



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LANA LIVIA PEIXOTO LINARD

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS CADASTRADOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAJAZEIRAS-PB

2017

LANA LIVIA PEIXOTO LINARD

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS CADASTRADOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Me. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

CAJAZEIRAS-PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764

Cajazeiras - Paraíba

L735a Linard, Lana Livia Peixoto.

Avaliação de desempenho cognitivo em idosos cadastrados na atenção primária à saúde / Lana Livia Peixoto Linard. - Cajazeiras, 2017.

86f.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Cognição. 2. Idoso. 3. Atenção primária a Saúde. I. Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-053.9

LANA LIVIA PEIXOTO LINARD

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COGNITIVO EM IDOSOS CADASTRADOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Aprovada em: 09/08/14

BANCA EXAMINADORA

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Prof.^a. Me. Fabiana Ferraz Queiroga Freitas
Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
(Orientadora)

Marcelo Costa Fernandes

Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes
(Examinador)

Eliane de Sousa Leite

Universidade Federal de Campinha Grande-UFCG/UAENF
Dra. Eliane de Sousa Leite
(Examinadora)

*Dedico este trabalho a memória de meu pai
Luiz Alberto Linard, minha estrela celestial e
aos meus avôs e a minha mãe e familiares.*

AGRADECIMENTOS

*A **Deus** pela grandiosidade do seu ser, por sempre iluminar meu caminho, por ser meu amparo e me levantar nas horas difíceis, por a cada dia fortalecer a minha fé e por todas as bênçãos derramadas.*

*Ao meu pai **Luiz Alberto** (in memoriam) que mesmo não estando mais entre nós, sei que sua presença encontra-se constantemente comigo, a minha mãe **Maria José** pela sua bravura, força, determinação e fé e por ser meu porto seguro e amparo, a quem amo incondicionalmente.*

*Aos meus avós **Jorge, Dilza, Elaide e Chico Avelino** a quem tenho um enorme orgulho e respeito, minhas inspirações de vida, meus exemplos de generosidade e bondade.*

*As minhas tias **Rosilma, Rosa e Rosenir** as quais tenho enorme carinho, amor e respeito, tendo somente a agradecer por tudo que fazem por mim.*

*A todos os meus **amigos da faculdade a minha turma 2017.1** pela amizade construída ao longo desses anos, pelo apoio, incentivo, alegrias e vitórias compartilhadas. A vocês todo o meu carinho.*

*Aos meus **familiares** que contribuíram direta ou indiretamente para mais esta etapa em minha vida, agradeço pelas palavras de incentivo e amizade.*

*A minha orientadora, professora **Fabiana Ferraz Queiroga Freitas**, pela dedicação, atenção, compreensão, amizade e confiança a mim ofertados, além do compromisso e incentivo ao aprimoramento acadêmico. És fonte de saber e inspiração a todos que te rodeiam, excelente pessoa e profissional, agradeço pela imensa oportunidade e honra de tê-la tido como minha orientadora.*

*A todos os **idosos** que aceitaram participar desta pesquisa, pelo enriquecimento pessoal e profissional advindo de suas histórias de vida, sabedoria e experiências. Minha imensa gratidão pela oportunidade de tê-los conhecidos e carinho recebido durante as coletas.*

*A esta **universidade, seu corpo docente, direção e administração** por terem ao longo desses anos me proporcionado saberes. E especialmente, agradeço a todos os **meus professores**, por terem me ajudado a crescer como pessoa e como profissional.*

*E por fim, a **todos** que contribuíram na **formulação** deste trabalho!*

*A todos meu mais sincero, **obrigada!***

“Viver é envelhecer, nada mais”.
(Simone de Beauvoir)

LINARD, L. L. P. **Avaliação de desempenho cognitivo em idosos cadastrados na atenção primária a saúde**, 2017. 86f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2017.

RESUMO

O alcance da longevidade tem permitido a construção de novos olhares sobre a população idosa em todo o mundo. O envelhecimento tem progredido rapidamente nas diversas regiões globais e em países dos mais diferentes níveis de desenvolvimento econômico. Nessa perspectiva, torna-se importante o estudo das funções cognitivas de idosos, buscando com isso melhorar a qualidade de vida. O estudo teve por objetivo avaliar o desempenho cognitivo em idosos cadastrados na atenção primária à saúde do município de Pombal-PB, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Trata-se de um estudo analítico correlacional de corte transversal, conduzido na abordagem quantitativa, realizado no Município de Pombal/Paraíba, vinculado ao projeto de Tese “Fatores Associados à Fragilidade em Idosos no Contexto da Atenção Primária”. A população foi composta por idosos de 65 anos ou mais cadastrados na Atenção Primária a Saúde - APS do Município. Participaram 307 idosos distribuídos proporcionalmente entre as 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), obedecendo aos critérios de inclusão de estar cadastrado em uma das UBS há pelo menos seis meses e residir no domicílio cadastrado nas UBS; e com condições locomotoras de participar do estudo. Para coleta dos dados utilizou-se a Escala do MEEM. Os dados foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 2.0, em seguida realizou-se o teste de significância de “Qui Quadrado de Pearson”, “teste exato de Fisher” e “regressão de Poisson”. Foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob CAAE: 62429616.0.0000.5149. Identificou-se a prevalência de 12,4% de idosos com risco para déficit cognitivo, tendo por associações mais significativas: sexo feminino, solteiros, católicos, que não trabalham, aposentados, que não residem sozinhos, que moraram acompanhados, que frequentaram a escola de 4 a 12 anos e que eram alfabetizados. Quando feita análise multivariada de regressão, as variáveis que permaneceram significativas para maior prevalência de risco cognitivo foram: possuir escolaridade, estarem separados e possuírem doenças respiratórias. Diante da significativa prevalência das demências na terceira idade e suas notáveis consequências, é primordial e de suma importância que os profissionais da saúde estejam aptos a identificar os indivíduos com potencial risco para desenvolver demência, bem como dispor de mecanismos satisfatórios a identificação precoce da mesma, além de estarem preparados para lidar com pacientes com quadro clínico demencial, fornecendo subsídios indispensáveis ao atendimento integral, singular e holístico o qual se deve nortear a Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Cognição. Idoso. Atenção Primária a Saúde.

LINARD, L. L. P. **Evaluation of cognitive performance in the elderly registered in primary health care**, 2017. 86f. Monograph (Bachelor degree in Nursing) – Federal University of Campina Grande, Teacher Training Center, Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2017.

ABSTRACT

The reach of longevity has allowed the build of new looks on the elderly population around the world. The aging has progressed quickly in several global regions and countries with the most different levels of economic development. In this perspective, the study of elderly's cognitives functions becomes important, seeking out with this improve the life's quality. Evaluate the cognitive performance in elderly people registered in the primary health care of the municipality of Pombal-PB, through the Mini Condition Mental Examination (MEEM). Cross-sectional correlational analytical study, conducted in the quantitative approach, realized in the municipality of Pombal/Paraíba, linked to the project with thesis "Factors associated with fragility in the elderly in Primary Care context". The population was composed by elderly of 65 years or older who were registered in Primary Health Care - Municipality's APS. 307 elderly people participated proportionally distributed among the 12 Basic Health Units (UBS), obeying the inclusion criteria about be registered in one of UBSs for at least six months and reside in the registered residence of the UBSs; and with locomotives conditions to participate in the study. For the data collects was utilized the MEEM Scale. The data were analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 2.0, then the significance tests of "Chi Square by Pearson", "Fisher exact test" and "Poisson regression" were realized. The ethical observances in the guidelines and regulatory standarts for research involving humans - Resolution 466/12 of the National Health Council - were considered. The project was appreciated and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais, under CAAE: 62429616.0.0000.5149. There was the prevalence of 12.4% of elderly people at risk of cognitive deficit, having as most important associations: women, unmarried, catholic, who do not work, retired, who do not reside alone, who lived accompanied, who used to frequent school from 4 to 12 years and who were literate. When the multivariate regression analysis was made, the variables that remained significant to the higher cognitive risk prevalence were: to have schooling, be separated and have respiratory diseases. Against the significant dementia prevalence in the elderly and their notable consequences, it is primordial and of utmost important that the health professionals are able to recognize the individuals with pontential risk to develop dementia, as well as have satisfactory mechanisms to early identification of this, besides be prepared to deal with patients with clinical dementia condition, providing indispensable subsidies to the integral, single and holistic care which the Primary Health Care should be guiding.

