

ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados ao desempenho no Miniexame do estado mental de idosos jovens e longevos social e fisicamente ativos – um estudo comparativo

Factors associated with performance in the Mini mental state examination of socially and physically active young and long old elderly – a comparative study

Factores asociados al rendimiento en el Mini examen del estado mental de jóvenes y ancianos social y fisicamente activos – un estudio comparativo

**Julia de Freitas
Machado¹**

orcid.org/0000-0001-9280-7116
juliadfmachado@hotmail.com

**Irani Iracema de Lima
Argimon¹**

orcid.org/0000-0003-4984-0345
argimoni@pucrs.br

**Ângelo José Gonçalves
Bós¹**

orcid.org/0000-0003-4901-3155
angelo.bos@pucrs.br

Recebido em: 24 fev. 2022.

Aprovado em: 18 jul. 2022.

Publicado em: 21 nov. 2022.

Desempenho no Miniexame do estado mental de idosos jovens e longevos social e fisicamente ativos

Resumo

Objetivo: comparar o desempenho no Miniexame do Estado Mental (MEEM) de idosos jovens e longevos social e fisicamente ativos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Métodos:** a população estudada foi composta por idosos jovens (60-79) e longevos (80 ou mais). Para comparar o desempenho entre os dois grupos de idosos foi realizado um questionário sociodemográfico e um de saúde, que avaliou também atividades semanais e satisfação em relação à funcionalidade familiar. Igualmente foi investigada a presença de sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica Reduzida.

Resultados: foram avaliados 135 idosos, entre eles, 111 jovens e 24 longevos. Não foram encontradas diferenças significativas nas avaliações cognitivas entre os dois grupos. A escolaridade elevada foi um fator significativo para o melhor desempenho no Miniexame do Estado Mental. Ter poucos sintomas depressivos, manter-se fisicamente ativo e ter o hábito de ler semanalmente também foram fatores importantes para melhor desempenho no Miniexame do Estado Mental. **Conclusão:** concluímos que o bom nível educacional, a baixa prevalência de sintomas depressivos, a boa autopercepção de saúde e a prática regular de atividade física foram variáveis importantes na manutenção do bom nível cognitivo, tanto em idosos jovens quanto em idosos longevos.

Palavras-chave: envelhecimento, cognição, longevidade, estado mental, depressão.

Abstract

Objective: to compare the performance in the Mini Mental State Examination (MMSE) of socially and physically active young and long-lived elderly people in Porto Alegre.

Methods: the population studied consisted of young (60-79) and long-lived (80 or older) elderly. To compare the performance between the two groups of elderly people, a sociodemographic and health questionnaire was carried out, which also evaluated weekly activities and satisfaction in relation to family functionality. To investigate the presence of depressive depression, the Reduced Scale was used.

Results: a total of 135 elderly people were evaluated, including 111 young people and 24 long-lived. No significant differences were found in cognitive assessments between the two groups. High schooling was a significant factor for better performance on the Mini Mental State Examination. Having few depressive symptoms, staying physically active and having the habit of reading weekly were also important factors for better performance on the Mini Mental State Examination.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Conclusion: we conclude that good educational level, low prevalence of depressive symptoms, good self-perception of health and regular practice of physical activity were important variables in maintaining a good cognitive level, both in young and long-lived elderly.

Keywords: aging, cognition, longevity, mental state, depression.

Introdução

O processo de envelhecimento é afetado por variáveis como sexo, herança genética e estilo de vida, podendo acontecer de forma gradativa para uns e mais acelerada para outros. O envelhecimento normal é caracterizado por uma diminuição gradual e progressiva tanto das funções biológicas quanto das funções psíquicas, fazendo com que o indivíduo fique exposto a um período de crescente vulnerabilidade.¹ Uma importante mudança que ocorre no processo de envelhecimento e está bem fundamentada na literatura é a mudança cognitiva. O processo normal de envelhecimento está associado com o declínio de algumas funções cognitivas envolvendo memória, linguagem, velocidade de processamento, função visuoespacial e funções executivas. Esse declínio é influenciado por diversos fatores, destacando-se a saúde, a personalidade, a escolaridade e os hábitos de vida, em particular, a atividade física e a vida social ativa. O desempenho cognitivo é frequentemente conceituado em termos de domínios de funcionamento e as avaliações cognitivas são direcionadas a subdomínios de cada área de habilidade.^{2,3} Na presença de um declínio cognitivo, o diagnóstico diferencial de depressão deve sempre ser considerado. Sabe-se que a depressão, por si só, pode prejudicar a memória, podendo ser confundida com um quadro inicial de demência.⁴ Fatores protetivos contra o declínio cognitivo são amplamente estudados, diversas pesquisas apontam que a prática de exercício físico, um maior nível de escolaridade, hábitos de leitura e manter-se socialmente ativo são fatores que contribuem para a prevenção do declínio cognitivo.^{5,6}

