo período em que o protocolo deste estudo foi aplicado, visto que, tais práticas poderiam influenciar os resultados físico funcionais e cognitivos quando avaliados pela atual pesquisa.

O estado cognitivo foi avaliado por meio do MEEM^{7,14}. Essa avaliação é composta por um conjunto de perguntas que estão organizadas em sete categorias que avaliam diferentes funções cognitivas como a orientação temporal, a orientação espacial, a memória imediata, a atenção e cálculo,

a memória de evocação, a linguagem e capacidade construtiva visual¹⁴. Os pontos de corte do instrumento são: 20 pontos para as pessoas analfabetas; 25 pontos para indivíduos que possuem escolaridade entre 1 a 4 anos; 26,5 pontos para aqueles com escolaridade entre 5 a 8 anos; 28 pontos para os que possuem entre 9 a 11 anos de escolaridade e 29 pontos para as pessoas com mais de 11 anos de estudo. A pontuação do MEEM vai de 0 a 30 pontos e os menores valores indicam uma possível diminuição da cognição¹⁴.

A função executiva e memória foi avaliada por meio do Teste de Fluência Verbal (TFV) em que se solicita que a pessoa avaliada fale a maior quantidade de palavras, dentre animais e frutas, em 1 minuto^{14,15}. Para a obtenção da nota de corte nesse teste é preciso considerar a escolaridade do participante. Para pessoas analfabetas (9 pontos), para indivíduos com tempo de estudo entre 1 e 8 (12 pontos) e para aqueles com 9 ou mais anos de estudo (13 pontos)¹⁴.

Os idosos também realizaram o Teste de Trilhas, que avalia a capacidade de manutenção de engajamento mental, o rastreamento visual, a destreza motora e a memória operacional. O teste consiste em ligar alternadamente número e letra, avaliando-se, então, a atenção, sequenciamento, flexibilidade mental, busca visual e função motora^{16,17}.

Outro instrumento utilizado foi o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE), que avalia o declínio cognitivo em idosos tomando como base o relato de um informante, seja parente ou outra pessoa que tenha contato com o idoso avaliado¹⁸. Ele é composto por 26 itens e possui seis partes, cada uma contendo uma nota de corte específica¹⁸.

Utilizou-se também o Teste de Reconhecimento de Figuras, um método de avaliação que busca averiguar o declínio cognitivo. Ele compreende o reconhecimento de 10 figuras mostradas pelo avaliador, cujo desfecho, por sua vez, depende muito pouco da escolaridade do idoso. Permite julgar a capacidade de percepção, nomeação, memória imediata e evocação¹⁹.

O *Word Health Disability Assessment Schedule-Brazilian Version for Older People* (WHODAS 2.0) foi utilizado neste estudo para avaliar as dimensões de atividades e participação social²⁰. Ele permite medir o impacto de uma determinada condição clínica sobre funcionalidade. Seu escore total varia de 0 a 40 pontos. Nesse estudo, considerou-se a pontuação por soma simples em que a pontuação em cada categoria de variável pode ser assinalada entre zero (sem problema) a quatro (grave problema ou incapaz para a realização)²⁰.

Para avaliar o desempenho funcional do idoso foi utilizado um questionário estruturado, versão brasileira do OARS: *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ). Os valores de sua pontuação foram estipulados de acordo com o autorrelato de cada participante, sendo 4 (quatro) quando ele referia não realizar a atividade por não saber realizá-la, 3 (três) quando havia

dificuldade e essa dificuldade era muita, 2 (dois) quando pouca, 1 (um) quando ausente e 5 (cinco) não soube responder²¹.

Para a análise descritiva dos dados, usou-se o programa de *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0. Os resultados são apresentados em frequências relativas e absolutas. Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo CEP da Universidade Federal do Amazonas com o Parecer nº 3.243.420, CAAE: 08021419.2.0000.5020. Para descrição do artigo foram seguidas as recomendações do instrumento STROBE.

