

Manuel Alberto Morais Brás¹
Dora Margarida Ribeiro Machado²
Andreia Isabel Costa Condado³
Hélder Jaime Fernandes¹

RESUMO

Introdução: O fenómeno do envelhecimento aumenta a probabilidade e a durabilidade de doenças crónicas, incapacidades e situações de dependência física, psíquica e social. Frequentemente são reportadas alterações mentais e cognitivas associadas ao processo de envelhecimento, tanto por profissionais de saúde como pelos próprios idosos. **Objetivo:** Identificar a prevalência de alterações cognitivas em idosos não institucionalizados de um distrito do Norte de Portugal, relacionando o seu estado cognitivo com variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde e estado afetivo (depressão). **Material e Métodos:** Investigação de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, analítico de coorte transversal, com uma amostra por conveniência. Para recolha de dados, foi utilizado um formulário composto por um questionário sociodemográfico, profissional e clínico, pela *Mini Mental State Examination* (MMSE), para avaliar o declínio cognitivo, e pela *Geriatric Depression Scale* (GDS-15), para avaliar sintomas depressivos. **Resultados:** A amostra foi constituída por 581 idosos residentes no distrito em análise, sendo maioritariamente do sexo feminino (85,9%), sem comprometimento cognitivo (99,3%) e sem depressão (81,1%). O estado cognitivo dos idosos não institucionalizados diferiu em função da idade ($p < 0,001$), sexo ($p = 0,020$), habilitações literárias ($p < 0,001$), profissão ($p < 0,001$), problemas de visão ($p < 0,001$) e audição ($p < 0,001$), perda auditiva ($p < 0,001$), consumo de tabaco ($p = 0,012$), consumo de álcool ($p = 0,045$), polimedicação ($p < 0,001$) e recurso a auxiliares de marcha ($p < 0,001$). A saúde autopercebida ($p < 0,001$) e a condição afetiva (depressão) ($p < 0,001$) também influenciaram o estado cognitivo dos idosos em análise. **Conclusão:** Os resultados indicaram, de forma geral, a ausência de comprometimento cognitivo e de sintomas depressivos nos inquiridos. Foi observado que quanto maior o nível educacional, melhor o desempenho cognitivo; quanto mais avançada a idade, pior o estado cognitivo; uma autopercepção positiva em relação à saúde associou-se a um melhor estado cognitivo; e a presença de sintomas depressivos teve um impacto negativo no estado cognitivo.

Palavras-chave: Idoso; Testes de Estado Mental e Demência; Depressão; Envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: The aging phenomenon increases the likelihood and duration of chronic diseases, disabilities, and situations of physical, mental, and social dependence. Mental and cognitive changes associated with the aging process are reported by healthcare professionals as well as the elderly themselves. **Objective:** Identify the prevalence of cognitive changes among non-institutionalized elderly individuals in a district in northern Portugal while relating their cognitive state to sociodemographic variables, sensory assessment, lifestyle habits, health status, and affective state (depression). **Material and Methods:** Quantitative methodology research, observational study, descriptive, analytical cross-sectional cohort study with a convenience sample. Data collection involved employing a questionnaire encompassing sociodemographic, professional, and clinical aspects, the Mini-Mental State Examination (MMSE) to assess cognitive decline, and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) to evaluate depressive symptoms. **Results:** The sample consisted of 581 elderly individuals residing in the district under analysis, predominantly female (85.9%), without cognitive impairment (99.3%), and free from depression (81.1%). The cognitive state of non-institutionalized elderly individuals differed based on age ($p < 0.001$), gender ($p = 0.020$), educational level ($p < 0.001$), occupation ($p < 0.001$), vision issues ($p < 0.001$), hearing problems ($p < 0.001$), hearing loss ($p < 0.001$), tobacco use ($p = 0.012$), alcohol consumption ($p = 0.045$), polypharmacy ($p < 0.001$), and use of walking aids ($p < 0.001$). Self-perceived health ($p < 0.001$) and affective condition (depression) ($p < 0.001$) also influenced the cognitive state of the elderly individuals under analysis. **Conclusion:** The results, overall, indicated the absence of cognitive impairment and depressive symptoms among the respondents. It was observed that higher educational levels were associated with better cognitive performance. Advanced age linked to poorer cognitive status. A positive self-perception regarding health was associated with better cognitive status, while depressive symptoms hurt cognitive status.

Keywords: Aged; Mental Status and Dementia Tests; Depression; Aging.

¹Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, Portugal.

²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

³Serviço de Traumatologia, Unidade Local de Saúde do Nordeste, Bragança, Portugal.