Os idosos longevos (80 anos ou mais) são o grupo que tem crescido mais rapidamente no

país e esses apresentam características clínicas diferenciadas dos idosos mais jovens (60 a 79 anos).⁷ A amplitude etária na composição dos idosos determina distinções entre os estratos de idosos não longevos (entre 60 e 79 anos) e longevos (de 80 anos ou mais).⁸ Idosos longevos apresentam características diferenciadas, tais como maior prevalência de incapacidades e doenças, principalmente, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, artrite, demências e depressão. Apesar da idade cronológica não ser o único determinante do envelhecimento, sabe-se que quanto mais avançada a idade, maior a tendência de ocorrerem alterações e problemas decorrentes do processo de envelhecimento. É preciso identificar as diferenças entre as condições de saúde do idoso jovem e dos mais idosos, sendo esses últimos mais vulneráveis à fragilidade e às limitações funcionais e mentais.⁹

Diante do crescimento da população longeva e da importância do desempenho cognitivo na qualidade de vida, torna-se fundamental entender as diferenças e semelhanças no desempenho cognitivo entre idosos jovens e longevos fisicamente e socialmente ativos. O presente estudo teve como objetivo comparar o desempenho no MEEM de idosos jovens e longevos social e fisicamente ativos de Porto Alegre, RS, Brasil.

Métodos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP) sob o parecer de número 4.045.351. É um estudo transversal, descritivo, analítico com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por idosos jovens e longevos. Os participantes foram convidados para a pesquisa através de panfletos distribuídos em locais de acesso a grupos de idosos que realizam atividades de extensão na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). As avaliações foram realizadas no Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS.

A avaliação do estado mental foi realizada

através do Miniexame do Estado Mental (MEEM). O MEEM foi desenvolvido por Folstein em 1975 nos Estados Unidos da América com o objetivo de avaliar o estado mental, mais especificamente os sintomas de demência. É o teste de rastreio cognitivo mais utilizado no mundo. Estudos em diferentes países mostraram que a escolaridade é uma variável de muita influência na pontuação do MEEM, dessa forma, o MEEM foi corrigido pela escolaridade.^{10,11,12}

Para a avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada a escala de depressão Geriátrica reduzida (GDS-15). Desenvolvida em língua inglesa por Yesavage (1983), a escala original tem 30 itens e foi criada para o rastreamento de depressão em idosos. A sua versão reduzida (GDS-15) é composta por quinze perguntas com respostas classificadas em sim ou não a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Esses itens, em conjunto, mostraram boa acurácia diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Foi adaptada para o contexto brasileiro por Pereira em 2017.^{13,14}

O questionário sociodemográfico e de saúde foi constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, classe econômica, atividade física, hábitos de leitura, número de doenças crônicas (0-2 3 ou mais), percepção de saúde, situação de moradia e satisfação dos idosos em relação à funcionalidade familiar. A funcionalidade familiar foi avaliada pelo APGAR familiar. Esse instrumento é composto por cinco questões que avaliam a satisfação percebida pelo participante em relação à ajuda que recebe dos seus familiares.¹⁵ Cada questão é pontuada: nunca (zero), às vezes (1 ponto) e sempre (2 pontos), gerando um escore de 0 a 10. Esse escore foi estratificado em boa funcionalidade (7 a 10), moderada disfunção (5 e 6) e elevada disfunção (0 a 4). Além do questionário sociodemográfico, os participantes preencheram um questionário com perguntas que avaliaram a autopercepção do idoso sobre memória, compreensão e linguagem.