Resultados

A amostra do estudo foi composta por 26 idosos, com o predomínio do sexo feminino 73,1% (19); com idade ≥ 60 anos; a maioria dos idosos declararam-se aposentados 92,3% (24), analfabetos ou possui menos de 5 anos de escolaridade 76,9% (20), conforme a tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos idosos ativos participantes do atendimento.

Variáveis	%	N
Idade		
60 a 69 anos	50,0	13
70 a 79 anos	38,5	10
80 a 89 anos	11,5	3
Sexo		
Feminino	73,1	19
Masculino	26,9	7
Escolaridade		
De 0 a 5 anos de escolaridade	76,9	20
Naturalidade		
Interior do Amazonas	100,0	26
Ocupação atual		
Aposentado	92,3	24
Renda mensal		
Um salário mínimo	76,9	20
Moradia		
Mora com alguém	84,6	22
Medicação		
Duas a quatro medicações	53,8	14
Classe de medicamento		
Anti-hipertensivo	53,8	14
Dispositivos auxiliares de marcha		
Não usa	88,5	23
Visão autorrelatada		
Péssima	42,3	11
Regular	30,8	8
Audição autorelatada		
Boa	46,2	12
Regular	30,8	8
Aparelho de audição		
Não usa	100,0	26

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Ao avaliar a função cognitiva através do MEEM, 46,2% (12) pontuaram menos que 20 pontos. Em relação ao IQCODE, 64,6% (17) dos idosos relataram que a sua memória estava pior ou muito pior se comparada a 10 anos atrás. Quanto ao teste de trilha, 92,3% (24) dos participantes não conseguiram realizar o que foi solicitado e no TFV, a maioria dos participantes teve êxito ao evocar as palavras, obtendo uma boa pontuação no teste, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Caracterização da função cognitiva avaliada por meio do Mini-exame do Estado Mental, Questionário sobre o Declínio Cognitivo em Idosos, Teste de Trilha e de Fluência Verbal, em idosos ativos participantes do atendimento.

Teste	Categorias	%	N
Mine exame do estado Mental	Menos de 20 pontos	46,2	12
	5 a 8 anos de escolaridade	3,8	1
Questionário sobre o Declínio Cognitivo em Idosos	Total maior que 78 pontos apontam déficit de memória	64,6	17
Teste de Trilha	Não realizou o teste corretamente	92,3	24
Teste de Fluência Verbal	Sugere 8 anos ou mais de escolaridade	53,8	14
Teste de reconhecimento de figuras	Percepção visual correta, menor 10 acertos	60,8	16
	Nomeação correta, menor que 9 acertos	60,8	16
	Memória incidental, maior que 5 acertos	83,6	22
	Memória imediata 1, menor que 8 acertos	64,6	17
	Memória imediata 2, menor que 8 acertos	64,6	17
	Evocação após 5 minutos, maior que 5 acertos	79,8	21

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Tabela 3. Caracterização da funcionalidade e do grau de dificuldade e saúde nos últimos 30 dias entre os idosos ativos avaliadas por meio do BOMFAQ e WHODAS 2.0

