

## **ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA, COGNITIVA E FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS RESIDENTES EM COMUNIDADE RELIGIOSA**

Marcos Barbosa Veiga de Melo (1); Giulliana Helen de Vasconcelos Gomes (2); Laura de Sousa Gomes Veloso (3); Olívia Galvão Lucena Ferreira (4)

(1) Autor; acadêmico; Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; e-mail: [m.veiga@outlook.com](mailto:m.veiga@outlook.com)

(2) Co-autor; acadêmico; Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; e-mail:  
[giullianahelenvg@gmailmail.com](mailto:giullianahelenvg@gmailmail.com)

(3) Co-autor; docente; Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; e-mail: [oliviaglf@hotmail.com](mailto:oliviaglf@hotmail.com)

(4) Orientador; docente; Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; e-mail:  
[laurasgveloso@hotmail.com](mailto:laurasgveloso@hotmail.com)

### **INTRODUÇÃO**

O processo de envelhecimento no Brasil e nos demais países em desenvolvimento vem crescendo nas últimas décadas, passando a ser um desafio na saúde pública, para os países em desenvolvimento. Com isso os esforços vêm sendo direcionados no sentido de esclarecer fatores que contribuam para um envelhecimento saudável. Uma das características mais marcantes da velhice brasileira é a predominância feminina entre os idosos, provavelmente devido a menor mortalidade dessa população em relação à população masculina.

O envelhecimento é um processo irreversível, acompanhado pela perda progressiva da função e do papel social. Uma das principais mudanças observadas é a queda no desempenho sensório-motor, fazendo com que ocorra uma diminuição no tempo de resposta automática, tornando os movimentos mais lentos e o controle postural mais deficitário. Em concomitância, observa-se o declínio da capacidade cognitiva decorrente dos processos fisiológicos do envelhecimento cerebral, que colabora com as desconstruções da motricidade funcional.

As funções cognitivas básicas mais afetadas pela idade são a atenção e a memória. A pesquisas mostram quedas dessas funções de maneira significativa quando relacionadas à idade, tal qual as funções de níveis mais altos, como a linguagem e a

tomada de decisões, também podem ser afetadas durante a velhice. As funções cognitivas básicas são compostas pela atenção memória e percepção e as funções de nível superior são a fala e linguagem, tomada de decisões e controle executivo.

Permanecer móvel e funcionalmente independente na velhice não é uma tarefa simples, uma vez que o envelhecimento é acompanhado por declínios mentais, físicos e sensoriais. Tal declínio leva a decréscimos no desempenho de muitas tarefas cognitivas diferentes.

Na pessoa idosa, o declínio funcional é mais evidente e sentido nas atividades de vida diária que solicitam a integração dos domínios físicos, cognitivo e psicológico. Muitas vezes experimentam as mudanças motoras associadas à ansiedade, memória e atenção diminuídas, velocidade de processamento mais lento, controle motor e aprendizagem pouco eficazes. Estas áreas de declínio podem causar distúrbios neurodegenerativos, como Comprometimento Cognitivo Leve e Doença de Alzheimer, estabelecendo o tênue limite entre a senescência e a senilidade.

Diante desses fatos, conhecer as características sociodemográficas, cognitivas e funcionais de mulheres idosas entre esses dois processos dá subsídios para saber quando e como intervir na saúde da pessoa idosa, sendo de suma importância entender as peculiaridades das funções sensório-motoras que se modificam ao longo do envelhecimento. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil sociodemográfico, cognitivo e funcional de mulheres idosas residentes em comunidade religiosa.

## **METODOLOGIA**

A referida pesquisa caracterizou-se como ensaio clínico transversal, de análise correlacional e abordagem quantitativa, sendo realizada no Laboratório de Cinesiologia da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, situada na Praça Dom Ulrico, 56 - Centro, João Pessoa, Paraíba, Brasil, onde participaram 12 mulheres idosas, residentes na

comunidade católica Santa Teresinha e que encontravam-se em atendimento fisioterapêutico dentro das abordagens propostas pela disciplina Prática Clínica Fisioterapêutica em Geriatria e Gerontologia.

Para coletar os dados foi utilizada uma Ficha de Avaliação Sócio-demográfica (Apêndice 3), composta por dados de identificação, antecedentes clínicos, histórico social e de quedas e sinais vitais (pressão artéria, frequência cardíaca e respiratória).

Para avaliação da habilidade motora em situações de dupla-tarefa, foi utilizado o teste Timed Get Up and Go (TUG) aplicado: 1º) de forma convencional, em que o sujeito levanta-se de uma cadeira após o comando “vai”, anda 3 metros, vira-se e volta à mesma cadeira e se senta, denominado neste estudo de TUG Simples (TUG-S). Este teste tem como finalidade avaliar a mobilidade funcional, o nível de equilíbrio e prever o risco de quedas.

Para avaliar o aspecto cognitivo das idosas foi utilizado o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (Anexo 2) que é um sensível instrumento de rastreio cognitivo. Representa um método rápido, prático e eficaz na distinção entre desempenhos de adultos com envelhecimento cognitivo normal e adultos com déficit cognitivo, para além de se mostrar útil na avaliação de estádios intermédios de déficit cognitivo<sup>3</sup>.