✉ **Dora Ribeiro Machado**

Av. Luís de Camões, 290, 1º andar, Maia, Portugal
Código postal: 4474-004
✉ dora.ribeiromachado@gmail.com

Submetido: 08/12/2023

Aceito: 02/04/2024



INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento inicia-se *in útero*. Embora, seja comum a todas as pessoas, a biologia, a personalidade e o meio interagem entre si, tornando o processo distinto para cada indivíduo.^{1,2} Estima-se que, a nível global, o número de indivíduos com 60 anos ou mais aumente de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e atinja 3,1 mil milhões em 2100. Igualmente, é previsto que o número de pessoas com 80 anos ou mais passe de 137 milhões em 2017 para 425 milhões em 2050.³ Em 2022, Portugal registou cerca de 183 idosos por cada 100 jovens.⁴

O processo de envelhecimento manifesta-se em diversos níveis: (i) biológico, com a degradação a nível anatómico e funcional;¹ (ii) psicológico e cognitivo, já que, tendo em conta que é um processo dinâmico e complexo, as modificações corporais causam impacto psicológico,⁵ verificando-se uma prevalência de perturbação depressiva entre os 4,8% e os 14,6% em pessoas idosas;⁶ e (iii) social, pelas mudanças nas redes sociais e nos papéis desempenhados.⁵

Em 1913, Osler, ao tentar correlacionar o comportamento humano com processos intelectuais, elaborou uma nova abordagem para o estudo do cérebro, dando origem ao conceito de neuropsicologia.⁷ A neuropsicologia consiste na análise da relação entre a função cerebral humana e o comportamento. Tem como finalidade investigar as alterações e processos corticais superiores ou a atividade psíquica de uma determinada pessoa, decorrentes das lesões cerebrais, incluindo os aspetos correlacionais entre a estrutura e função com o desenvolvimento e acompanhamento do indivíduo.⁷

A avaliação neuropsicológica engloba, para além da aplicação de escalas e testes, uma investigação clínica baseada numa entrevista com o paciente para compreender a sua história passada e atual, no âmbito do desenvolvimento pessoal, físico, emocional e social. Destaca-se que, se o paciente apresentar dificuldades acentuadas na comunicação ou na memória, deve ser acompanhado por um familiar ou cuidador.⁷

A avaliação neuropsicológica divide-se em *screening* e compreensiva. O *screening* é um exame abreviado que avalia áreas funcionais sensíveis a cada patologia ou investiga a presença de patologias. Caso neste tipo de avaliação sejam detetados défices no desempenho do indivíduo que revelem lesões cerebrais é necessária uma avaliação neuropsicológica compreensiva, mais detalhada, permitindo prognósticos e planeamento de intervenções.⁷

As funções mentais incluem as globais, como energia, impulso e consciência e as específicas, como linguagem, cálculo e memória. Entre as funções mentais específicas encontram-se as funções mentais superiores, dependentes dos lobos frontais do cérebro, frequentemente designadas como funções executivas.⁸

As funções executivas compreendem um conjunto de comportamentos necessários para alcançar objetivos, dependendo da capacidade de planificação, flexibilidade e controlo da impulsividade.⁹ Na literatura, há consenso na identificação de três funções executivas nucleares primárias: inibição ou controlo inibitório, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva.¹⁰ Entre as funções executivas encontra-se a memória, que se divide em (i) explícita ou declarativa, englobando a memória a longo prazo semântica e episódica e a memória a curto prazo; e (ii) não declarativa ou implícita, abrangendo a memória a longo prazo procedimentos e a curto prazo de trabalho – *priming*.¹¹ Destaca-se que, na memória declarativa, a memória episódica, também denominada memória autobiográfica, é a mais especializada, sendo a última a desenvolver-se na infância e a primeira a degradar-se na velhice.¹²

É consensual na comunidade científica que a memória sofre alterações com a idade, pelo que, quando os idosos se queixam das aptidões cognitivas referem-se, de uma forma geral, a problemas de memória.^{1,11} Estes estão associados a algumas doenças comuns em idades avançadas, embora as alterações na memória também façam parte do processo normal de envelhecimento. Parece evidente que algumas tarefas da memória evidenciam grandes diferenças com a idade, como é o caso da memória episódica, enquanto outras demonstram poucos efeitos da idade, nomeadamente a memória de procedimentos ou semântica.¹³

