

FATORES INICIAIS QUE INFLUENCIAM NAS MUDANÇAS COGNITIVAS GLOBAIS APÓS INTERVENÇÕES GERONTECNOLÓGICAS EM PESSOAS IDOSAS COM ALTO RISCO DE QUEDAS

REIS, Julia¹ juliareis@estudante.ufscar.br; MACIEL, Leticia Teodoro² leticiatm@estudante.ufscar.br; TALMELLI-RUY, Luana Flávia³ luanatalm@gmail.com; BALBINO, Milena⁴ mbalbino@estudante.ufscar.br; BRAUN, Anne Beatriz Teixeira⁵ annebraun@estudante.ufscar.br; OLMO, Amanda de Toledo⁶ amanda.toledo@estudante.ufscar.br; SAY, Karina Gramani⁷ gramanisay@ufscar.br; ANSAI, Juliana Hotta⁸ jhansai@ufscar.br

Área temática: Saúde e Autoestima (Gerontecnologia)

PALAVRAS-CHAVE: Gerontecnologia; acidentes por quedas; autonomia funcional; saúde mental.

Introdução: No campo da Gerontecnologia, a integração de intervenções multifatoriais, como o exercício físico e a gestão de casos, configura-se como uma tecnologia de cuidado organizacional e social. Essas ferramentas visam mitigar riscos neuropsicológicos (ansiedade e medo de cair) que afetam a atenção e a capacidade de reação, promovendo a manutenção da capacidade funcional através de abordagens coordenadas e individualizadas. **Objetivo:** Verificar os fatores iniciais que influenciam as mudanças nas funções cognitivas globais da população idosa com alto risco de quedas, após a aplicação de um protocolo gerontecnológico de 16 semanas com foco na prevenção de quedas. **Método:** Trata-se de um estudo preliminar vinculado a um ensaio clínico controlado e randomizado com pessoas idosas da comunidade com alto risco de quedas. A intervenção foi dividida entre o Grupo Controle (GC), com protocolo de exercícios físicos, e o Grupo Intervenção (GI), que participou de uma intervenção gerontecnológica multidimensional, sendo ela, o protocolo de exercícios físicos associados à gestão de casos, que inclui uma avaliação individualizada e ligações semanais para verificação dos fatores de risco, promoção da educação em saúde, construção e implementação do Plano Terapêutico Singular. Os critérios de inclusão foram: deambular sozinho com ou sem auxílio de equipamento à marcha; interesse em participar das avaliações e intervenções que serão propostas; nível de consciência que permita que o participante consiga participar ativamente das intervenções; alto risco de quedas de acordo com a Recomendação Mundial de Prevenção e Manejo de Quedas em Pessoas idosas, ou seja, histórico de 1 queda nos últimos 12 meses somado a uma ou mais dessas características: (i) queda lesiva, (ii) síndrome de fragilidade, (iii) incapacidade de se levantar após a queda sem ajuda por pelo menos uma hora. As mudanças cognitivas globais foram avaliadas no início e após 16 semanas por meio do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R). Outras variáveis coletadas na avaliação inicial incluíram grupo (GI/GC), sexo, cor, estado civil, idade, escolaridade, comorbidades e número de medicamentos. Para as análises, foi adotado um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e para execução dos testes estatísticos foi utilizado o software SPSS (22.0). A análise estatística utilizou o cálculo do delta ($\Delta = \text{pontuação final} - \text{pontuação inicial}$) para categorizar os resultados em melhora/manutenção ou piora. Foram aplicados os testes Mann-Whitney e Qui-quadrado para verificar as diferenças entre pessoas que melhoraram/mantiveram e pioraram a cognição global, além do teste de regressão logística simples para identificar quais fatores iniciais influenciaram essas mudanças. **Resultados:** A amostra preliminar ($n=43$) revelou que 24 pessoas idosas melhoraram ou mantiveram a performance cognitiva (ACE-R total: mediana $\Delta=6,0$), enquanto 19 apresentaram declínio após 16 semanas (mediana $\Delta=-3,0$). Não houve diferenças entre pessoas que melhoraram/mantiveram e que pioraram nos dados iniciais e grupos de alocação (GC/GI), exceto quanto à quantidade de doenças ($p=0,029$), com 2 doenças em mediana (intervalo interquartil IIQ 25-75%=1,5-3,0) para o grupo que melhorou/manteve e 3 doenças em mediana (IIQ 25-75%=2,0-4,0). O único fator que influenciou as mudanças nas funções cognitivas globais foi a quantidade de doenças ($p=0,036$, odds ratio=2,015, intervalo de confiança 95%=1,048-3,875). **Conclusão:** Os achados sugerem que menor carga de comorbidades pode favorecer melhores desfechos cognitivos após intervenções multifatoriais voltadas à prevenção de quedas. Isso reforça a necessidade de o design dessas tecnologias de cuidado considerar o perfil clínico inicial para otimizar a manutenção da autonomia e independência em pessoas idosas vulneráveis a quedas.

Referências

ATALAIA-SILVA, K. C.; LOURENÇO, R. A. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. 5, p. 930–937, 2008.

CARVALHO, V. A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). **Dementia & Neuropsychologia**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 212–216, 2007.

CRUZ, D. T. D. *et al.* Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 386–393, 2015.

MONTERO-ODASSO, M. *et al.* World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 51, n. 9, p. afac205, 2022.