Key words: Cognition; Elderly; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa Satélite do município de Pombal-PB.....	32
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos dados demográficos, Pombal-PB, 2017.....	38
Tabela 2 - Caracterização dos dados relativos à escolaridade, Pombal-PB, 2017.....	39
Tabela 3 - Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida, Pombal-PB, 2017.....	40
Tabela 4 - Caracterização do estado de saúde da amostra, Pombal-PB, 2017.....	41
Tabela 5 - Descrição da prevalência de indicadores de problemas na cognição, Pombal-PB, 2017.....	42
Tabela 6 - Associações da cognição com os dados demográficos, Pombal-PB, 2017.....	43
Tabela 7 - Associações da cognição com os dados relativos aos hábitos de vida, Pombal-PB, 2017.....	44
Tabela 8 - Associação da cognição com os dados relativos ao estado de saúde, Pombal-PB, 2017.....	45
Tabela 9 - Modelo múltiplo do déficit cognitivo, Pombal-PB, 2017.....	47

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACL	Alteração Cognitiva Leve
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
DA	Doença de Alzheimer
DC	Declínio Cognitivo
DCL	Declínio Cognitivo Leve
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	Incontinência Fecal
IU	Incontinência Urinária
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNI	Política Nacional do Idoso
SENAES	Secretaria Nacional de Economia Solidária
SIES	Sistema Nacional de Informações de Economia Solidária
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 ENVELHECIMENTO NO CENÁRIO BRASILEIRO.....	20
3.2 ENVELHECIMENTO COGNITIVO	24
3.2.1 ALTERAÇÕES COGNITIVAS	24
3.2.2 DECLÍNIO COGNITIVO.....	25
3.2.3 ALTERAÇÕES COGNITIVAS LEVES	27
3.2.4 DEMÊNCIAS	28
3.3 ESCALA DE MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	29
4 MATERIAL E MÉTODO	32
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	32
4.2 CAMPO DO ESTUDO	32
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA	34
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NA AMOSTRA	34
4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	35
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	36
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS.....	38
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS	38
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À ESCOLARIDADE	39
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS AOS HÁBITOS DE VIDA	40
5.4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA	41
5.5 DESCRIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS NA COGNIÇÃO.....	42
5.6 ASSOCIAÇÕES DA COGNIÇÃO COM OS DADOS DEMOGRÁFICOS	42

5.7 ASSOCIAÇÃO DA COGNIÇÃO COM OS DADOS RELATIVOS A HÁBITOS DE VIDA	44
5.8 ASSOCIAÇÃO DA COGNIÇÃO COM OS DADOS RELATIVOS AO ESTADO DE SAÚDE.....	45
5.9 MODELO MÚLTIPLO DO DÉFICIT COGNITIVO.....	46
6 DISCUSSÃO	48
6.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA	48
6.2 NÍVEIS DE ESCOLARIDADE EM IDOSOS	52
6.3 HÁBITOS DE VIDA DE IDOSOS.....	53
6.4 ASSOCIAÇÃO DA COGNIÇÃO COM AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	57
6.5 FATORES ASSOCIADOS AO DECLÍNIO COGNITIVO	63
7 CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE I – Caracterização Sociodemográfico e Clínica do Idoso.....	77
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
ANEXO I – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	80
ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética.....	81
ANEXO III – Termo de Anuência	85

1 INTRODUÇÃO

O alcance da longevidade tem permitido a construção de novos olhares sobre a população idosa em todo o mundo. O envelhecimento tem progredido rapidamente nas diversas regiões globais e em países dos mais diferentes níveis de desenvolvimento econômico. A humanidade teve como maior conquista, o aumento da longevidade populacional e junto disso, maiores desafios para a qualidade de vida.

O envelhecimento é considerado um processo progressivo, dinâmico, irreversível e universal que atinge todos os indivíduos, inevitavelmente. O envelhecimento origina-se de um processo natural do corpo humano, verificando-se mudanças de ordem biológica, física, funcional, psicológica, cognitiva, cultural e social que passam a integrar o novo modo de vida dos sexagenários (LEITE et al., 2014).

Para Lourenço (2008) o envelhecimento humano é caracterizado por alterações fisiológicas, que ocorrem em todos os aparelhos e sistemas, de forma e intensidade diferenciados, podendo o idoso ser visto e trabalhado de forma individual, onde o mesmo carrega a sua própria velhice. A diversidade e a singularidade são fundamentais para o perfeito entendimento do envelhecimento humano, tanto no aspecto individual como populacional.

O processo de envelhecimento está intimamente relacionado a fatores biológicos, psicológicos e sociais. No que tange as modificações biológicas, são os aspectos morfológicos que se destacam como: o aparecimento dos cabelos brancos e rugas. Fisiologicamente se constata uma mudança das funções orgânicas e também transformação de reações químicas metabolizadas pelo corpo (SANTOS, 2010).

Santos (2010) continua a indagar que psicologicamente o indivíduo passa a enfrentar e ter que se adaptar a novas situações, o que também é percebido no âmbito social, passando a produzir menos, interferindo na ordem física e econômica tanto pessoal como profissional, sendo esta alteração mais presente em países capitalistas.

O envelhecimento ocasiona relativa perda da capacidade adaptativa quanto ao meio ambiente, bem como maior incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Desta forma, durante esta etapa os indivíduos podem passar a apresentar maiores declínios funcionais, acarretando maior vulnerabilidade quanto aos fatores internos e externos desencadeadores de agravos à saúde, predispondo a riscos de acidentes e possível mortalidade (LANA; SCHNEIDER, 2014).

O perfil demográfico da população brasileira, também chamado transição demográfica, vem sofrendo significativas alterações. O Brasil passa de “país jovem” para o status de “país envelhecido”. A queda da fecundidade materna e da mortalidade infantil, as diminuições de óbitos por doenças infectocontagiosas, e com conseqüente aumento da expectativa de vida, contribuem no progresso do envelhecimento da população (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

A natureza humana como seres singulares, possuem características próprias que acabam por delimitar e de um consenso comum, definir o ser idoso. O uso do tempo cronológico (idade) para caracterização/definição de idosos é apenas uma forma arbitrária utilizada por órgãos nacionais e internacionais, como Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), para contextualizar o processo de envelhecimento humano.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define idoso como aquele indivíduo com 60 anos ou mais de idade nos países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais em países desenvolvidos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE estima que, o Brasil, até o ano de 2060, contará com uma população de idosos de aproximadamente 58 milhões de pessoas. Atualmente, no Brasil, a cada 10 pessoas, uma possui 60 anos de idade ou mais (IBGE, 2010). Os dados do Censo 2010 sugere uma média de aproximadamente 24.236 idosos, existentes, com mais de 100 anos no Brasil (IBGE, 2010).