Também as funções da atenção se inserem no campo das funções mentais específicas. Para o presente estudo consideraram-se, no vasto leque destas funções, a atenção seletiva/focalizada e a atenção sustentada. Os idosos tendem a preservar a capacidade de manter a atenção acerca de determinados acontecimentos, contudo, evidenciam dificuldades em filtrar informação, o que origina a distribuição da atenção por diversas tarefas ou o desvio da mesma de um aspeto para outro.¹⁴

Por outro lado, inteligência é um conceito complexo e subjetivo, envolvendo diversos fatores. Segundo a teoria bifatorial de Cattell, pode ser dividida em duas inteligências: a fluida, que declina com a idade, e a cristalizada, que se mantém estável e até melhora.^{5,13} Os declínios estatisticamente significativos começam a verificar-se a partir da sexta década de vida, onde as capacidades cristalizadas (destrezas verbais) permanecem estáveis. No entanto, as pontuações que medem as capacidades fluidas (rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo) começam a diminuir por volta dos 30 anos.¹³ Muitas das diferenças verificadas nas aptidões específicas, associadas ao declínio de algumas aptidões intelectuais, parecem relacionar-se com alguns aspetos do processamento cognitivo, designadamente a diminuição da velocidade de processamento da informação, o défice na memória de funcionamento e os decréscimos na acuidade visual e auditiva.^{1,13}

A prática baseada na evidência contribuiu para a ampla utilização de escalas de avaliação.¹⁵ O *Mini-Mental State Examination* (MMSE), é uma ferramenta útil para verificar a evolução cognitiva no decorrer da doença ou para estimar o efeito da medicação prescrita. Trata-se de um questionário desenvolvido por Folstein et al¹⁶ e validado para a população portuguesa, acima dos 40 anos por Guerreiro et al¹⁷. Possibilita avaliar dimensões como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva, em que a cada resposta correta é atribuído um ponto.⁵ Nesta versão, considera-se a existência de deterioração cognitiva se as pontuações forem ≤ 15 pontos (analfabetos), ≤ 22 pontos (escolaridade 1-11 anos) e ≤ 27 pontos (escolaridade > 11 anos). Por outro lado, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) – versão curta – permite o rastreio da depressão, avaliando aspetos cognitivos e comportamentais. Na sua versão completa, conta com 30 questões e na versão curta com 15 questões, varia entre 0 (sem depressão) e 15 pontos (depressão grave).¹⁸

Considerando o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, o aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas e de alterações cognitivas, a intervenção neuropsicológica, dirigida a indivíduos com comprometimento neurológico de etiologias variadas e/ou psiquiátrico, adquire especial interesse. Esta intervenção tem como objetivo aumentar a capacidade de compensar défices difíceis e resistentes ao treino cognitivo e compreende a reabilitação cognitiva e a psicoterapia cognitiva.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados de um distrito no Norte de Portugal, e relacionar o seu estado cognitivo com variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde e estado afetivo (depressão).

MATERIAL E MÉTODOS

Investigação de metodologia quantitativa, estudo observacional, descritivo, analítico de corte transversal. Descritivo porque pretende descrever um fenómeno relativo a uma população, caracterizando a mesma, ou uma amostra;¹⁹ analítico porque permite compilar os dados disponíveis para se poder analisar e compreender o fenómeno; e transversal—porque se pretende proceder a uma avaliação multidimensional no idoso num determinado momento temporal – altura da aplicação do instrumento de colheita de dados.²⁰ Quanto à metodologia quantitativa reflete uma análise dos dados que se distribuem por variáveis que são quantificáveis e observáveis e que advêm de uma medição formal.²¹

Teve por base a seguinte questão de investigação: qual o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito em análise? Elencaram-

se à questão os seguintes objetivos: (i) identificar a prevalência de alterações cognitivas dos idosos não institucionalizados do distrito; e (ii) relacionar o estado cognitivo dos idosos não institucionalizados do distrito com as variáveis sociodemográficas, avaliação sensorial, hábitos de vida, estado de saúde e estado afetivo (depressão).

Foi selecionada como população indivíduos com mais de 65 anos residentes no distrito em análise, totalizando 37.849 pessoas. Foram também critérios de inclusão: ser capaz de ouvir e entender, estar consciente e orientado e aceitar de forma voluntária participar no estudo. Foram critérios de exclusão: ser portador de deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas e observadas e a não-aceitação na participação no estudo. Por meio de uma amostragem não probabilística por conveniência, selecionou-se uma amostra de 581 indivíduos. A recolha de dados incluiu locais e períodos temporais distintos, por forma a assegurar diferentes estratos societários da população.

