

MEMÓRIA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS DO ALTO TIETÊ.

Fernanda Kamimura¹; Marcelo de Almeida Buriti²; Michel Mott³

Estudante do Curso de Medicina; e-mail: fe_kami@hotmail.com¹

Professor da Universidade de Mogi Das Cruzes; e-mail: marceloburiti@hotmail.com²

Professor da Universidade de Mogi Das Cruzes; e-mail: michelmott@yahoo.com.br³

Área do Conhecimento: Medicina (Medicina Preventiva)

Palavras-chave: função cognitiva, velhice, atividade da vida diária.

INTRODUÇÃO

O estudo do envelhecimento faz-se necessário pela estimativa de 32 milhões de idosos no Brasil em 2025, representando, futuramente, 14% da população brasileira (PIMENTA, 2006). Fleck et al (2008) afirma que, além do avanço da tecnologia associada à área médica, a qualidade de vida dos idosos é o principal fator responsável pela diminuição da mortalidade. O envelhecimento, como em qualquer outra fase, é constituído de mudanças físicas, psicológicas e sociais (FLECK et al, 2008). Para as mudanças físicas, Raso (2000) afirma que, a velhice acarreta, lentamente, a perda da capacidade funcional, sendo evidenciada a partir do momento em que não é possível realizar os afazeres do cotidiano, tornando possível somente quando há alguém para auxiliá-lo. A manutenção da capacidade funcional torna-se difícil com o decorrer dos anos, pois é possível observar diminuição em aspectos físicos e fisiológicos, como a flexibilidade e problemas cardiovasculares (McARDLE, KATCH e KATCH, 2002), em aspectos metabólicos, como distúrbios do sono (FLECK et al, 2008), e em aspectos neurológicos, como a velocidade da comunicação entre os neurônios (atividade sináptica) (McARDLE, KATCH e KATCH, 2002). A memória representa um dos principais fatores neurológicos que apresentam um *déficit* com o decorrer dos anos, ou seja, a falha no funcionamento dos estágios da memória ocorre devido a um processo normal do envelhecimento ou de uma fase primária para demência (CHARCHAT-FICHMAN et al, 2004). Tendo em vista a prevenção de problemas biopsicossociais, resultantes da perda da autonomia por incapacidade funcional e/ou por *déficit* cognitivo; e melhor preparo dos profissionais da área de saúde envolvidos em trabalhos, pesquisas ou atendimentos com idosos, faz-se necessária a realização de mais estudos relacionando a memória e capacidade funcional no envelhecimento.

OBJETIVOS

Verificar a relação entre memória e capacidade funcional em idosos residentes do Alto Tietê, analisar as limitações físicas dos idosos em atividades da vida diária, verificar o estado geral de saúde e verificar possíveis alterações cognitivas.

METODOLOGIA

Foram utilizadas na pesquisa avaliações exploratórias, cuja composição baseou-se em dois testes e um questionário com questões fechadas e mistas. Os testes utilizados para avaliar a memória e a capacidade funcional foram, respectivamente, o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e o teste de Medida de Incapacidade Funcional (MIF). A avaliação