Segundo dados do último censo realizado pelo IBGE, em 2010, o Brasil como país em desenvolvimento, e que apresenta uma população idosa a cada ano mais crescente, representou 10,8%, ou seja, mais de 20,5 milhões de brasileiros se encontram na faixa etária acima de 60 anos de idade. Nos próximos 20 anos espera-se que a expectativa de vida cresça cada vez mais, resultando no triplo da população nacional.

Grandes serão os desafios a se enfrentar diante dessa nova realidade, tornando-se necessário dispor de mecanismos de melhorias de qualidade de vida e promoção do envelhecimento saudável para toda a população.

Além do crescente número de idosos com mais de 60 anos, a transição demográfica mundial tem demonstrado ser acentuada a proporção de idosos mais idosos, ou seja, com 80 anos ou mais. Essas mudanças implicam diretamente nos setores de saúde e gastos sociais e de previdência, devido, sobretudo a maior presença de comorbidades e do declínio funcional-cognitivo (LOURENÇO et al., 2012).

Diante do envelhecimento populacional, o aumento do número de casos de transtornos cognitivos tem sido significativo, constituindo-se assim num importante problema de saúde pública.

O aparecimento de transtornos cognitivos na velhice como demências, diminuição no tempo de resposta, dificuldade de compreensão e aprendizagem e déficit de memória, além das doenças que contempla as chamadas síndromes geriátricas (Alzheimer, Parkinson, Demência), contribuem para o processo de comprometimento cognitivo de idosos, tornando-os frágeis. Muitos desses processos não estão relacionados apenas ao envelhecimento, mas também aos fatores genéticos, ambientais, culturais e até mesmo sociais, tais como: idade, sexo, escolaridade, renda e não prática de atividade física (DOMICIANO et al., 2016).

Para grande parte dos longevos as capacidades cognitivas permanecem preservadas, embora exista a dificuldade em armazenar e restaurar informações (RABELO, 2009). A cognição envolve as capacidades de pensar, agir, perceber, sentir, lembrar, raciocinar, responder aos estímulos do meio externo compreendendo assim todo o funcionamento mental. Durante o envelhecimento ocorrem algumas mudanças do desempenho cognitivo em idosos, mas na maioria das vezes estes prejuízos não interferem na vida cotidiana destes.

Idosos com disfunção cognitiva irão apresentar capacidade de compreensão e integração reduzidas, dificultando a realização de várias Atividades de Vida Diária (AVD). A disfunção cognitiva pode ainda ocasionar problemas quanto à tomada de decisões, entendimento de informações e efetivação de atividades individuais. Esses idosos necessitaram de maior quantidade de tempo na execução de suas tarefas, além de que a disfunção cognitiva traz como “consequência” o isolamento social, predispondo ao desenvolvimento do transtorno da depressão (CAROLINA et al., 2013).

Nessa perspectiva, encontrar meios que possam avaliar o envelhecimento e as funções cognitivas de idosos, pode proporcionar resultados positivos na qualidade de vida. Dentre os mecanismos para avaliação dos níveis de saúde, funcionalidade, desempenho cognitivo, e percepção de saúde de pessoas idosas, tem-se a utilização de instrumentos avaliativos, que por meio de perguntas objetivas e subjetivas sobre as condições de saúde, possibilitam a descoberta de disfunções e manejos de agravos.

Por meio da avaliação do desempenho cognitivo em idosos, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), torna-se possível a identificação precoce de casos de declínio cognitivo, algo que pode ser efetivado durante o momento da consulta ao idoso, realizado na Estratégia de Saúde da Família, compondo umas das estratégias de ação da Atenção Primária a Saúde (APS). Porém, é necessário enfatizar que a avaliação da cognição por meio de

instrumentos não diagnosticam demência, apenas sinaliza a necessidade de maiores investigações e cuidados quanto ao achado.

Neste contexto, questiona-se: Qual o desempenho cognitivo de idosos cadastrados na atenção primária à saúde?

Mediante isto, pode-se então encontrar meios capazes de proporcionar condições e ações para uma melhor qualidade de vida e bem estar dos idosos, já que a busca por melhorias quanto à vida e saúde dos idosos resulta, sobretudo, em anos vindouros e grandes benefícios à velhice. Tais medidas subsidiariam ainda a fomentação de políticas públicas voltadas à terceira idade.

A utilização de instrumentos avaliativos é um suporte a mais aos profissionais da saúde que procuram executar seu trabalho baseado em alguns dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como a equidade, a integralidade, bem como a promoção e reabilitação a saúde, e prevenção de danos. Além de proporcionar resultados satisfatórios, quando aplicados corretamente e de forma recorrente, exercendo uma avaliação periódica da saúde, o rastreio de declínio cognitivo através de instrumentos avaliativos, torna-se um mecanismo essencial à identificação e prevenção de déficits cognitivos e/ou demências em idosos.

Diante do exposto, torna-se primordial a realização de pesquisas voltadas à identificação precoce de déficits cognitivos na população idosa, além da realização de estudos epidemiológicos direcionados a análise do perfil sociodemográfico e clínico, pois dessa forma os problemas inerentes a esta população seriam de fácil detecção e resolução, uma vez que, o sistema estaria informado quanto às necessidades de saúde da população, podendo desse modo executar uma avaliação de forma singular e integral.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o desempenho cognitivo em idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do município de Pombal-PB, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo;
- Descrever o desempenho cognitivo dos participantes do estudo;
- Analisar a associação entre desempenho cognitivo e variáveis sociodemográficas e clínicas

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO NO CENÁRIO BRASILEIRO

O envelhecimento é um processo natural que resulta de alterações internas e externas, que se associam compondo uma heterogeneidade. Envelhecer é algo inevitável e irreversível, porém cada ser humano envelhece de maneira diferente, o que não é extraordinariamente estranho, visto que todo ser possui organismo e sistema humano próprio, vivendo a velhice de modo particular.

Do ponto de vista biológico, envelhecer está relacionado aos aspectos moleculares, celulares, teciduais e orgânicos do indivíduo. No âmbito do conceito psicológico da velhice, a mesma envolve as dimensões emocionais e cognitivas, fundamentais na interpessoalidade de idosos (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Assim, cada indivíduo envelhece sob influência de diferentes variáveis, tais como a origem, sexo, família, lugar em que vive e experiências de vida que juntas compõem o conjunto de fatores determinantes da velhice.

O acelerado envelhecimento humano tem despertado maiores reflexões e discussões a respeito da velhice. O alcance da longevidade tem sido mais frequente na população atual quando comparado a épocas anteriores, o que pode ser explicado pela melhoria na qualidade de vida e condições de saúde, resultando no aumento da expectativa de vida da população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera envelhecer como um processo sequencial, universal, cumulativo e individual, não patológico de degradação de um organismo, comum a todas as espécies, onde o tempo os torna menos capazes de fazer frente ao estresse do meio ambiente, aumentando a possibilidade de morte. Para a OMS, o limite de idade entre o sujeito adulto e o sujeito idoso é de 65 anos para países desenvolvidos, e 60 anos para os países emergentes, sendo o envelhecimento populacional consequência do desenvolvimento econômico (BRASIL, 2007).