Teste	Categorias	%	N
<i>Brazilian Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</i>	Relatou não ter dificuldade ou necessidade de auxílio em se alimentar	84,6	22
	Relatou não ter dificuldade ou necessidade de auxílio para vestir-se	84,6	22
	Relatou não ter dificuldade ou necessidade de auxílio para pentear o cabelo	80,8	21
	Relatou muita dificuldade ou necessidade de auxílio ao realizar a limpeza da casa	34,6	9
	Relatou muita dificuldade ou necessidade de auxílio para cortar as unhas dos pés	30,8	8
	Relatou muita dificuldade ou necessidade de auxílio para sair de condução	30,8	8
Total BOMFAQ	Relatou muita dificuldade ou necessidade de auxílio ao deitar e levantar da cama	30,8	8
	Relatou possuir alguma ou muita dificuldade ou necessidade de auxílio	73,1	19
<i>World Health Disability Assessment Schedule 2.0</i>	Relatou não possuir dificuldade ou necessidade de auxílio	26,9	7
	A dificuldade relatada não gerou incapacidade nos últimos 30 dias	57,7	15
	A dificuldade relatada não gerou corte ou redução de atividades nos últimos 30 dias	57,7	15
	Teve dificuldades para lavar o corpo nos últimos 30 dias	34,6	9
	A dificuldade relatada esteve presente durante 30 dias	26,9	7
	Teve dificuldade em participar de atividade na comunidade nos últimos 30 dias	23,1	6
	Teve dificuldades para vestir-se nos últimos 30 dias	23,1	6
	Teve dificuldades para manter amizades nos últimos 30 dias	19,2	5

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Ao avaliar a funcionalidade dos idosos atendidos por meio do WHODAS 2.0, observou-se que a maioria deles afirma não ter ficado incapacitado ou reduzido a frequência suas atividades cotidianas, o que aponta que idosos ativos apresentaram boa funcionalidade. No BOMFAQ a maioria dos idosos

participantes relatou possuir dificuldade, porém pouca 53,8% (14) e um número menor deles relata não possuir dificuldades 26,9% (7). Dados apresentados na Tabela 3.

Discussão

A grande maioria dos participantes da pesquisa eram sexo feminino, seguindo a tendência que foi observada em outros estudos em que se observou uma maior participação das mulheres em serviços de promoção à saúde e um maior grau de preocupação com a saúde^{7,22-25}.

No que se refere à escolaridade, mais da metade dos idosos eram analfabetos ou tinham menos de 5 anos de escolaridade, variando de 2 a 3 anos de estudo. Muitos idosos, avaliados neste estudo, relataram que, quando jovens, moravam no interior da cidade e que a distância e o custo de vida eram obstáculos para a realização dos estudos na cidade, o que ocasionava o abandono dos estudos prematuramente. A baixa escolaridade se deve ao fato de a educação não ser vista como prioridade na região²⁶. A escolaridade se apresenta como um fator fundamental, uma vez que os idosos que possuem menos tempo de estudo tendem a apresentar um desempenho insatisfatório na maioria dos testes cognitivos²³.

Devido à baixa escolaridade detectada nesses idosos, houve uma alta dificuldade na compreensão os testes cognitivos realizados neste estudo, principalmente no Teste de Trilha, em que mais de 90% dos idosos não conseguiu realizá-lo corretamente, o que corrobora com os resultados do MEEM, no qual mais de 90% pontuou como analfabeta ou possui menos de 5 anos de escolaridade. Os resultados obtidos no MEEM sofreram forte influência da variável escolaridade, já que os idosos que possuíam os menores níveis de escolaridade tiveram menores pontuações no teste²³.

Quanto aos idosos que foram avaliados com o TFV, grande parte deles obtiveram boas pontuações, mesmo com a baixa escolaridade relatada, o que contradiz um estudo que afirma que a pontuação do TFV aumenta de acordo com o nível de escolaridade do idoso²⁴. Outro estudo observou um melhor desempenho cognitivo em idosos ativos e sugere que praticar atividade física de forma regular pode ser um fator de proteção cognitiva que mitiga os efeitos que a baixa escolaridade pode causar no desempenho dos idosos²⁵.

Para a avaliação da memória, utilizou-se o Teste de Reconhecimento de Figuras que demonstrou um bom escore, isso se deve aos conhecimentos e experiências adquiridas no decorrer da vida, para buscar e organizar as ideias, a velocidade de processamento de memória preservada²⁶. Uma queixa comum entre os idosos que pode ter influenciado os resultados durante a aplicação do TRF são os relatos de comprometimentos visuais.