Os participantes foram divididos em

grupos de longevos e idosos jovens. Foram feitas comparações nas características sociodemográficas e desempenho no GDS-15 e MEEM (análise descritiva e inferencial) entre os grupos. As frequências das distribuições dos níveis de sexo, cor, estado conjugal, moradia, autopercepção de saúde e de audição, atividades semanais, prática ou não de atividade física, dificuldade de compreensão da fala, achar a palavra certa ao falar, expressar pensamentos, esquecer o nome de familiares e esquecer o que deveria fazer foram calculadas para cada grupo etário e testadas pelo Qui-quadrado. As médias dos anos de estudo, nível de APGAR, frequência semanal da atividade física, escore no MEEM, GDS-15, foram calculados para cada grupo etário e testados pelo teste t de Student. A média no desempenho do MEEM foi calculada para cada nível das características sociodemográficas, clínicas, de estilo de vida, memória compreensão e linguagem e testadas pela Análise de variância (ANOVA). Testes com significância menores que 5% foram considerados estatisticamente significantes e entre 5 e 10% como indicativos de significância.

Resultados

Foram avaliados 135 idosos com idades entre 60 e 92 anos. A **Tabela 1** mostra as características sociodemográficas dos dois grupos estudados. Entre os 135 participantes, 111 (82%) eram idosos jovens e 24 (18%) idosos longevos sendo que a prevalência entre os participantes foi maior do sexo feminino tanto no grupo dos idosos jovens (88%) quanto nos idosos longevos (79%). Se tratando de sintomas depressivos, a média dos dois grupos de idosos foi semelhante. Um percentual de 88,3% dos idosos jovens respondeu que realizava as atividades domésticas enquanto nos longevos esse percentual foi de 62,5%. Essa diferença entre os dois grupos de idosos foi estatisticamente significativa ($p= 0,0019$).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida dos idosos e longevos participantes

Variáveis	Idosos jovens	Idosos longevos	Total	P
Sexo				0,233
Feminino	98 (88,3%)	19 (79,2%)	117 (86,7%)	
Masculino	13 (11,7%)	5 (20,8%)	18 (13,3%)	
Cor idoso				0,407
Branca	85 (76,6%)	22 (91,6%)	107 (79,3%)	
Parda ou preta	26 (23,4%)	2 (8,4%)	28(20,7%)	
Anos de Estudo (M±DP)	9,6±4,6	9,1±5,4	9,5±4,8	0,636
0-4 anos	23(20,7%)	6(25,0%)	29(21,4%)	
5-8 anos	37(33,3%)	9(37,5%)	46(34,0%)	
9+ anos	51(45,9%)	9(37,5%)	60(44,4%)	
Estado Conjugal				
Casado	46(41,5%)	8 (33,3%)	54 (40,0%)	0,217
Divorciado	40 (36,0%)	6 (25,0%)	46 (34,1%)	
Viúvo	25 (22,5%)	10 (41,7%)	35 (25,9%)	
Idoso Mora Com				0,063
Familiar ou cuidador	67 (60,4%)	17 (70,8%)	81 (62,2%)	
Sozinho	44 (39,6%)	7 (29,2%)	51 (37,8%)	
APGAR Total (M±DP)	7,8±2,7	8,8±2,6	8,0±2,7	0,093
Boa funcionalidade familiar	83(74,7%)	21(87,5%)	104(77,0%)	0,159
Moderada disfunção familiar	15(13,5%)	0(0,0%)	15(11,1%)	
Elevada disfunção familiar	13(11,7%)	3(12,5%)	16(11,8%)	
Autopercepção de Saúde				0,795
Ótima	68 (61,8%)	15 (62,5%)	83 (61,9%)	
Não boa	42(38,2%)	8(37,5%)	51(38,1%)	
Comorbidades (M±DP)	3,5±2,3	3,3±2,0	3,5±2,2	0,719
<2	24(21,6%)	6(25,0%)	30(22,2%)	0,921
2 a 4	56(50,4%)	12(50,0%)	68(50,3%)	
5+	31(27,9%)	6(25,0%)	37(27,4%)	
GDS Total (M±DP)	2,4±2,5	2,4±2,3	2,4±2,5	0,977
0-5 sintomas	98(88,2%)	19(79,1%)	117(86,6%)	0,233
6+ sintomas	13(11,7%)	5(20,8%)	18(13,3%)	
Atividade de leitura	63 (56,8%)	14 (58,4%)	77 (57,0%)	0,887
Praticou Atividade Física	85 (76,6%)	18 (75,0%)	103 (76,3%)	0,869
Total	111 (82%)	24 (18%)	135	