Atualmente, existem duas classificações para a compreensão do envelhecimento. Dentre essas classificações tem-se a senescência, caracterizada pela diminuição da reserva funcional dos indivíduos de forma progressiva, e a selinidade que decorre das diversas associações de doenças crônicas e hábitos de vida, na qual requer uma assistência, podendo gerar incapacidades físicas (BRASIL, 2006a). Cabe ressaltar que velhice não é sinônimo de doença, e que a adoção de práticas de cuidados saudáveis podem minimizar os efeitos decorrentes da senescência, resultando em um estilo de vida ativo e duradouro.

O panorama do envelhecimento populacional brasileiro perpassa por profundas transformações, tanto no âmbito econômico, social, cultural como de saúde. O Brasil tem envelhecido de forma rápida e intensa. Estima-se que no ano de 2050 cerca de dois bilhões de pessoas possuam sessenta anos de idade ou mais, estando em sua maioria habitando nações em desenvolvimento. O Brasil possui aproximadamente, cerca de 17,6 milhões de idosos, retrato de um processo de crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos (BRASIL, 2006a).

A mudança no perfil populacional deve-se, sobretudo, as significativas reduções nas taxas de fecundidade e mortalidade infantil, desde a década de 1960, em consonância com o aumento da longevidade, proporcionando um crescimento rápido da população de longevos no Brasil. Em 2010, houve uma redução de 70% na taxa de fecundidade total, passando de 6,28 filhos por mulher, em 1960, para 1,90 filhos em 2010. Nesse mesmo período, a expectativa de vida chegou a 73,4 anos em 2010, um aumento de 25 anos na perspectiva de vida ao nascer (IBGE, 2010).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, as pessoas com 60 anos representavam 12,6% da população nacional, algo em torno de 24,85 milhões de pessoas. A expectativa de vida tem aumentado para os ambos os sexos, onde mulheres apresentam expectativa de vida em torno de 77,7 anos e os homens 70,6 um aumento da expectativa de vida para 74 anos. Todo esse processo de mudança no perfil demográfico decorre das conquistas e melhorias sociais, resultantes da ampliação do acesso a serviços de assistência preventiva e curativa, aumento da escolaridade e renda familiar, além do avanço das tecnologias cuidativas na assistência (BRASIL, 2015).

Outro fenômeno que tem ganhando espaço no cenário brasileiro chama-se de “feminização do envelhecimento”. Este fenômeno caracteriza-se pelo aumento populacional de mulheres. Tal situação está associada à diminuição da fecundidade, número de filhos por famílias e diminuição da mortalidade feminina, apresentando-se como uma situação na qual requer cuidados e ações direcionados no aspecto assistencial as demandas de saúde desse público tão crescente e permeado por particularidades.

No ano de 2010, mais de 20 milhões de idosos era do sexo feminino, algo em torno de 55,5%. A menor mortalidade da população feminina explica essa diversidade na composição por sexo e faz com que estas taxas sejam mais elevadas do que a masculina. Como comparativo e consequência desse fenômeno, quanto “mais velho” o contingente estudado maior a proporção de mulheres (BRASIL, 2015).

A maior presença feminina de idosos no Brasil é um fenômeno tipicamente urbano. A maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano explica essa diferença, uma vez que nas áreas rurais a predominância maior é de homens. Essa maior prevalência masculina nas áreas rurais corrobora para isolamento e abandono das pessoas idosas. Sendo cada vez mais necessário dispender cuidados para esta população (BRASIL, 2015).

Nesse cenário, é possível notar que a presença da mulher no contexto social ainda requer profundas transformações, uma vez que é notável a participação feminina no ambiente domiciliar, exercendo a função de progenitoras e cuidadoras do lar. Porém, com o passar dos anos essa situação tem ganhado novas formas, e a mulher tem ingressado no mercado de trabalho, mesmo continuando com o “status” de “cuidadora” familiar. Algo que tem refletido diretamente no processo de envelhecimento desta população que assume valores elevados de expectativa de vida, quando comparado à população masculina.

Outro grupo populacional que tem crescido de forma acelerada é: os “muito idosos”, “mais idosos” ou “idosos em velhice avançada”, pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, tem aumentado consideravelmente, tornando-se um dos segmentos que mais cresce nos últimos tempos, representando 12,8% da população idosa, algo em torno de 1,1% da população total (BRASIL, 2006a).

Com o número de idosos cada vez maiores, também serão maiores as demandas quanto aos serviços de saúde, principalmente, a atenção primária a saúde, considerada porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se prevê a necessidade de uma assistência social e de saúde mais especializada ao público sexagenário, devido ao seu crescimento em larga escala, pois o maior tempo de vida dessa população traz consigo particularidades, tais como múltiplas patologias crônicas, que precisam ser identificadas precocemente nesses serviços.

E foi pensando na construção de melhorias e formas adequadas de manejo para a população idosa, que o Brasil cria em 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03 de junho de 1996, na qual encontram-se assegurados os direitos sociais a pessoa idosa, por criar condições para promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade ao reafirmar seus direitos a saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Nesse mesmo contexto, eis que surgiu em 2003, aprovado pelo Senado Federal, o Estatuto do Idoso, o qual tem por objetivo proporcionar aos idosos serviços de saúde e auxílio social de atenção integral por intermédio do SUS, dispondo de atendimento domiciliar, internações hospitalares a idosos impossibilitados de locomoção e disponibilidade de

medicamentos pela rede pública de saúde, além de recursos destinados a tratamentos de agravos a saúde (BRASIL, 2003).

Em 2006, a Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual tem por finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

A portaria supracitada enfatiza que, na pessoa idosa, a saúde expressa-se pela condição de independência e autonomia do que pela presença ou ausência de doença orgânica. A capacidade de autogoverno, manifestada pela liberdade para agir e tomar decisões sobre si mesmo, caracterizam autonomia, que é antagônico a definição de dependência e/ou incapacidade (BRASIL, 2006a).

A importância da criação de políticas públicas voltadas à atenção a saúde da pessoa idosa, emerge como uma grande conquista ao incentivo do desenvolvimento de ações que priorizem a qualidade de vida, as condições de saúde, lazer, transporte e moradia deste grupo populacional tão importante e crescente no cenário nacional. Uma vez que o alcance da velhice não significa proximidade da morte, mas representa o passar dos anos de forma gloriosa e honrosa.

O ponto chave da efetivação das políticas de atenção à saúde do idoso consolida-se, de fato, com a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, pelo Ministério da Saúde, tendo como propósito reformular a prática assistencial até então desenvolvida, substituindo o modelo tradicional hegemônico de saúde, por uma assistência mais descentralizada voltada para o ser singular e holístico, tomando por base os princípios do SUS (SANTOS et al., 2011).

A atenção à saúde do idoso na rede de Atenção Primária a Saúde representa um desafio ao sistema de saúde brasileiro, principalmente as equipes da ESF visto o crescimento acelerado da população maior de 60 anos, acompanhado de doenças crônicas não transmissíveis, bem como pela maior busca desse público aos serviços de saúde devido aos agravos próprio do envelhecimento.

A dificuldade de implementação das políticas focalizadas no idoso, abrangem desde a capacitação precária dos trabalhadores da rede básica, a pouca disponibilidade de recursos de informação para a avaliação das condições de vida e saúde dessa população, o que acaba originando grandes entraves na efetivação de melhorias de qualidade de vida dos idosos

preconizadas pelas reformas políticas de atenção a saúde do idoso (FERNANDES; SOARES, 2012).