Os dados foram recolhidos, entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018, por meio de um formulário previamente elaborado, constituído por três partes: (i) questionários sociodemográfico, profissional e de saúde; (ii) MMSE; e (iii) *Geriatric Depression Scale*. Procurando limitar o viés de desejabilidade recorreu-se a estratégias comunicacionais para a construção de empatia, respeitando a confidencialidade e garantindo que a informação recolhida seria exclusivamente para tratamento estatístico. Todos os formulários foram elegíveis.

Recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para tratamento estatístico dos dados. A análise descritiva dos dados foi realizada com recurso a medidas de tendência central e de dispersão. Para estudo da fiabilidade, utilizou-se o coeficiente de alpha de Cronbach, e foram aplicados testes paramétricos e não paramétricos conforme a distribuição dos dados. Na testagem de hipóteses, foi utilizado um nível de significância de 5%.

Todos os requisitos éticos necessários para a realização de estudos científicos foram integralmente respeitados, tendo o estudo obtido o parecer positivo da Comissão de Ética, da Unidade Local de Saúde do distrito em análise (referência número 006486).

RESULTADOS

Maioritariamente os idosos da amostra tinham idades compreendidas entre os 70 e os 74 anos (22,7%), eram do sexo feminino (58,9%), possuíam o 6º ano de escolaridade (91,8%), sendo que 1,5% frequentou um curso superior, e foram trabalhadores não qualificados (68,0%) (Tabela 1).

A avaliação sensorial revelou que: (i) 79,3% dos idosos apresentavam problemas de visão, 60,1%

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo a idade, sexo, habilitações literárias e profissão.

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Idade		
65-69 anos	127	21,9
70-74 anos	132	22,7
75-79 anos	113	19,4
80-84 anos	111	19,1
≥85 anos	98	16,9
Sexo		
Feminino	342	58,9
Masculino	239	41,1
Habilitações literárias		
≤8 anos (até ao 6º ano de escolaridade)	533	91,8
9-17 anos (9º e 12º ano de escolaridade)	39	6,7
>17 anos (curso superior)	9	1,5
Profissão		
Profissionais	15	2,6
Técnicos e profissões de nível intermédio	12	2,1
Trabalhadores de apoio administrativo	18	3,1
Trabalhadores de Serviços e Vendas	67	11,5
Artesanato	38	6,5
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	23	4,0
Trabalhadores não qualificados	395	68,0
Forças Armadas	13	2,2

utilizavam óculos e 78,1% não demonstravam problemas de visão no teste de Snellen; (ii) 67,3% referiram não ter problemas de audição, 92,4% não utilizavam próteses auditivas e 63,4% não demonstravam perda auditiva no teste do sussurro (Tabela 2).

No que concerne à variável hábitos de vida constatou-se que: (i) 89,2% dos inquiridos não eram fumadores, sendo que a maioria dos que afirmaram ser fumadores (33,4%) referiu fumar 15 cigarros por dia, onde 25% fumavam há 50 anos; (ii) 58,8% afirmou não consumir café ou bebidas com cafeína, com a maioria dos consumidores (25,5%) a declarar beber uma bebida por dia; (iii) 67,0% não consumiam álcool e 100% daqueles que consumiam preferiam o vinho; (iv) 79,7% dos inquiridos não foram categorizados como consumidores excessivos de álcool (Tabela 3).

No que diz respeito ao estado de saúde, verificou-se que: (i) 82,3% dos idosos estudados não foram hospitalizados no último ano, sendo que, entre aqueles que responderam positivamente, 89,0% foram internados apenas uma vez no último ano; (ii) 77,1% não precisavam de dispositivos de assistência para caminhar e entre aqueles que precisavam 76,7% recorriam à bengala/canadiana (Tabela 3).

Relativamente à saúde autopercebida os dados revelaram que 55,1% dos inquiridos consideravam-na

como regular (escala que variava entre má, regular, boa e excelente). O coeficiente de consistência interna global do MMSE, na amostra foi de 0,70, considerando-se como razoável. A sua aplicação, analisando os diferentes subgrupos, revelou que a maioria dos indivíduos apresentava melhores resultados nos testes de orientação espacial ($4,90 \pm 0,372$) e orientação temporal ($4,83 \pm 0,493$). Por análise descritiva do MMSE, verificou-se que 99,3% dos elementos em estudo se encontravam sem comprometimento cognitivo (Tabela 4).

O coeficiente de consistência interna global da GDS-15 foi de 0,83, considerando-se igualmente razoável. A sua aplicação permitiu verificar que: (i) a maioria dos indivíduos estudados (81,1%) não apresentava depressão (GDS-15 <6); (ii) 12,5% apresentava depressão ligeira (GDS-15 entre 6-9); e (iii) 6,4% apresentava depressão grave.