realizada pelo MEEM tange os aspectos: “*orientação temporal e espacial, registro, memória imediata, cálculo, memória recente e linguagem*”. O MIF é caracterizado por avaliar a capacidade funcional de um indivíduo de acordo com atividades diárias, como auto-cuidados, higiene, entre outros. O questionário utilizado foi o Anamnese Clínica, que teve como objetivo verificar o estado de saúde dos idosos no que tange aos problemas, aos sintomas, aos medicamentos, às histórias de quedas, e aos hábitos comuns, como tabagismo, bebida alcoólica, dentre outros.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa quarenta (40) voluntários, sendo vinte (20) do sexo feminino e vinte (20) do sexo masculino, ambos os sexos apresentaram uma média de idade de 67,48 ($\pm 6,38$) anos. Com relação à escolaridade, 15% afirmaram que não frequentaram a escola, 55% responderam que cursaram ensino fundamental incompleto, 15% fundamental completo, 10% ensino médio completo e 2,5% ensino médio incompleto e superior incompleto. De acordo com o estado geral de saúde, 55% dos participantes afirmaram ser hipertensos (59% do sexo feminino e 41% do sexo masculino), 17,5% apresentam problemas cardíacos, 27,5% colesterol alto, 22,5% diabetes, 12,5% problemas musculares, 7,5% artrite, 87,5% com uso de óculos, 32,5% dores de cabeça, 20% tontura. Com o decorrer dos anos é possível observar algumas modificações fisiológicas, anatômicas, dentre outras. O desempenho do sistema cardiovascular também sofre modificações importantes, como por exemplo, na frequência dos batimentos cardíacos e na pressão arterial. Alguns outros fatores também devem ser considerados, como a elasticidade das paredes dos vasos sanguíneos (McARDLE, KATCH e KATCH, 2002). Ocorrem, também, certas modificações com relação a processos metabólicos (FLECK et al, 2008). Segundo McArdle, Katch e Katch (2002), o envelhecimento acarreta uma perda de massa óssea importante, especialmente no sexo feminino, representando uma perda de, aproximadamente, 30% da massa óssea, enquanto que no sexo masculino observa-se perda de 15%, ambos aos 70 anos de idade. Dentre os 40 idosos, 80% faziam uso de medicamento, sendo os mais frequentes: anti-hipertensivos, analgésicos e antiinflamatórios. Somente 5% dos participantes são fumantes, enquanto que, 62,5% praticam atividade física, com uma frequência na média de 4,85 ($\pm 2,1$) vezes por semana, 17,5% afirmaram ter sofrido fratura e 57,5% já fez cirurgia. Com a prática de atividades físicas ou alongamentos o tecido conjuntivo, composto por tendões e ligamentos, aumentam cerca de 20 a 50% de sua flexibilidade independentemente da idade (McARDLE, KATCH & KATCH, 2002). Na verificação de possíveis alterações cognitivas, pode-se verificar que o desempenho dos participantes no MEEM correspondeu a 23,88 ($\pm 3,00$) pontos como média total, sendo 22,5 ($\pm 3,00$) pontos em indivíduos sem escolaridade e 24,18 ($\pm 2,96$) pontos com escolaridade. Segundo Mota et al (2008), o uso do MEEM não é apropriado para avaliar declínio cognitivo leve, ou seja, o teste apresenta resultados estatisticamente significantes somente em idosos com um *déficit* em estágio mais avançado, como nos casos de princípio da demência, e em idosos com baixa escolaridade (CARAMELLI e NITRINI, 2000). Contudo, o instrumento é indicado pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia, sendo utilizado com maior frequência em outros países, mas com menor aplicação no Brasil (NITRINI et al, 2005). Na Figura 1 é possível observar as seis variáveis que compõem o Mini-Exame do Estado Mental. A primeira variável corresponde ao aspecto Temporal, sendo que, a média obtida pelo sexo masculino foi de $4,5 \pm 3,46$ pontos e pelo sexo feminino $4,65 \pm 1,67$

pontos. É notável a diferença de pontuação entre os gêneros na variável Cálculo, sendo a média dos homens 2,70 pontos, enquanto que a média das mulheres foi de 1,60 pontos. Na variável Espacial, os homens apresentaram uma média de $4,2 \pm 3,27$ e as mulheres $4,00 \pm 3,53$ pontos. A pontuação média proporcional dos homens e das mulheres na variável Memória imediata foi, respectivamente, de 4,83 e de 4,75 pontos. No item Memória evocada a média proporcional dos homens foi de 2,92 pontos, enquanto que a média proporcional das mulheres foi de 3,58 pontos. Para a apresentação dos resultados das duas