As práticas assistenciais desenvolvidas dentro da atenção primária a saúde, por vezes, restringem-se ainda as consultas de demanda livre e do programa ministerial de atendimento a hipertensos e diabéticos (Hiperdia). As poucas ações de promoção e educação em saúde ao público sexagenário, bem como a pouca realização de atividades físicas e de lazer, contribuem de certa forma para o declínio de suas funções motoras e cognitivas, acelerando ainda mais o processo do envelhecimento, uma vez que a inatividade e a não realização de cuidados preventivos, quanto aos agravos à saúde, determina danos à saúde em sua maioria irrecuperáveis.

Desse modo, a Enfermagem exerce um papel altamente importante no que concerne ao monitoramento das condições de saúde dos mais diferentes grupos sociais. A composição da equipe multiprofissional na ESF, representando os pilares da APS, constitui a equipe responsável pela execução de ações de promoção, prevenção, reabilitação e manutenção da saúde, dirigidas ao público longo.

3.2 ENVELHECIMENTO COGNITIVO

A ocorrência do envelhecimento cognitivo pode ser percebida através dos seguintes processos de alterações funcionais: alterações cognitivas, declínio cognitivo, alterações cognitivas leves e demências.

3.2.1 ALTERAÇÕES COGNITIVAS

Quase todos os indivíduos vivenciam alterações cognitivas à medida que envelhecem. Muito provavelmente, essas alterações devem-se principalmente as propriedades cerebrais relacionadas com a idade. Desse modo, os mecanismos de processamento de informação tornam-se com o passar dos anos mais lentificados e menos hábeis, reflexo da diminuição da cognição (REBOLO, 2015).

A cognição define-se pelo processamento, aquisição e aplicação de informações a vida cotidiana, dirigindo a tomada de decisão, seleção, desempenho, análise e aprendizado das atividades humanas, determinando a autonomia e autodeterminação do ser humano. A preservação da capacidade cognitiva resguardará o indivíduo quanto a sua integridade física,

psicológica e social, indicando as condições necessárias para manter ativa a capacidade cognitiva (CHAVES et al., 2015).

Em comparação com pessoas mais novas, os idosos cognitivamente saudáveis tendem a manifestar um desempenho inferior em tarefas neuropsicológicas, como atenção, memória e velocidade do pensamento, características essas definidoras da cognição. O declínio associado à idade não se manifesta no sistema cognitivo de forma homogênea, visto que algumas funções parecem ser mais vulneráveis aos efeitos desta variável, enquanto que outras praticamente permanecem intactas (GRADY, 2013).

O processamento cognitivo caracterizado pela diminuição da velocidade com que se executa tarefas motoras, perceptivas e tomadas de decisões, é um dos principais determinantes do envelhecimento. Essa lentificação torna-se evidente, quando a exigência e a complexidade da informação a ser processada aumentam, além de que a redução da velocidade de processamento que acompanha o envelhecimento pode resultar num desempenho cognitivo desfavorável a execução de tarefas (REBOLO, 2015).

Outra função importante para determinação do estado de cognição é a atenção. Esta é uma função básica, uma vez que a atenção encontra-se na base das funções nervosas superiores, sendo bastante complexa devido à mesma não ter conceito unitário. A atenção envolve uma série de sub-processos recrutados para o processamento mental (REBOLO, 2015).

Os efeitos da idade nesta função são notórios, posto que as dificuldades para os idosos assimilarem duas informações simultaneamente, exige atenção adicional para tal ação. Os indivíduos idosos apresentam recursos atencionais bastante reduzidos. É de se esperar que o desempenho cognitivo destes idosos nesta área cognitiva seja mais fraco quando comparado ao de jovens (VALENZUELA; SACHDEV, 2006).

3.2.2 DECLÍNIO COGNITIVO

O envelhecimento cerebral e cognitivo apresentam particularidades que determinam um ritmo todo especial, pois quanto mais o cérebro executa atividades intelectuais, mais tempo ele demorará para perder suas conexões e, conseqüentemente, apresentar perdas cognitivas, tendo em vista sua excepcional capacidade plástica (NORDON, 2009).

O envelhecimento cerebral irá caracterizar-se pelas mudanças morfológicas e funcionais, como atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos; perdas de neurônios;

presença de placas neuríticas; degeneração granulovacuolar; formação de corpos de Lewy a partir da alfa sinucléina e formação de placas beta-amilóides. Essas alterações características do envelhecimento podem levar a lesões e aos déficits cognitivos comumente observados na velhice, como por exemplo, esquecimento de fatos recentes, alteração de atenção e dificuldade na realização de cálculo (NORDON, 2009).

O Declínio Cognitivo Leve (DCL) ou Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) trata-se de um declínio cognitivo maior que o esperado para a escolaridade e idade do indivíduo, todavia o mesmo não interfere notavelmente nas atividades de vida diária. Pessoas que apresentam DCL podem retornar ao estado normal ao longo do tempo, permanecendo estáveis, contudo mais da metade dos casos progride para uma demência dentro de cinco anos. O estado de declínio cognitivo leve é uma condição de risco para o desenvolvimento de demências, a identificação precoce desta pode subsidiar o controle dos fatores de risco associados (GAUTHIER et al., 2006).

Nos últimos anos tem sido bastante discutido na literatura o conceito de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) em idosos, em associação com o envelhecimento e a demência. Entende-se por comprometimento cognitivo leve em idosos, a existência de algum grau de perda cognitiva quando comparado a pessoas normais na mesma faixa etária, porém que não se enquadram nos critérios para demência, podendo apresentar estágios de transição entre alterações cognitivas normais ao envelhecimento humano e sintomas primitivos de Demência de Alzheimer (DA), por exemplo, (KELLEY; PETERSEN, 2007; PETERSEN, 2005).

Quanto ao declínio cognitivo de maneira geral, pensa-se existir um conjunto de perdas contínuas, que vão gerando deficiências brandas, ou mesmo níveis mais graves de perdas, caracterizando as síndromes demenciais. Vale ressaltar que uma grande distinção entre envelhecimento cognitivo patológico e o fisiológico, é que na demência as perdas cognitivas são suficientemente grandes para interferir na capacidade de execução das atividades do dia a dia, e conseqüentemente levando a perda da autonomia e independência (CLEMENTE; RIBEIRO-FILHO, 2008).

As perdas cognitivas comprometem a capacidade do indivíduo de integrar as várias etapas das Atividades de Vida Diária (AVD), além de interferir na tomada de decisão e realização de tarefas individuais, exigindo uma quantidade de tempo maior para executar tais tarefas. Os déficits cognitivos e progressivos decorrentes das síndromes demenciais causam grande impacto ao convívio social e ocupacional do indivíduo, repercutindo negativamente na

vida humana, no trabalho e lazer dos idosos (DI NUCCI et al., FIGUEIREDO et al., 2013; 2010).

Uma das consequências do envelhecimento mais temidas pelos idosos, sem dúvidas, é o declínio cognitivo. A associação do declínio cognitivo e perdas de funcionalidade à velhice, faz com que seja necessário à busca por melhorias quanto às intervenções de cunho preventivo e de reabilitação cognitiva, assegurando ao idoso, dessa forma, uma melhor qualidade de vida.

3.2.3 ALTERAÇÕES COGNITIVAS LEVES

Nos últimos tempos têm sido formuladas diversas alterações a fim de se caracterizar o Declínio Cognitivo (DC) durante o envelhecimento humano. A priori as propostas de definição do DC basearam-se dentro dos limites do processo do envelhecimento fisiológico.