Para o processamento, armazenamento e análise dos dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. A estatística descritiva foi realizada usando-se medidas de tendência central e dispersão (média, mediana e desvio padrão), resumidas na linha de base de acordo com a faixa etária. Em toda a análise estatística, considerou-se um intervalo de confiança (IC) de 95% e um  $p=0,05$ .

É importante expor que as informações obtidas foram mantidas em sigilo, preservando os princípios éticos e a liberdade da decisão em participar ou não da pesquisa, por parte da instituição. Dessa maneira, o presente estudo foi norteado segundo as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e da Resolução 466/2012, sobre bioética em pesquisa com seres humanos.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 caracteriza-se pela Análise Descritiva das Variáveis Sociodemográficas. Participaram da pesquisa 12 mulheres idosas com idades entre 60 e 90 anos e faixa etária média de 72,67 anos. Observamos que 78,21% das participantes sofreram quedas nos últimos 6 meses e 84,62 % fazem uso de polifarmácia. A respeito do nível de escolaridade, verificamos que 70,51% das idosas tiveram mais de 8 anos de estudo.

Tabela 1: Análise Descritiva dos Dados Sociodemográficos

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		n	%
SEXO	Feminino	12	100
QUEDAS	Sim	9	78,21
	Não	3	21,79
POLIFARMÁCIA	Sim	11	84,62
	Não	1	15,38
ESCOLARIDADE	Entre 4 e 8 anos de estudo	4	29,49
	> 8 anos de estudo	8	70,51
FAIXA ETÁRIA	60  –  69 anos	5	41,67
	70  –  79 anos	4	33,33
	80  –  89 anos	2	16,67
	≥ 90 anos	1	8,33
	Média Etária	72,67 anos	

**Fonte:** coloque os últimos nomes em caixa alta, 2015.  
 Dados da Pesquisa.

A partir de 1998 já era possível observar a tendência de feminização da população idosa, pois as mulheres geralmente vivem mais tempo e se casam com homens mais velhos. Esta tendência de feminização da população idosa ocorre principalmente em função do diferencial da mortalidade por sexo, o que afeta o ritmo de crescimento das populações masculina e feminina e que prevalece na população brasileira, resultando em

maior sobrevida das mulheres (MARASCHIN et al, 2010; ARAÚJO; AZEVEDO; CHIANCA, 2011).

A prevalência das mulheres entre os mais escolarizados ocorre a partir do ensino médio e se estende ao superior. Em 2007, entre os que têm de 9 a 11 anos de estudo, mais da metade são mulheres e entre aqueles que têm mais de 12 anos de estudo, 57% são do sexo feminino. As mulheres tem tido um acesso maior à educação, com visível aumento nos anos de estudo (GUIMARÃES et al, 2004).

O uso de muitos medicamentos em simultâneo também é muito comum na pessoa idosa e é habitualmente definida como polimedicação ou polifarmácia. Outras definições incluem a prescrição de mais medicamentos do que o que é clinicamente indicado, um regime terapêutico que inclua pelo menos um fármaco desnecessário ou o uso empírico de cinco ou mais medicamentos (GALVÃO, 2006).

Na tabela 2 pode-se verificar que há um aumento na média para a realização do TUG e a tendência a redução das atividades cognitivas, em virtude de escores medianos das escalas de avaliação do desempenho cognitivo e funcional usados nesse estudo.

**Tabela 2:** Análise Descritiva dos Dados Funcionais e Cognitivos

VARIÁVEIS	Média da pontuação (Desv. Pad.) no pré-teste
<b>TUG</b>	19,45 ± 7,16
<b>Montreal Cognitive Assessment</b>	18,17 ± 4,84

**Fonte:** coloque os últimos nomes em caixa alta, 2015.  
 Dados da Pesquisa.

Uma possível hipótese para esse declínio no desempenho pode ser uma alteração na extensão pelas quais as informações são processadas paralelamente. Em virtude da baixa motivação ou distrações, indivíduos idosos podem dedicar apenas partes de seus recursos do Sistema Nervoso Central para uma tarefa e processar de modo serial

(processamento individual), o que poderia, com esforço aumentado, ser processado paralelamente (SPIRDUSO, 2005).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação simultânea de habilidades cognitivas e físicas apresenta um conceito de formação promissora para melhorar o desempenho da dupla tarefa cognitiva e motora-cognitiva, oferecendo maior potencial no funcionamento cotidiano que geralmente envolve o recrutamento de múltiplas habilidades e recursos, em vez de uma única, através da melhora da cognição e do equilíbrio.

Envelhecer não é um obstáculo à vida, mas sim, a dependência e a perda da autonomia. Dessa forma, métodos e técnicas de intervenção fisioterapêutica devem ser empregados para preservar recuperar e manter a capacidade funcional dos idosos, construindo uma velhice autônoma e participativa.

## **REFERÊNCIAS**

- [1]GUIMARÃES LHCT. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. Rev Neurocienc.2004; 12(3).
- [2]MARASCHIN R, VIEIRA OS, LEGUISAMO CP, VESCO FD, SANTI JP. Dor lombar crônica e dor nos membros inferiores em idosas: etiologia em revisão. 2010, Fisiotera. Mov. 23(4): 627 – 39.
- [3]GALVÃO C. O idoso polimedicado: estratégias para melhorar a prescrição. 2006 Rev Port Clin Geral; 22: 747-752.
- [4]SPIRDUSO WW. Dimensões físicas do envelhecimento.2005 São Paulo, Manole.