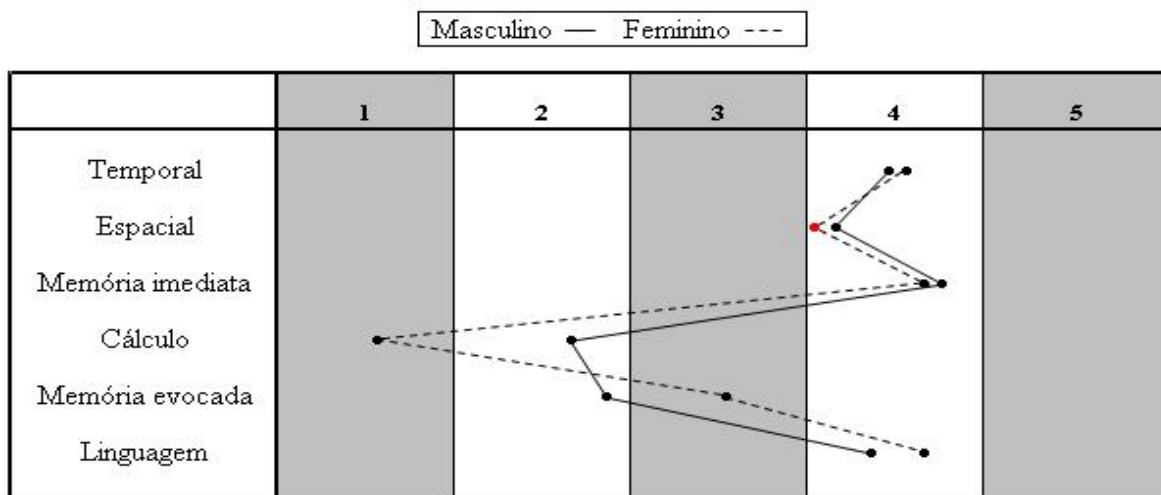


Figura 1. Mini-Exame do Estado Mental por gênero

variáveis (Memória imediata e Memória evocada), na Figura 1, foi aplicado um cálculo de proporção, pois ambas apresentavam o valor máximo de pontuação igual a 3,00, não podendo ser aplicadas em uma escala de 0 a 5,00. A média da variável Memória imediata sem o cálculo de proporção era de $2,90 \pm 0,58$ pontos para o sexo masculino e de $2,85 \pm 1,00$ para o sexo feminino, enquanto que, a variável Memória evocada apresentou média de $1,75 \pm 1,15$ pontos para os homens e de $2,15 \pm 1,15$ pontos para as mulheres. Na variável Linguagem também foi necessário aplicar um cálculo de proporção, pois a pontuação máxima correspondia a 9,00, sendo que, as médias proporcionais dos sexos masculino e feminino foram, respectivamente, 4,42 e 4,75. A média da variável Linguagem sem o cálculo de proporção era de $7,95 \pm 2,12$ pontos para o sexo masculino e $8,55 \pm 1,66$ pontos para o sexo feminino. No teste de capacidade funcional MIF a média de desempenho foi de $125,65 \pm 0,77$ de 126 pontos do total, sendo que a variável Escada foi a que apresentou o menor valor, 6,82 de 7 pontos no total.

CONCLUSÕES

Por meio dos resultados obtidos na pesquisa pôde-se concluir que a prática de atividade física apresenta-se frequente na população idosa, e que o estado geral de saúde apresenta-se em uma faixa de frequência baixa, com algumas exceções, como Pressão Alta, que fora relatada pelos idosos como controlada por meio de medicamentos, uso de óculos, dores de cabeça, colesterol alto e diabetes. Nos aspectos da Saúde Mental, a noção de localização dos idosos não apresentou diferença entre os gêneros, enquanto que a capacidade de resolver cálculos matemáticos apresentou uma diferença importante. Com relação à Memória, pôde-se verificar melhor desempenho na de curto prazo (imediate) do que na de longo prazo (evocada) em ambos os sexos. A relação entre memória e capacidade funcional não apresentou relevância quando avaliada pela associação do MEEM e do MIF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHARCHAT-FICHMAN, Helenice; CARAMELLI, Paulo; SAMESHIMA, Koichi e NITRINI, Ricardo. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n.12, p. 79-82. 2004.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed. 2008.

McARDLE, William D.; KATCH, Frank I.; KATCH, Victor L. Trad. Giuseppe Taranto. **Fundamentos de fisiologia do exercício**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa. **Autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte**. Minas Gerais: Dissertação de Mestrado. 2006.

RASO, Vagner. Exercícios com pesos para pessoas idosas: a experiência do Celafiscs. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.8, n. 2, p. 41-49. 2000.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro, à Universidade de Mogi das Cruzes, à Unidade Básica de Saúde de Suzano e aos idosos que participaram da pesquisa.

Prof. Dr. Marcelo de Almeida Buriti

Fernanda Kamimura