Alguns critérios são utilizados para diagnóstico de Alteração Cognitiva Leve (ACL) e/ou Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), as duas nomenclaturas constituem a mesma definição. Dentre os critérios, têm-se: déficit de memória indicado por testes; funções cognitivas gerais normais; atividades funcionais intactas; ausência de demência. A identificação dessas alterações de forma precoce possibilita o manejo adequado das condições de saúde dos indivíduos idosos (NORDON, 2009).

O comprometimento cognitivo leve pode apresentar-se sob duas classificações: amnésico e não-amnésico. O subtipo amnésico faz referência a indivíduos com comprometimento da memória, especialmente a episódica, abaixo do esperado para a idade, podendo até existir de forma isolada, sendo classificada como CCL amnésico de domínio único, caso o mesmo seja acompanhado por déficits cognitivos menores em outros domínios como linguagem, habilidades viso-espaciais ou funções executivas, neste caso chama-se de CCL amnésico de múltiplos domínios (PETERSEN, 2005).

No CCL não amnésico a memória continua preservada, podendo apenas existir um domínio comprometido ou múltiplos, denominados CCL não amnésico único domínio e CCL não amnésico múltiplos domínios. Os dois tipos de comprometimento cognitivo leve/alterações cognitivas podem facilmente ser identificados por exames testes neurológicos como, por exemplo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Este instrumento é valiosíssimo para uma avaliação inicial e preventiva, podendo ser aplicado por qualquer profissional da saúde treinado para tal, porém o mesmo não fornece diagnóstico definitivo,

apenas executa uma triagem, a depender do resultado encontrado recomenda-se a realização de exames mais aprofundados (NORDON, 2009).

3.2.4 DEMÊNCIAS

Diante do envelhecimento populacional, a demência destaca-se como um grave problema de saúde em idosos, assumindo cada vez mais importância para a sociedade brasileira, principalmente entre as idades mais avançadas (HOLZ et al., 2013).

No âmbito dos DC, a demência caracteriza-se por um distúrbio que compromete a função intelectual, atingindo as esferas da atividade mental: memória, linguagem, emoção, personalidade, habilidades visoespaciais e cognição. Diferentemente das síndromes de retardo mental congênitas, a demência é compreendida como um distúrbio adquirido, por isso a mesma é apontada como estágio inicial para doenças de quadros demenciais como, por exemplo, a doença de Alzheimer (NASCIMENTO, 2008).

Existem alguns tipos de demências, dentre elas, tem-se a demência de Corpos de Lewy, a demência vascular que decorre da oclusão arterial cerebral, afetando as funções operativas, que tem início mais súbito e progressão mais acentuada que as demências associadas a doenças sistêmicas como Parkinson, Huntington, Doenças Endócrinas, Nutricionais, Infecciosas, Hepáticas, Renais e Neurológicas. Há ainda os tipos de demências induzidas por substâncias químicas como toxinas e medicamentos (NASCIMENTO, 2008).

As demências classificam-se em dois grupos, dividindo-se de acordo com as alterações cognitivas apresentadas. O primeiro grupo são as demências originárias do comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC), o segundo grupo são as demências não decorrentes de comprometimento do SNC, a exemplo, alterações tóxico-metabólicas. O primeiro grupo subdivide-se em demências primárias e secundárias (NORDON, 2009).

As demências primárias, por sua vez, se dividem em outros dois tipos, sendo a demência manifestada como sintomatologia clínica principal (doença de Alzheimer, demência Frontotemporal (DFT), demência com Corpos de Lewy) e o outro tipo de demência é a sem manifestação clínica principal (doença de Parkinson, doença de Huntington, Paralisia Supranuclear Progressiva). As demências secundárias, por fim, são causadas por modificações no SNC, como tumores, infecções, hidrocefalia e doenças cerebrovasculares (NORDON, 2009).

Estudos epidemiológicos apontam prevalência de demências em idosos que variam entre 1% e 2% para aqueles com faixa etária entre 60 e 65 anos, e 20% para idosos com 80 e 90 anos, podendo chegar aos 40% para os idosos “mais velhos”, acima de 90 anos (RABELO, 2009).

A existência dos determinantes sociodemográficos e clínicos associados ao processo de DC, dentre esses, tem-se fatores etários, escolaridade, sexo, estado civil, etilismo e tabagismo (DI NUCCI et al, 2010; NASCIMENTO, 2008; FERREIRA; TAVARE; RODRIGUES, 2011), corroboram para o desenvolvimento do isolamento social e afetivo dos indivíduos idosos acometidos por este declínio, uma vez que o mesmo interfere tanto no processamento de informação, principalmente quanto a memorização, como na continuação de diálogos e na realização de atividades cotidianas. A memória configura-se, pois, como a alteração de maior destaque quando o assunto é “declínio cognitivo”.

A diminuição da memória é provavelmente uma das alterações cognitivas mais proeminentes em idosos (NASCIMENTO, 2008). Com o envelhecimento ocorre o declínio das funções cognitivas, sendo mais evidente a redução da memória. A relação da memória com o envelhecimento provavelmente sofre influência de fatores como nível de escolaridade, por exemplo, comprovando o fato de quanto maior a escolaridade maior também será o desempenho do idoso em testes de memória, por exemplo, (OLIVEIRA; PENA; SILVA, 2015).

As alterações de memória tornam-se mais significativas quando existe distúrbio demencial, nesse caso, as disfunções de memória são mais generalizadas e severas, porém, ainda é difícil de distinguir entre o normal e o patológico quando se trata de demências, principalmente se for durante a fase inicial dos sintomas (OLIVEIRA; PENA; SILVA, 2015).

Com o avançar da idade é notório as dificuldades de armazenamento de informações complexas e memorização sequenciais de eventos, tornando de fácil assimilação as atividades menos complexas e de atenção dirigida, não assimilando muitas atividades e informações ao mesmo tempo. A presença de pequenas dificuldades no dia a dia de idosos pode alertar para maiores investigações quanto à presença de déficits cognitivos, que não necessariamente significam demência, mas que necessitam de maiores investigações.

3.3 ESCALA DE MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Os distúrbios funcionais em idosos produzem repercussões significativas na vida cotidiana destes. A presença de comorbidades associadas a declínios cognitivos e motores,

ocasiona processos de debilidade física e mental, fazendo-se necessárias medidas intervencionistas e preventivas quanto às necessidades de desempenho cognitivo.

A utilização de mecanismos avaliativos como ferramenta de detecção precoce de sinais de declínio cognitivo em idosos, tem se mostrado bastante eficiente na identificação precoce de demências dos mais diversos tipos e causas, sendo um dos objetivos mais importantes na abordagem clínica de indivíduos idosos (LOURENÇO; VERAS, 2006).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento de avaliação utilizado para detectar déficits cognitivos e rastrear quadros demenciais em indivíduos em situação de risco ou vulnerabilidade, como idosos. Este recurso é capaz de detectar sinais de alarme para déficit cognitivo em adultos e idosos, porém não tem poder de diagnosticar demência, apenas de propiciar sinais de alarme quanto ao risco de demência. Comumente, o MEEM tem sido uma ferramenta, bastante utilizada por pesquisadores para investigação e detecção de casos de demência tanto precoce como avançada, e seus possíveis fatores associados (CRISPIM, 2014).