Com a análise inferencial de dados, verificou-se que existe evidência estatística para afirmar que o desempenho cognitivo dos inquiridos variava consoante:

- a idade, sendo o desempenho cognitivo superior nos indivíduos mais novos (Tabela 5);
- o sexo, com valores de média superiores para indivíduos do sexo masculino (Tabela 5);
- as habilitações literárias, sendo o desempenho

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo a avaliação da visão e audição.

Itens	Frequência	Percentagem (%)
Problemas de visão		
Não	120	20,7
Sim	461	79,3
Uso de óculos		
Não	232	39,9
Sim	349	60,1
Problemas de visão (teste de Snellen)		
Não	454	78,1
Sim	127	21,9
Problemas de audição		
Não	391	67,3
Sim	190	23,7
Uso de prótese auditiva		
Não	533	92,4
Sim	44	7,6
Valor omissos	4	
Teste do sussurro		
Sem perda auditiva	367	63,4
Com perda auditiva	212	36,6
Valor omissos	2	

Tabela 3: Distribuição da amostra de acordo com hábitos de vida e estado de saúde.

Itens	Frequência	Percentagem (%)
Consumo tabaco		
Não fumador	518	89,2
Fumador	12	2,0
Ex-fumador	51	8,8
Número cigarros por dia		
6	1	8,3
10	3	25,0
15	4	33,4
20	1	8,3
40	3	25,0
Número de anos de consumo de tabaco		
12	1	12,5
20	1	12,5
30	1	12,5
35	1	12,5
39	1	12,5
40	1	12,5
50	2	25,0
Valor omissos	4	
Consumo café ou bebidas com cafeína		
0	341	58,8
1	148	25,5

2	76	13,1
3	15	2,6
Valor omissó	1	
Consumo de álcool		
Não	389	67,0
Sim	192	33,0
Tipo de bebida alcoólica		
Vinho	192	100,0
Abuso do álcool		
Não	463	79,7
Sim	118	20,3
Internamentos hospitalares (último ano)		
Não	478	82,3
Sim	103	17,7
Número vezes internado		
1	89	89,0
2	9	9,0
3	1	1,0
5	1	1,0
Valor omissó	3	
Uso de auxiliares de marcha		
Não	448	77,1
Sim	133	22,9
Auxiliares de marcha		
Bengala/1 canadiana	102	76,7
Canadianas	12	9,0
Andarilho	14	10,5
Cadeira de rodas	5	3,8

- cognitivo superior para indivíduos com habilitações literárias mais elevadas (Tabela 5);
- d) a profissão, sendo que indivíduos com profissões mais elementares apresentaram menor desempenho cognitivo (Tabela 5);
- e) problemas de visão, problemas de audição e perda auditiva, sendo que a média de desempenho cognitivo era superior em participantes sem problemas de visão e audição (Tabela 5);
- f) o consumo de tabaco ($p= 0,012$) e de álcool ($p= 0,045$), onde o estado cognitivo apresentou melhores valores nos idosos que fumavam e nos que consumiam álcool (Tabela 5);
- g) a "polimedicção" e o recurso a "auxiliares de marcha", sendo a média superior em idosos não polimedicados e sem necessidade de recurso a auxiliares de marcha (Tabela 5);
- h) a saúde autopercebida, onde quanto pior fosse a autoperceção dos idosos acerca da sua saúde, menor seria o seu estado cognitivo (Tabela 5);
- i) a presença de sinais de depressão, sendo a mé-

dia do desempenho superior em idosos sem depressão (Tabela 5).

Em contraponto, não se verificou evidência estatística para afirmar que o desempenho cognitivo variava consoante o uso de óculos, o abuso de álcool e os internamentos (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Neste estudo, à medida que a idade avança, o estado cognitivo tende a piorar. Resultados corroborados por outros estudos explicam que alguns tipos de atenção declinam com a idade,²²⁻²⁴ que é o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência e de déficit cognitivo ligeiro, muitas vezes por se associar a outros fatores como hábitos de vida e depressão.

O estado cognitivo também apresentou diferenças significativas quando relacionado com a variável sexo, apontando para maiores alterações em idosos do sexo feminino, contrapondo com os resultados obtidos em outros estudos.²⁵ Também quanto mais

Tabela 4: Análise descritiva dos subgrupos MMSE.