* Qui-quadrado, ** teste t de Student

A **Tabela 2** é composta pelas respostas dos participantes nas avaliações cognitivas relacionadas à memória, compreensão, linguagem. No MEEM a média de acertos entre

os idosos jovens foi 26,6±2,8 e de 25,6±3,0 entre os idosos longevos, sendo assim, os idosos jovens apresentaram uma média de desempenho superior aos idosos longevos, embora não

significativa ($p=0,1362$). Os idosos longevos tinham mais queixas de esquecer o que deveria fazer

(79,2%) do que os idosos jovens (56,2%) sendo essa relação um indicativo de significância.

Tabela 2 – Características de memória, compreensão, linguagem e inteligência dos participantes

Variáveis	Idosos jovens	Idosos longevos	Total	P
MEEM Total (M±DP)	26,6±2,8	25,6±3,0	26,4±2,9	0,136
Dif Achar Palavra Certa				0,665
Nunca	26 (23,4%)	7 (29,2%)	33(24,4%)	
Às Vezes	69 (62,2%)	15 (62,5%)	84(62,2%)	
Sempre	16 (14,4%)	2 (8,3%)	18(13,3%)	
Dif Expressar Pensamentos				0,842
Nunca	50 (45,1%)	10 (41,7%)	60(44,4%)	
Às Vezes	44 (39,6%)	11 (45,8%)	55(40,7%)	
Sempre	17 (15,3%)	3 (12,5%)	20(14,8%)	
Esquece Nomes Familiares				0,795
Nunca	71 (68,9%)	16 (69,6%)	87(69,0%)	
Às Vezes	30 (29,2%)	7 (30,4%)	37(29,4%)	
Sempre	2 (1,9%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)	
Esquece Deveria Fazer				0,065
Nunca	46 (43,8%)	5 (20,8%)	51(39,5%)	
Às Vezes	47 (44,8%)	17 (70,8%)	64(49,6%)	
Sempre	12 (11,4%)	2 (8,4%)	14(10,7%)	

* Qui-quadrado, ** teste t de Student

A **Tabela 3** mostra as médias dos desempenhos do MEEM de acordo com as características sociodemográficas dos participantes por faixa etária. Entre os idosos jovens, foram significativas as diferenças nos desempenhos entre o sexo do participante ($p<0,001$), escolaridade ($p<0,001$), as diferenças nos níveis de saúde geral ($p<0,001$), atividade de leitura ($p<0,001$), e praticar atividade física ($p<0,001$). Foram indicativos de significância

a cor do idoso ($p=0,077$) e o nível de satisfação de funcionalidade familiar ($p=0,082$) e o número de sintomas depressivos ($p=0,081$). Entre os idosos longevos, importante destacar que não foram significativas as diferenças no sexo, mas significativas as diferenças no desempenho conforme o grau de escolaridade ($p=0,008$), níveis de saúde ($p=0,025$) e o número de comorbidades ($p=0,034$).

Tabela 3 – Médias dos desempenhos do Miniexame do Estado Mental de acordo com as características sociodemográficas, clínicas e de estilo de vida dos participantes por faixa etária

Variáveis	Idosos jovens média±DP	P	Idosos longevos média±DP	P
Sexo idoso		<0,001		0,427
Feminino	26,4±2,94		25,4±3,17	
masculino	28,1±1,8		26,6±2,3	
Cor idoso		0,077		0,511
Branca	26,9±2,79		25,5±3,05	
não branca	25,7±3,05		27,2±2,83	
Escolaridade		<0,001		0,008
0-4 anos	24,5±3,60		22,8±3,82	
5-8 anos	26,5±2,79		25,7±1,41	
9+ anos	27,6±1,94		27,4±2,3	
Estado conjugal		0,461		0,483
Casado(a)	26,7±2,43		26,3±1,98	
Outro	26,2±3,29		24,3±4,03	
Viúvo(a)	27±2,96		25,9±3,07	
APGAR total		0,062		0,566
Boa				
funcionalidade familiar	26,8±2,85		25,8±2,79	
Elevada disfunção familiar	24,8±3,08		23±5,66	
Moderada disfunção familiar	26,9±2,43			
Saúde geral		<0,001		0,025
Boa	27,2±2,42		26,7±2,32	
Não boa	25,7±3,31		23,9±3,33	
Comorbidades		0,751		0,034
<2	27±3,26		27,0±2,00	
2 a 4	26,5±2,87		26,3±3,11	
5+	26,5±2,64		23,0±2,19	
GDS total		0,084		0,242
0-5 sintomas	26,8±2,81		26±3,23	
6+ sintomas	25,3±3,15		24,2±1,3	
Atividade leitura		<0,001		0,002
Não	25,5±3,35		23,5±2,76	
Sim	27,4±2,13		27,1±2,18	
Atividade física		<0,001		0,732
Não	25,3±3,77		26±2,19	
Sim	27±2,43		25,5±3,28	