O objetivo deste instrumento era de avaliar o estado mental, e mais especificamente sintomas de demência. Sua criação se deu, sobretudo, pela necessidade de uma avaliação padronizada, reduzida, simplificada e rápida dentro do contexto clínico (MELO; BARBOSA, 2015). Este instrumento possui uma versão traduzida e adaptada por pesquisadores, sendo utilizada, inicialmente, por um número restrito de centros de pesquisas, em atividades clínicas de investigação científica (BERTOLUCCI, 1994; LOURENÇO; VERAS, 2006).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi desenvolvido nos Estados Unidos da América e publicado por Folstein et al., (1975). No Brasil, o MEEM foi inicialmente proposto por Bertolucci et al., (1994), o qual realizou a tradução e fez modificações apropriadas a população brasileira, e pôde observar, que o escore total do MEEM dependia, de certo modo, do nível educacional do público alvo.

Assim, o MEEM constituiu-se como um dos testes mais empregados, pesquisados e estudados em todo o mundo. Este pode ser usado de forma isolada ou em associação a outros mecanismos avaliativos mais amplos, permitindo o rastreamento e avaliação das funções cognitivas e conseqüentemente dos quadros demenciais. É amplamente utilizado em pesquisas de base populacional e em estudos epidemiológicos, devido ser de fácil e rápida aplicação (NASCIMENTO, 2008).

O MEEM é composto por um conjunto de questões tipicamente agrupadas em sete categorias que avaliam funções cognitivas específicas: orientação para tempo (cinco pontos); orientação para lugar (cinco pontos); registro de três palavras, referindo-se a memória

imediate (três pontos); atenção e cálculo referindo-se a atenção e concentração (cinco pontos); lembrança das três palavras referindo-se a evocação (três pontos); linguagem referindo-se a nomeação e compreensão (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de 0 até um total de no máximo 30 pontos (NASCIMENTO, 2008).

O ponto de corte usualmente utilizado para indicar comprometimento cognitivo varia em torno de 24 (KOCHHANN et al., 2010; LOURENÇO; VERAS, 2006; MACHADO et al., 2007). Tombaugh e MacIntyre (1992) observaram que esta escala possui uma boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, demonstrando que o ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de demência.

Entretanto, a adoção desse ponto de corte para indivíduos de escolaridade baixa, é ainda bastante questionável (VALLE et al., 2009). No Brasil, têm sido propostos pontos de corte mais baixos para indivíduos sem escolaridade formal ou com níveis de escolaridade muito baixos. Dentre os escores propostos a população brasileira, tem-se valores bastante díspares, variando entre 12/13 e 18/19 (SOUZA et al., 2014; VALLE et al., 2009).

A utilização do MEEM como instrumento de triagem para declínios cognitivos faz-se mais apropriado e útil, manter os níveis de sensibilidade altos em comparação ao de especificidade, ou seja, detectar maior número possível de casos verdadeiros, mesmo que isso ocorra em detrimento da inclusão de falsos positivos (SOUZA et al., 2014).

Desse modo, pode-se notar a ferramenta eficaz que o Mini Exame do Estado Mental se constitui. A utilização de tais mecanismos de cujo objetivo é a detecção e prevenção de agravos à saúde, principalmente de idosos, possibilita o estabelecimento de meios viáveis e possíveis para a promoção da saúde e bem estar de longevos.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza analítico correlacional de corte transversal, conduzido na abordagem quantitativa.

O estudo analítico corresponde a uma pesquisa quantitativa que envolve uma avaliação mais apurada de informações obtidas por meio de determinados estudos (observacional ou experimental), onde pretende-se explicar o contexto de determinado fenômeno no âmbito de um grupo ou população, a fim de explicar a relação de causa e efeito entre os mesmos (MARCONI; LAKATOS, 2008, 2010).

No entanto, a pesquisa correlacional precede a realização de uma pesquisa experimental, uma vez que, a relação de causa e efeito somente poderá ser estabelecida quando duas variáveis são correlatas. O estudo das relações entre variáveis ocorre de forma descritiva, pois não existe a manipulação de variáveis, sendo a predição o tipo de relação mais estabelecida entre as variáveis (THOMAS; NELSON, 1996), demonstrando a falta de controle do investigador sobre a variável independente, sendo, também, bastante utilizada nas ciências da saúde (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Estudos transversais ou de corte transversal são estudos que consideram a situação de uma população em um determinado momento (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006). Esses estudos possibilitam a descrição de uma situação em um dado momento, além de analisar esta situação.

A abordagem quantitativa permite trabalhar com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos, utilizando-se de recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como porcentagens, média, desvio padrão, coeficiente de correlação e as regressões, comumente utilizado em pesquisas devido sua confiabilidade e precisão (SILVA, 2004).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Pombal, situado na região oeste do Estado da Paraíba, correspondente a quarta macro área de saúde da Paraíba.

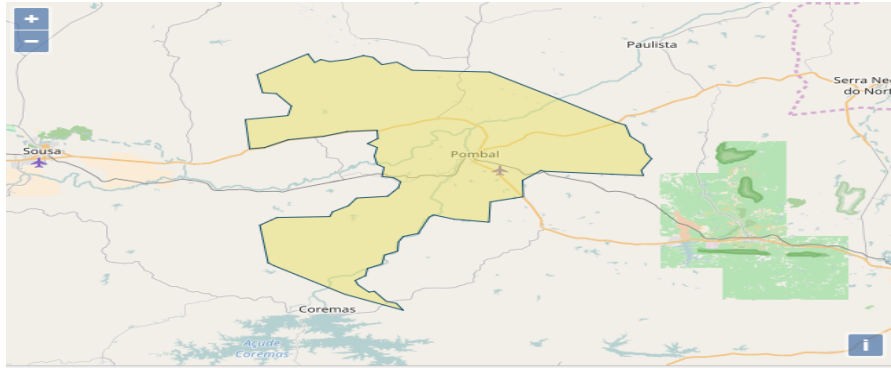


Figura 1: Mapa satélite do município de Pombal – Paraíba.

Fonte: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251210&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas> (Acesso em: 11/07/2017)

O município de Pombal limita-se, em sentido horário, com os municípios de Santa Cruz, Lagoa e Paulista (a norte), com Condado (a leste), com São Bento do Pombal, Coremas, Cajazeiras e com São José da Lagoa Tapada (a sul), com São Francisco e São Aparecida (a oeste). A área do município, distante 371 quilômetros da capital estadual é de aproximadamente, de 888,811km². Possui 32.110 habitantes, sendo 15.381 da população composta por homens e 16.729 da população composta por mulheres (IBGE, 2010).

Para cenário deste estudo optou-se pela Atenção Primária a Saúde (APS), especificamente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por serem a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e por terem como premissa a atenção integral à saúde do idoso dentre suas políticas e programas.

Atualmente, o município encontra-se distribuído em 12 unidades básicas de saúde, sendo nove destas unidades básicas de saúde localizadas na zona urbana e três unidades básicas de saúde localizadas na zona rural do município.

A escolha deste município para realização do estudo foi impulsionada pelo aumento da população idosa e necessidade de realização de mais investigações, estudos e pesquisas quanto às necessidades de cuidados em saúde para com essa população, uma vez que, a demanda de saúde desse público torna-se cada vez mais ampla e complexa, requerendo cuidados, ações e intervenções voltadas as especificidades do ser que envelhece.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População caracteriza-se como o conjunto de seres inanimados que possuem ao menos um atributo em comum (MARCONI; LAKATOS, 2010). A população do estudo foi

composta por idosos cadastrados na Atenção Primária a Saúde do Município de Pombal-PB, com idade igual ou superior a 65 anos, que totalizou 2.972 pessoas.