MMSE	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Orientação temporal	4,83	0,493	0	5
Orientação espacial	4,90	0,373	0	5
Retenção	2,98	0,203	0	3
Atenção e cálculo	4,54	1,191	0	5
Evocação	2,49	0,735	0	3
Linguagem	1,67	0,270	0	2
Linguagem (repetição)	1,00	0,155	0	1
Linguagem (compreensão de ordens)	2,93	0,371	0	3
Leitura	0,76	0,429	0	1
Escrita	0,71	0,453	0	1
Desenho	0,33	0,471	0	1
MMSE – Score Total	27,46	2,946	0	30

Tabela 5: Análise estatística inferencial dos dados.

Variável	Média	Desvio padrão	Teste estatístico
Idade			
65-69	28,79	1,546	Anova $p= 0,000$
70-74	28,54	1,618	
75-79	27,20	3,506	
80-84	26,69	2,879	
≥85	25,47	3,599	
Sexo			
Masculino	27,80	2,626	T-student $p= 0,020$
Feminino	27,23	3,131	
Habilitações literárias			
Não sabe ler, nem escrever	24,07	3,501	Anova $p= 0,000$
≤8 anos	28,08	2,232	
9-17 anos	29,44	0,680	
>17 anos	29,78	0,441	
Profissão			
Profissionais	29,67	0,488	Anova $p= 0,000$
Técnicos e profissões de nível intermédio	29,42	0,793	
Trabalhadores de apoio administrativo	29,11	1,231	
Trabalhadores de serviços e vendas	29,05	0,983	
Artesanato	27,39	3,009	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	28,04	1,846	
Trabalhadores não qualificados	26,91	3,185	
Forças Armadas	28,77	1,691	
MMSE			

Não usa óculos	27,31	2,765	T-student
Usa óculos	27,56	3,060	$p= 0,312$
Com problemas de visão (Snellen)	25,73	4,128	T-student
			$p= 0,000$
Sem problemas de visão (Snellen)	27,95	2,3	
Com problemas de audição	26,43	3,345	T-student
Sem problemas de audição	27,97	2,589	$p= 0,000$
Com perda auditiva	26,50	3,250	T-student
Sem perda auditiva	28,01	2,609	$p= 0,000$
Não fuma	27,33	3,044	T-student
Fuma	29,50	0,674	$p= 0,012$
Não consome álcool	27,28	3,128	T-student
Consome álcool	27,84	2,500	$p= 0,045$
Sem abuso do álcool	27,38	2,995	T-student
Com abuso do álcool	27,79	2,728	$p= 0,446$
Sem internamento no último ano	27,51	2,882	T-student
Com internamento no último ano	27,22	3,230	$p= 0,36$
Não polimedicado	27,76	2,522	T-student
Polimedicado	26,90	3,551	$p= 0,000$
Sem uso de auxiliar de marcha	27,94	2,695	T-student
Com uso de auxiliar de marcha	25,85	3,183	$p= 0,000$
Saúde autopercebida excelente	28,52	1,974	Anova
Saúde autopercebida boa	28,42	2,174	
Saúde autopercebida regular	27,18	3,004	$p= 0,000$
Saúde autopercebida má	26,51	3,610	
Sem depressão	27,84	2,399	Anova
Depressão provável	25,70	4,651	
Depressão estabelecida	26,14	3,368	$p= 0,000$

elevadas as habilitações literárias melhor seria o estado cognitivo dos idosos em análise. Resultados partilhados por outros estudos.²⁶⁻²⁸ Profissões mais elementares, neste estudo, também se relacionaram com um desempenho cognitivo inferior. A presença de problemas de visão relacionou-se com um pior desempenho cognitivo nos inquiridos, corroborando com outros estudos que sugeriram que alterações anatómicas na visão estão associadas a baixa função cognitiva ou futura perda cognitiva.^{27,30} O mesmo aconteceu nos idosos com problemas de audição, que apresentaram declínio cognitivo. Apesar de outro estudo indicar o contrário.³¹ Também outros autores confirmaram a relação entre problemas de audição e pior desempenho cognitivo,³² enfatizando a necessidade de corrigir problemas auditivos para prevenir tais alterações.