Na Tabela 4, consta o resultado das regressões lineares para a predição do resultado do Miniexame do Estado Mental. Observamos que o sexo, que era indicativo de significância, continuou sendo. No entanto, a cor mudou sua significância: pretos e pardos que não apresentam diferença significativa comparado com os brancos, no modelo ajustado, passaram a ser indicativo

de significância. A escolaridade manteve sua significância. Contudo, quem cuidava de plantas ou animais tinha maior desempenho no MEEM, mas não era significativo e, no modelo ajustado, passou a ser significativo. Atividade de leitura continuou sendo significativo mesmo no modelo ajustado. Já a atividade física, que era significante, passou a ser indicativo de significância.

Tabela 4 – Resultado das regressões lineares para a predição do resultado do Mini Exame do Estado Mental, simples e ajustado pelos parâmetros significativos ou indicativos de significância

Variáveis	MEEM	Modelo simples		Modelo ajustado	
		Coefficiente	P	Coefficiente	P
Faixa etária (ref. Idoso Jovem)					
Longevo		-0.98	0.136		
Sexo (ref. Feminino)					
Masculino		1.43	0.053	1.15	0.062
Cor (ref. branca)					
Preta ou parda		-0.77	0.216	0.96	0.096
Escolaridade (ref. 0-4 anos)					
5-8 anos		2.13	0.001	1.63	0.009
9+ anos		3.44	<0.001	2.20	<0.001
Idoso mora com (ref. Não sozinho)					
Sozinho		0.51	0.329		
APGAR total (ref. Boa funcionalidade familiar)					
Elevada disfunção familiar		-1.79	0.022	0.10	0.890
Moderada disfunção familiar		0.33	0.680	1.83	0.008
Saúde geral (ref Boa)					
Não boa		-1.70	0.001	-1.18	0.008
Comorbidades (ref. <2)					
2 a 4		-0.54	0.395		
5+ / <2		-1.08	0.133		
GDS total (ref. 0-5 sintomas)					
6+ sintomas		-1.65	0.025		
Atividades (ref. Não)					
Leitura		2.23	<0.001	1.38	0.004
Atividade física		1.34	0.022	0.98	0.052
Dificuldades (ref às vezes ou sempre)					
Expressar pensamentos		1.09	0.031		
Lembrar do que deveria fazer		1.41	0.005		

Ref= Referência, *Regressão Linear, †indicativo de significância, ‡significativo.

Discussão

A maior prevalência do sexo feminino na nossa amostra (86,7%) pode ser explicada por um fenômeno bastante descrito na literatura chamado de "feminização do envelhecimento", caracterizado pelo fato das mulheres buscarem mais serviços de saúde e apresentarem uma maior expectativa de vida que, em média, vivem oito anos a mais do que os homens.^{16,17} A feminização do envelhecimento também está relacionada a maior participação do sexo feminino em atividades sociais e projetos de pesquisa. A participação masculina foi fortemente influenciada pela participação do cônjuge nas avaliações e, talvez por isso, se teve uma proporção maior de homens no grupo dos longevos em comparação ao grupo dos idosos jovens. Nos idosos jovens o sexo feminino apresentou pior desempenho no MEEM. Entre os longevos, o desempenho do MEEM não foi significativamente diferente entre mulheres e homens.