A maioria dos idosos avaliados pelo IQCODE, queixaram-se de problemas de memória, quando comparado a memória no presente em relação há 10 anos atrás. A maioria deles alega que sua memória está pior ou muito pior e costumam ter dificuldade para lembrar de coisas simples como, onde guardam objetos pessoais, horário da medicação ou até mesmo do rosto de parentes distantes ou amigos. Outro estudo apresenta resultados semelhantes aos encontrados na presente pesquisa e indica que a percepção dos idosos submetidos ao IQCODE apresenta-se muito pior, quando se compara a sua situação cognitiva de dez anos atrás com o momento atual²⁶. Neste estudo, a grande maioria da população avaliada era analfabeta ou possuía menos de 5 anos de estudo e acordo com Souza et al.²³ a baixa escolaridade pode influenciar negativamente os resultados de testes cognitivos. Em contrapartida, Carrabba e colaboradores²⁷ sugerem que o IQCODE possibilita detectar o déficit cognitivo desde a fase inicial mesmo em populações que têm como característica a baixa escolaridade. O WHODAS 2.0 avalia a saúde e a funcionalidade tanto na população geral quanto em grupos específicos²⁸. Os idosos desse estudo obtiveram resultados positivos com relação a funcionalidade, pois grande parte dos idosos relataram não possuir dificuldades nos itens citados pelo questionário e mais da metade deles afirmou não ter ficado incapacitado, cortado ou diminuído a frequência suas atividades cotidianas. Esses dados se assemelham ao estudo de Da Costa, Leão e Campos²⁶ desenvolvido na mesma região, porém, com idosos da zona rural. Nele observa-se que a maior parte dos idosos, quando aplicado o WHODAS 2.0, não apresentaram nenhuma dificuldade na execução de suas atividades do cotidiano. Segundo Ferrer et al.²⁰ a pontuação obtida no WHODAS 2.0 aumenta concomitantemente com idade e sugere que tal aumento possui associação com a incapacidade. Isso corrobora com o presente estudo, pois a maioria dos idosos avaliados possuem idade variando entre 60 a 69 anos, são considerados idosos jovens e mantém uma boa capacidade funcional.

Os resultados obtidos no BOMFAQ complementam os achados do WHODAS 2.0, houve predomínio de indivíduos sem comprometimento ou com comprometimento leve de funcionalidade, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Diniz et al.²⁹, que observaram uma dificuldade leve ou comprometimento leve da funcionalidade entre os idosos avaliados em sua pesquisa. Entretanto, o estudo de Moraes et al.³⁰ evidencia que a maioria dos idosos avaliados apresentaram dificuldade em pelo menos uma atividade da vida diária. Já em Rossi et al.⁵, os idosos que relataram possuir muita dificuldade no BOMFAQ, foram os mais velhos, faziam uso de múltiplos medicamentos, apresentavam comorbidades, maior autorrelato de saúde geral ruim e queixavam-se de problemas de audição e visão. A realização de atividade física em grupo por idosos tem sido descrita e fortemente discutida na literatura. No estudo desenvolvido por Ferretti et al. (2015)¹³, observou-se que idosos que praticam exercício físico de forma regular demonstram possuir melhores índices de qualidade de vida quando

comparados àqueles que não possuem esse hábito, o que pode favorecer uma melhor preservação de importantes funções do indivíduo, como as funções físicas e psicossociais. Outro estudo têm resultados semelhantes e ainda acrescenta que a prática de exercícios físicos atua diminuindo a chance de surgimento de condições clínicas desfavoráveis e transtornos comuns entre idosos, como a diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, as coronariopatias, a osteoporose, a ansiedade, a depressão, a desnutrição e a insônia³¹.

Quanto às funções cognitivas, a memória foi o aspecto em que os idosos relataram as maiores queixas. No estudo de Cordeiro et al. (2014)⁹, observou-se que os idosos fisicamente ativos possuíam uma memória melhor quando comparados aos que não praticavam atividade física. Estudos recentes apontam que a suscetibilidade ao declínio cognitivo e a demência na velhice é menor em pessoas fisicamente ativas⁹⁻¹¹.