Neste estudo, apesar de o estado cognitivo dos inquiridos ser superior nos que consumiam tabaco, esse resultado não foi confirmado por outros autores,²⁸ que observaram que idosos fumadores tinham maior probabilidade de apresentar declínio cognitivo, nem

apoiados por outras pesquisas,³³ que não encontraram associação entre essa variável e o estado cognitivo. Também o desempenho cognitivo foi, nesta investigação, superior em idosos que consumiam bebidas alcoólicas. A relação entre estas variáveis não parece consensual. Por um lado, investigadores encontraram um desempenho pior nas funções executivas em idosos que consumiam álcool,³⁴ nomeadamente porque o consumo de bebidas alcoólicas poderia levar à perda cognitiva por diminuição da absorção de vitamina B12 e constataram que a falta de consumo de álcool na meia-idade e o consumo frequente na idade adulta tardia estava associado a um risco de desenvolvimento de défice cognitivo leve.^{33,35} Por outro lado, investigadores sugeriram que o consumo leve ou moderado de álcool seria um fator protetor para transtornos neurocognitivos,³⁶ incluindo a doença de Alzheimer, podendo melhorar a cognição.

Neste estudo, idosos polimedicados pareceram ter pior desempenho cognitivo. Em contraponto, investigadores não verificaram relação entre o consumo de medicamentos e o declínio cognitivo.³⁷

Uma pior autopercepção de saúde também pareceu relacionar-se com um pior estado cognitivo. Outras pesquisas corroboraram com estes resultados,³⁷ indicando que uma percepção negativa da saúde aumenta o risco de desenvolvimento de declínio cognitivo.

Por fim, neste estudo, a presença de sinais de depressão pareceu relacionar-se com um pior desempenho cognitivo. Também outras pesquisas,³⁸ apesar de não verificarem relação entre o declínio cognitivo e a depressão, sugeriram que quanto mais sintomas de depressão os idosos apresentarem maior será o défice cognitivo, e outros investigadores explicaram que idosos com mais sintomas depressivos apresentavam mais queixas de memória,³⁹ concentração, atenção, aprendizagem, fluência verbal e funções executivas.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com esta investigação permitiram compreender qual o estado cognitivo dos idosos do distrito em análise e relacionar o mesmo com características sociodemográficas, sensoriais e clínicas, hábitos de vida e estado afetivo (depressão). Desta forma, pode servir como ponto de partida para a realização de intervenções que estimulem e fortaleçam a cognição desses indivíduos, contribuindo para a sua reabilitação cognitiva. De maneira mais abrangente, pode ser considerado como base para o diagnóstico, planeamento, estruturação e implementação de programas e projetos de intervenção em saúde comunitária, visando potenciar não apenas a saúde dos indivíduos, mas também da comunidade em geral. Ressalva-se que este estudo teve limitações, nomeadamente o facto de se ter selecionado um tipo de amostragem não probabilística, que não permite extrapolar os resultados obtidos para além da amostra estudada.

REFERÊNCIAS

1. Spar J, La Rue A. Guia prático de psiquiatria geriátrica. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
2. Fontaine R. Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores; 2000.
3. Organização das Nações Unidas. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. Envelhecimento [Internet]. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental; 2019 [citado em 2023 nov. 30]. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>.
4. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA Estatísticas sobre Portugal e Europa. Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento [Internet]. 2023 [citado em 2023 dez. 01]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/>

lhcimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526.

5. Sequeira C. Cuidar de idosos com dependência física e mental. 2. ed. Lisboa: Lidel; 2018.
6. Frank M, Rodrigues N. Depressão, Ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio. In: Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 477-495.
7. Sousa C. Neuropsicologia. In: Neurologia clínica. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa; 2014. p. 575-94.
8. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde [Internet]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2008 [citado em 2023 dez. 02]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf.
9. Simões MR, Albuquerque CP, Pinho MP, Vilar M, Pereira M et al. BANC: bateria de avaliação neuropsicológica de Coimbra. CEGOC-TEA; 2016.
10. Diamond A. Executive functions. Annu Rev Psychol. 2013; 64:135-68. doi: 10.1146/annurev-psych-113011-143750
11. Garcia CA, Coelho MH. Neurologia clínica. Lisboa: Lidel; 2009.
12. Pinto AC. Problemas de memória nos idosos: uma revisão [Internet]. Psicologia, Educação e Cultura. 1999 [citado em 2023 dez. 02]: 3(2):253-95. Disponível em: https://www.fpce.up.pt/docentes/acpinto/artigos/14_memoria_nos_idosos.pdf.
13. Figueiredo D. Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores; 2007.
14. Túlio JPC. Envelhecimento, funções executivas e estratégias de coping: um estudo em idosos [Dissertação]. Paranhos: Universidade Portucalense; 2017.
15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12(3):189-98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
16. Guerreiro M. Terapêutica não farmacológica da demência. In: A doença de alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: Lidel; 2005. p. 121-48.
17. Massano J. Escalas de avaliação e sua utilização em neurologia. In: Neurologia clínica. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa; 2014. p. 597-608.
18. Apóstolo J, Loureiro L, Reis I, Silva I, Cardoso D, Sfetcu R.