Os dados coletados neste trabalho nos mostram que, em geral, os idosos possuíam uma boa autopercepção de saúde e boa funcionalidade familiar, um bom nível educacional e uma baixa prevalência de déficit cognitivo e sintomas depressivos. Apesar da diferença não ter sido significativa, os idosos longevos apresentaram menos anos de escolaridade e uma menor média de comorbidades do que os idosos mais jovens.

Alguns resultados do presente trabalho podem estar influenciados pela maneira como os participantes foram convidados a participar da pesquisa. Entre outros lugares, a divulgação do projeto ocorreu dentro da PUC-RS e, principalmente, em grupos de idosos que ocorriam dentro da universidade. Dessa forma, grande parte dos participantes do estudo participavam de grupos de idosos e de esporte, o que por si só já mostra uma boa capacidade tanto funcional quanto cognitiva. Além disso, os resultados demonstraram uma média de escolaridade alta em comparação com a média brasileira. De acordo com os dados divulgados

sobre o envelhecimento no Brasil, a escolaridade média dos idosos é de 3,4 anos de estudos. O maior nível de escolaridade foi significativo para o desempenho do Miniexame do Estado Mental.

Outro fator importante a ser considerado na nossa amostra é a prática de exercícios físicos. A relação entre cognição e atividade física é muito estudada no meio científico e se observa uma grande relação entre a presença de atividade física e impactos positivos. O aumento do declínio cognitivo está atrelado ao estilo de vida sedentário e à pouca estimulação.¹⁸ A atividade física tem efeito protetor ao desenvolvimento de demências e é possível observar a diminuição do declínio cognitivo nos idosos que apresentam um nível significativo de condicionamento físico.¹⁹ Idosos jovens que praticavam atividade física tiveram um melhor desempenho no MEEM.

A maioria dos idosos respondeu que morava com pelo menos um familiar, sendo este percentual menor entre os idosos jovens do que entre os longevos. Os resultados da satisfação em relação à funcionalidade familiar medida pelo APGAR, demonstram que os dois grupos de idosos em geral apresentaram um bom nível de satisfação, mas o grupo de idosos longevos apresentou uma maior satisfação com a sua família sendo essa relação indicativa de significância estatística.

Em uma pesquisa feita com 234 centenários e 72 octogenários norte-americanos os pesquisadores relataram que a cognição ocupou uma das variáveis centrais da velhice bem-sucedida.²⁰ Um melhor desempenho cognitivo foi associado com mais recursos sociais (engajamento e interação social) e menor comprometimento da saúde física (percepção subjetiva de saúde e número de limitações sensoriais e doenças crônicas) nessa população.

Apresentaram diferenças significativas no desempenho do MEEM o grupo dos idosos que realizavam atividade de leitura. Os longevos que realizavam leitura também apresentaram um melhor desempenho.

Avaliação dos sintomas depressivos pela Escala de Depressão Geriátrica

De acordo com a literatura, a depressão está entre um dos principais transtornos psiquiátricos apresentados pelos idosos, compromete intensamente a qualidade de vida e é considerada fator de risco para declínio cognitivo.²¹ A prevalência de depressão na população idosa varia bastante, a prevalência de depressão nos idosos varia um pouco mais, de 2 a 50%, dependendo da escala utilizada, do local onde foi realizado o estudo e da faixa etária incluída.²²

Na presente pesquisa, o percentual de idosos jovens com mais de cinco sintomas depressivos foi maior do que entre os longevos, todos estes com seis sintomas depressivos. Observamos, assim, que a amostra estudada está situada nas faixas menos prevalentes de depressão.

Exame do Estado Mental

Apesar da diferença não ter sido estatisticamente significativa, o desempenho dos idosos longevos no MEEM foi inferior aos mais jovens. No Brasil, diferentes versões e pontos de corte do MEEM são utilizadas. Estudos sugerem uma maior prevalência de déficit cognitivo na faixa etária acima de 80 anos, enfatizando a evolução da idade como risco para declínio cognitivo.²³

A análise dos resultados nos permite concluir que os idosos longevos tiveram um desempenho melhor do que o esperado e descrito pela literatura.²⁴ Em três estudos realizados no Brasil, a prevalência de declínio cognitivo foi de 4,9%, 19,1% e 34,1%.²⁴

As perdas cognitivas são mais frequentes entre indivíduos com escolaridade baixa, que não praticam atividade física e com idade avançada.²⁵ Desses três fatores de risco elencados, a idade avançada foi o único que esteve predominante na amostra, já que os idosos aqui estudados apresentaram, em geral, uma boa escolaridade e alta prevalência de prática de exercícios físicos.