Dentre os efeitos benéficos que a prática de exercício físico exerce sobre a saúde dos idosos, pode-se citar a melhora da autoestima, da qualidade de vida, o aumento da expectativa de vida e da independência funcional¹¹. Segundo Tanaka et al. (2016)³², os benefícios do exercício físico estendem-se também à prevenção de quedas, já que as deficiências no controle postural são passíveis de mudanças caso haja uma intervenção mediada por exercícios.

O estudo de Rebelatto et al. (2006)³¹ demonstra que programas de exercícios de força e resistência, independente da intensidade, podem ser utilizados para recondicionamento muscular em indivíduos idosos, inclusive aqueles nonagenários. Há evidência de que a prática regular de atividade física entre os idosos favorece a melhora da qualidade de vida, na capacidade funcional e na saúde mental¹⁰. Como limitações deste estudo aponta-se a ausência de avaliações de acompanhamento após seis meses que permitissem verificar a continuidade das mudanças.

Considerações finais

A descrição e avaliação dos aspectos cognitivos, funcionais, sociais e condições de saúde deste estudo revelou comprometimento cognitivo preocupante em relação ao desempenho desses idosos nos testes de avaliação cognitiva aplicados.

Vale ressaltar que alguns dos testes aplicados requerem certo nível de escolaridade, uma realidade não encontrada no atual estudo, o que pode ocasionar o não entendimento dos participantes aos itens presentes no questionário, gerando respostas equivocadas.

Quanto à funcionalidade, os idosos ativos obtiveram bons resultados em suas avaliações funcionais, mostraram ser independentes ou possuir pouca dificuldade na realização de suas atividades cotidianas e não precisam de dispositivo de auxílio de marcha.

Referências

1. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Active aging: prevalence and gender and age differences in a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2018;34.
2. IBGE PDAT. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Projeção da População do Brasil por sexo e idade. IBGE; 2013. Acesso em: 25 de janeiro de 2018.
3. dos Santos ACO, de Oliveira Machado MM, Leite EM. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Geriatr Gerontol*. 2010;168.
4. Marchon RM, Cordeiro RC, Nakano MM. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13:203–14.
5. Rossi ALS, Pereira VS, Driusso P, Rebelatto JR, Ricci NA. Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. *Brazilian J Phys Ther*. 2013;17:77–85.
6. de Almeida MHM, Litvoc J, Perez MP. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um centro de saúde escola do município de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15:187–200.
7. Dias RG, Streit IA, Sandreschi PF, Benedetti TRB, Mazo GZ. Diferenças nos aspectos cognitivos entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63:326–31.
8. Feldberg C, Stefani D, Tartaglino MF, Hermida PD, García LM, Somale MV, et al. La influencia de la educación y la complejidad laboral en el desempeño cognitivo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Cien Psicol*. 2020;14(1).
9. Cordeiro J, Del Castillo BL, de Freitas CS, Gonçalves MP. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17:541–52.
10. da Costa FR, Rodrigues FM, Prudente COM, de Souza IF. Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21:24–34.
11. Scianni AA, Faria GS, da Silva JS, Benfica PA, Faria CDCM. Efeitos do exercício físico no sistema nervoso do indivíduo idoso e suas consequências funcionais. *Rev Bras Cien Esporte*. 2019;41:81–95.
12. de Oliveira DV, Bertolini SMMG, Martins Jr J. Qualidade de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico. *ConScientiae Saude*. 2014;13(2):187–95.
13. Ferretti F, Beskow GCT, Slaviero RC, Ribeiro CG. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2015;20(3).
14. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:777–81.
15. Becattini-Oliveira AC, Câmara LCP, Dutra DF, Sigrist AAF, Charchat-Fichman H. Instrumento baseado em desempenho para avaliar a Capacidade Funcional em Idosos da Comunidade. *Dement Neuropsychol*. 2019;13(4):386–93.
16. Magila MC, Caramelli P. Funções executivas no idoso. *Neuropsiquiatr geriátrica*. 2001.
17. da Mota MMPE, Banhato EFC, da Silva KCA, Cupertino APFB. Cognitive screening: comparisons between the mini-mental and the trail-making test. *Estud Psicol*. 2008;25:353–9.
18. Sanchez MAS, Lourenço RA. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1455–65.
19. Nitrini R, Helena Lefèvre B, Mathias SC, Caramelli P, Carrilho PEM, Sauaia N, et al. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:457–65.
20. Ferrer MLP, Perracini MR, Rebutini F, Buchalla CM. WHODAS 2.0-BO: normative data for the assessment of disability