- Contribution to the Adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into Portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014; IV Série(3):65-73.
19. Fortin MM, Prud'Homme-Brisson D, Coutu-Wakulczyk G. Noções de ética em investigação. In: *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 2000. p. 113-30.
20. Duhamel F, Fortin M. Os estudos de tipo descritivo. In: *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 2000. p. 161-72.
21. Freixo M. *Metodologia científica: fundamentos métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget; 2009.
22. Freitas S, Alves L, Simões MR, Santana I. Importância do rastreio cognitivo na população idosa. *Revista E-PSI [Internet]*. 2013 [citado em 2023 out. 25]; 3(1):4-24. Disponível em: <https://artigos.revistaepsi.com/2013/Ano3-Volume1-Artigo1.pdf>.
23. Neves PN. Caracterização cognitiva e funcional de idosos com idades entre os 65 e os 75 anos inscritos numa unidade saúde familiar [Internet] [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2012 [citado em 2023 dez. 5]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/9345>.
24. Santos MCS. Avaliação do défice cognitivo e sua relação com características sociodemográficas, com condições de saúde e com o estilo de vida de pessoas idosas atendidas na atenção básica no município de Jacareí, São Paulo [Internet] [Dissertação]. São Paulo: Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2013 [citado em 2023 dez. 5]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/mestrado-profissional/marciacristinasouzadossantos-dissertacaocompleta.pdf>.
25. Hänninen T, Koivisto K, Reinikainen K, Helkala E, Soininen H et al. Prevalence of ageing-associated cognitive decline in an elderly population. *Age and Ageing*. 1996; 25(3):201-5.
26. Alley D, Suthers K, Crimmins E. Education and cognitive decline in older Americans: results from the AHEAD sample. *Res Aging*. 2007; 29(1):73-94. doi: 10.1177/0164027506294245
27. Gonçalves ARBM. Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra [Internet] [Dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos; 2011 [citado em 2023 dez. 8]. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/8c971d59-e019-4bb2-a4d4-37bbcf85d776/content>.
28. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1):109-21. doi: 10.1590/S1809-98232011000100012
29. Chen SP, Bhattacharya J, Pershing S. Association of vision loss with cognition in older adults. *JAMA Ophthalmol*. 2017; 135(9):963-70. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2017.2838.
30. Ko F, Muthy ZA, Gallacher J, Sudlow C, Rees G et al. Association of retinal nerve fiber layer thinning with current and future cognitive decline: a study using optical coherence tomography. *JAMA Neurol*. 2018; 75(10):1198-205. doi: 10.1001/jamaneurol.2018.1578.
31. Bruckmann M, Pinheiro MMC. Efeitos da perda auditiva e da cognição no reconhecimento de sentenças. *CoDAS*. 2016; 28(4):338-44.
32. Fell AC, Teixeira AR. Cognição em idosos: influência do uso de aparelhos de amplificação sonora individual. *Rev Kairós*. 2015; 18(2):197-208.
33. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA da, Franco GP. Estado Cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012; 33(4):64-71. doi: 10.1590/S1983-14472012000400008
34. Oliveira CR, Bastos AS, Viana SAR, Rocha BF, Cerutti F et al. Avaliação da cognição de idosos que consomem álcool. *Aletheia [Internet]*. 2016 [citado em 2023 dez. 02]; 49(1):101-9. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v49n1/v49n1a09.pdf>.
35. Anttila T, Helkala EL, Viitanen M, Kåreholt I, Fratiglioni L et al. Alcohol drinking in middle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *BMJ*. 2004; 329(7465):539. doi: 10.1136/bmj.38181.418958.BE
36. Gu Y, Scarmeas N, Short EE, Luchsinger JA, DeCarli C et al. Alcohol intake and brain structure in a multiethnic elderly cohort. *Clinical Nutrition*. 2014; 33(4):662-7.
37. Oliveira SFD, Duarte YAO, Lebrão ML, Laurenti R. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 2007; 16(1):81-9.
38. Faber LM, Scheicher ME, Soares E. Depressão, declínio cognitivo e polimedicção em idosos institucionalizados. *Rev Kairós* 2017; 20(2):195.
39. Pena I, Espirito-Santo H, Fermio S, Matreno J, Lemos L et al. O impacto dos sintomas depressivos no défice cognitivo em idosos institucionalizados [Internet]. 2012 [citado em 2023 dez. 8]. Disponível em: <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/697ed1c8-8869-44ce-bfc4-92711dacca46/content>.