Considerações finais

O presente estudo contou com uma maior

participação de idosos jovens e teve uma maior participação do sexo feminino tanto no grupo de idosos jovens quanto no grupo de idosos longevos. A maior proporção de homens ocorreu no grupo dos idosos longevos e foi consequência do estímulo das suas esposas e familiares. Os idosos jovens tinham mais anos de estudo e apresentaram uma menor satisfação em relação ao apoio familiar que recebem quando comparados aos idosos longevos.

Quanto à autopercepção de saúde geral, os níveis foram semelhantes, mas os longevos tiveram uma pior autopercepção da audição. Apesar de muito ativos, os idosos longevos participavam com menor frequência em atividades ativas, como afazeres domésticos, manuais e cuidar de animais ou plantas. A prática de atividades físicas foi semelhante entre os dois grupos, embora, o grupo longo tenha realizado com menos frequência.

Quando questionados em relação à "dificuldade de encontrar a palavra certa", à "dificuldade de expressar pensamentos" e à "frequência que esquece o que deveria fazer", os idosos jovens apresentaram mais queixas do que os idosos longevos, respondendo em maior porcentagem que sempre tinham essa dificuldade. Essas queixas foram constatadas também de forma informal. No momento em que foram feitas as avaliações, os idosos jovens relataram com frequência uma preocupação com a diminuição da memória.

Em relação à avaliação do estado mental, os idosos jovens tiveram um desempenho melhor do que os longevos, porém a diferença não foi significativa. Mesmo tendo em vista tal aspecto, em comparação com os dados da literatura, concluímos que os idosos longevos apresentaram um desempenho melhor do que o esperado na Avaliação do Estado Mental. Entre os fatores que podem explicar esse melhor desempenho está o estilo de vida que eles levam: praticam exercícios físicos, se mantêm socialmente ativos e apresentam bom nível educacional. Não foi possível observar diferenças significativas no desempenho cognitivo entre idosos jovens

e longevos do nosso estudo. Os resultados também podem estar influenciados pelo tamanho amostral, principalmente, entre os longevos, que foram em menor número. Para observar a diferença significativa entre idosos jovens com um MEEM médio de $26,6 \pm 2,8$ e os longevos com $25,6 \pm 3,0$ seria necessário avaliar 133 participantes em cada grupo. Este cálculo foi realizado utilizando o aplicativo desenvolvido pela divisão de estatística da Universidade da Columbia Britânica no Canadá (<https://www.stat.ubc.ca/~rollin/stats/ssize/n2.html>). Em função da pandemia de COVID-19, que teve início no ano de 2019, as coletas precisaram ser interrompidas e não foi possível então alcançar o número necessário de idosos longevos para a nossa amostra. Sugere-se novos estudos com um maior número de idosos longevos participantes.

O presente trabalho demonstrou que manter-se social e fisicamente ativo está relacionado a um melhor desempenho cognitivo em idosos longevos, um grupo de idosos que, apesar de estar crescendo, ainda é pouco estudado.

Apoio financeiro

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuições dos autores

Julia de Freitas Machado: coleta de dados, banco de dados, escrita, discussão dos resultados e aprovação da versão final; Irani Iracema de Lima Argimon: discussão dos resultados e aprovação da versão final; Ângelo José Gonçalves Bós: organização do banco de dados, análise estatística, discussão dos resultados e aprovação da versão final.

Referências

1. Vieira R, Goldim JR. Capacidade de tomada de decisão de pacientes submetidos a procedimento médico invasivo. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(5):497-503.

2. Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med.* 2013 Nov;29(4):737-52. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.002. Cited in: PMID 24094294; PMCID PMC4015335.

3. Harvey PD. Domains of cognition and their assessment. *Dialogues Clin Neurosci.* 2019 Sep;21(3):227-37. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.3/pharvey>. Cited in: PMID 31749647; PMCID PMC6829170.

4. Carneiro AM. Tratamento cognitivo-comportamental para depressão maior: uma revisão narrativa. *Rev. bras. ter. cogn.* 2016;12(1):42-9.