in older adults. *Rev Saude Publica*. 2019;53.

21. Tavares AC, Sacchelli T. Avaliação da atividade funcional em idosos submetidos à cinesioterapia em solo. *Rev Neurocienc*. 2009;17(1):19-23.

22. Manso MEG, Francisco CM, Torres RL, Camargo MR, Oliveira HSB, Lopes DOP, et al. Risco para desenvolvimento de transtorno cognitivo em um grupo de idosos ativos. *PAJAR-Pan Am J Aging Res*. 2020;8(1):e37867.

23. Souza MC, Bernardes FR, Machado CK, Favoretto NC, Carleto NG, Santo CE, et al. Relação entre aspectos cognitivos, sociodemográficos e fluência verbal de idosos ativos. *Rev CEFAC*. 2018;20:493-502.

24. Bernardes FR, Machado CK, Souza MC, Machado MJ, Belaunde AMA. Queixa subjetiva de memória e a relação com a fluência verbal em idosos ativos. In: *CoDAS. SciELO Brasil*; 2017.

25. Coelho FGM, Vital TM, Novais IP, Costa GA, Stella F, Santos-Galduroz RF. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15:7-15.

26. da Costa RS, Leão LF, Campos HLM. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. *Rev Kairós-Gerontol*. 2020;23(1):83-103.

27. Carrabba LHG, Menta C, Fasolin EM, Loureiro F, Gomes I. Características psicométricas das versões completa e reduzida do IQCODE-BR em idosos de baixa renda e escolaridade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18:715-23.

28. Moreira A, Alvarelhão J, Silva AG, Costa R, Queirós A. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0-12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Rev Port Saude Publica*. 2015;33(2):179-82.

29. Diniz ERS, Galvão ACDR, Neto MFO, Franco CIF. Função cognitiva sobre a capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. *Congr Int Envelhec Hum*. 2015;2(1).

30. Moraes MPI, de Sousa IAFC, de Vasconcelos TB. Relação entre a capacidade funcional e mobilidade com a prática de atividade física em idosos participantes de uma associação. *Cien Saude*. 2016;9(2):90-5.

31. Rebelatto JR, Calvo JI, Orejuela JR, Portillo JC. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Brazilian J Phys Ther*. 2006;10:127-32.

32. Tanaka EH, dos Santos PF, Silva MF, Botelho PFFB, Silva P, Rodrigues NC, et al. O efeito do exercício físico supervisionado e domiciliar sobre o equilíbrio de indivíduos idosos: ensaio clínico randomizado para prevenção de quedas. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2016;19:383-97.

Como citar: Prestes YA, Braga JAC, Lopes HS, De Checchi MHR, de Leon EB, Campos HLM. Perfil cognitivo de idosos domiciliados de uma cidade no interior do Amazonas. *Rev Saude Redes*. 2023;9(sup6):4356. doi: 10.18310/2446-4813.2023v9nsup6.4356.

Submissão: 06/03/2023

Aceite: 06/11/2023