5. Macedo TL, Laux RC, Londero AA, Corazza ST. Análise dos aspectos cognitivos de idosos considerando a prática de exercícios físicos regulares e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(2):e180120. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180120>.

6. Mendes PA, Reiners AAO, de Souza ARC, Gaspar ACM, Segri NJ. Declínio Cognitivo: Conhecimentos, Atitudes e Práticas Preventivas de Idosos em Comunidade. *Cogitare Enferm.* 2018;23(3): e55372. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i3.55372>.

7. Bós, ÂJG, Kimura AY. Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. *Rev. MRIGS.* 2015;59(2):106-11.

8. Krug RDR, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev. bras. epidemiol.* 2018;21:e180004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>

9. Papaléo M, Kitadai FT. Desafios da longevidade: a quarta idade. In Papaléo M, Kitadai, FT. A quarta idade: o desafio da longevidade. São Paulo: Editora Atheneu; 2015. p. 2).

10. Grigoletto F, Zappalà G, Anderson DW, Lebowitz BD. Norms for the Mini-Mental State Examination in a healthy population. *Neurology.* 1999 Jul 22;53(2):315-20. <https://doi.org/10.1212/wnl.53.2.315>. Cited in: PMID 10430420.

11. Bertolucci, PH, Brucki, S., Campacci, SR, Juliano, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1994;52(1):1-7.

12. Brucki S, Nitri R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.

13. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983; 17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4). Cited in: PMID 7183759. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759>

14. Pereira KR. Adaptação Transcultural e Validação Da Escala De Depressão Geriátrica Gds-15 [Dissertação de mestrado]. [Uberaba (MG)]: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2017. 67 f.

15. Suarez-Cuba MA, Alcalá Espinoza M. (2014). Apagar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev Med La Paz [Internet]. 2014 [citado 2021 Jun 9];20(1):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.

16. Dias M de JS, Serra J. Mulher, velhice e solidão: uma triade contemporânea? Serv. Soc. e Saúde [Internet]. 2018 Jun 30 [citado 2021 Set 2];17(1):9-30. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ss/article/view/865190>

17. Papaléo M, Kitadai FT. Desafios da longevidade: a quarta idade. In Papaléo M, Kitadai FT. A quarta idade: o desafio da longevidade. São Paulo: Editora Atheneu; 2015. p. 23.

18. De Lima NAV, de Araújo NVM, de Oliveira KSA, de Azevedo LM, Mesquita GXB. Stimulation in institutionalized elderly people: effects of cognitive activity practice. R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]. 2017 Jul 11 [citado 2021 Jun 5];9(3):753-9. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5491>

19. Matsudo SMM. Envelhecimento, atividade física e saúde. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [Internet]. 2009 Abr [citado 2021 Jun 5];47:76-9. ISSN 1518-1812. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200020&lng=es&nrm=iso

20. Cho J, Martin P, Poon LW; Georgia Centenarian Study. Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. Gerontologist. 2015 Feb;55(1):132-43. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>

21. Carlomanho AMF, Soares E, de Carvalho SMR. Declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados e não institucionalizados: possibilidades de correlação. Revista de Iniciação Científica da FFC(-Cessada). 2013;13(3):23.

22. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2016 Out-Dez;19(4):691-701. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040001790X2016000400691&lng=en&nrm=iso>

23. Valle EA, Castro-Costa É, Firmo JO, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública. 2009 Abr;25(4):918-26. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400023>

24. Nascimento RASAD, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. J Bras Psiquiatr. 2015;64(3):187-92. <https://doi.org/10.1590/0047-20850000000077>

25. Wagner GP, Brandão L, Parente MAMP. Disfunções cognitivas no declínio cognitivo leve. In Parente, M. A. M. P. Cognição e Envelhecimento. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 225-38.

Julia de Freitas Machado

Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Irani Iracema de Lima Argimon

Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; pós-doutorado em Psicologia pela Universidade Católica de Valência (UCV), Espanha; mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Ângelo José Gonçalves Bós

Doutorado em Medicina pela Tokai University, School of Medicine, TOKAI, SM, Japão; pós-doutorado em Medicina pela University of Alabama in Huntsville, UAH, Estados Unidos. Professor da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil.

Endereço para correspondência

Julia de Freitas Machado

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, 8º andar, sala 804
90619-900
Porto Alegre, RS, Brasil

Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.