Para o cálculo do tamanho amostral, por tratar-se de estudo vinculado a um projeto de Tese intitulado “Fatores Associados à Fragilidade em Idosos no Contexto da Atenção Primária” considerou-se a prevalência de fragilidade e risco de fragilização igual a 65,8% (BRASIL, 2007; CASSONI et al., 2014; NERI et al., 2013; NUNES et al., 2015; SANTOS et al., 2013).

Em seguida, adotou-se a função:

$$n = \frac{Z^2(p.q)N}{E^2(N-1) + Z^2(p.q)}$$

Sendo, n: tamanho da amostra; N: tamanho da população; p: probabilidade do evento avaliado ocorrer; q: probabilidade do evento estudado não ocorrer; Z: nível de confiança; E: erro amostral, que estabeleceu 307 pessoas idosas como amostra estimada, com o nível de significância de 95% e erro amostral igual a 5%.

A distribuição dos 307 idosos deu-se de forma proporcional entre as 12 UBS com o intuito de garantir representatividade proporcional entre todas as unidades, sendo respectivamente 18 (UBS 1), 32 (UBS 2), 18 (UBS 3), 28 (UBS 4), 26 (UBS 5), 30 (UBS 6), 33 (UBS 7), 33 (UBS 8), 32 (UBS 9), 19 (UBS 10), 14 (UBS 11) e 24 (UBS 12) idosos, os quais tiveram seus endereços sorteados aleatoriamente de forma que todos possuíssem a mesma probabilidade de serem incluídos.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA AMOSTRA

A amostra constituiu-se por idosos cadastrados na Atenção Primária a Saúde do Município de Pombal-PB, com faixa etária a partir de 65 anos ou mais que possuam cadastro há pelo menos seis meses na UBS, que residam no domicílio cadastrado pela UBS e que apresentem condições de locomoção para participar do estudo.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NA AMOSTRA

Os critérios de exclusão foram idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer ou qualquer outro tipo de demência; idosos em situação de hospitalização e idosos que se encontravam ausentes de suas residências após três tentativas de visita.

4.6 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a captação dos idosos que fizeram parte da pesquisa, realizou-se o levantamento dos endereços, em cada UBS, por meio do prontuário, instrumento que armazena todas as informações referentes aos antecedentes familiares e pessoais, além dos acontecimentos e situações de saúde, possibilitando aos membros da equipe multiprofissional a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (BRASIL, 2007).

Por meio do levantamento dos endereços, os idosos com idade igual ou superior a 65 anos foram sorteados de forma aleatória, considerando-se apenas um idoso por domicílio. Em seguida, eram agendadas e realizadas visitas ao domicílio dos idosos, juntamente ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), responsável pela área.

Na ocasião, os objetivos do estudo eram apresentados aos participantes, seguido da coleta dos dados sociodemográfico e clínico, através de instrumento próprio (APÊNDICE I). Em seguida fazia-se a avaliação da cognição utilizando-se o Mini Exame do Estado Mental-MEEM (ANEXO I) considerado um instrumento avaliativo para a detecção de déficits cognitivos e rastreamento de quadros demenciais por meio de perguntas que averiguam a memória, linguagem e raciocínio.

O MEEM é composto por diversas questões divididas em sete categorias, cada um têm por objetivo realizar a avaliação das funções cognitivas específicas, tais como: orientação para tempo (5 pontos), orientação para localização (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), cálculo e atenção (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade de construção visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar entre 0 e 30 pontos, porém alguns estudos realizados no Brasil propuseram modificações e adaptações quanto aos pontos de corte, os quais devem abranger os mais diversos níveis de escolaridade buscando encontrar-se dentro da realidade brasileira (SCAZUFCA et al., 2009).

O nível de escolaridade brasileira é um ponto que não pode ser negligenciado, devido à diversidade cultural e social, além da existência da baixa escolaridade e analfabetismo tão presente no Brasil (KOCHHANN et al., 2009).

Desta forma, para condução deste estudo, considerou-se sugestivo de déficit cognitivo o ponto de corte 13 para analfabetos e 18 para baixa ou média escolaridade (1 a 4 anos incompletos ou 4 a 8 anos incompletos), sendo considerados sem déficit cognitivo valores acima de 26. A utilização do MEEM deu-se com a finalidade de permitir a identificação e rastreio da população quanto ao déficit cognitivo (BERTOLUCCI, 1994).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a execução da coleta, os dados quantitativos foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 2.0. Além das estatísticas descritivas de frequência relativa e absoluta, foi realizado teste de significância de Qui Quadrado de Pearson e teste exato de Fisher. Os que apresentaram associação com nível de significância menor ou igual a 0,20 foram levadas em considerações para um modelo múltiplo de regressão de Poisson.

Utilizou-se do estimador robusto, na matriz de covariância, para obter erros padrões mais confiáveis. A magnitude dos efeitos dos testes foi interpretada como razão de prevalência (RP), com intervalos de confiança de 95%. As variáveis foram saindo do modelo segundo a ordem das maiores significâncias, até que restassem apenas as que apresentassem significância menor ou igual a 0,05 ($\alpha = 0,05$).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A realização de pesquisas requer, acima de tudo, ética em sua efetivação, respeitando a condição de seres humanos, portanto, esse estudo seguiu fielmente as exigências éticas e científicas da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, respeitando todos os requisitos de justiça, equidade, autonomia e não maleficência, assegurando aos participantes do estudo total sigilo e privacidade quanto às informações coletadas, somente utilizando essas informações para fins científicos e acadêmicos (BRASIL, 2012).

O estudo teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Número do Parecer: 1.870.226 e CAAE: 62429616.0.0000.5149 (ANEXO II), e após prévia autorização do secretário de saúde (ANEXO III), responsável pela Atenção Primária a Saúde do município de Pombal, Paraíba. A participação na pesquisa foi iniciada mediante esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE II) o qual explica detalhadamente todos os passos da pesquisa, garantindo-lhe anonimato e sigilo absoluto quanto às informações fornecidas, bem como ao direito de participarem ou não do estudo.

Os riscos advindos desta pesquisa estiveram relacionados à exposição de ideias que podiam ocasionar constrangimentos, estresse emocional, desconfortos e medos durante a realização da coleta de dados, porém, sendo devidamente reconhecido e minimizado pelos pesquisadores garantindo-lhes total sigilo e confiabilidade quanto a sua identidade.

Todavia, a realização desta pesquisa trará inúmeros benefícios quanto às ações de saúde a serem desenvolvidas junto à comunidade, possibilitando o planejamento de uma assistência mais qualificada e integral a saúde da pessoa idosa, além de servir como base para novas pesquisas relacionadas à temática.

5 RESULTADOS

Aborda-se a seguir tabelas elaboradas a partir dos dados identificados durante a realização da pesquisa, permitindo a avaliação do desempenho cognitivo de idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde do município de Pombal, bem como o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, a descrição do desempenho cognitivo e análise da associação entre desempenho cognitivo e variável sociodemográfica e clínica através da aplicação da Escala do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e do modelo estatístico Regressão de Poisson.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS

A tabela 1 demonstra o perfil demográfico dos participantes da pesquisa. Dos 307 idosos entrevistados, 71,7% eram mulheres, 47,9% eram casados, 85,3% eram católicas, 90,6% não trabalham atualmente, 91,2% aposentados, 87,0% não moram sozinhos e 87,0% moram acompanhados.

Tabela 1. Caracterização dos dados demográficos da amostra – Pombal/PB, 2017.

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Gênero		
Masculino	87	28,3
Feminino	220	71,7
Estado civil		
Casado/união estável	147	47,9
Viúvo	120	39,1
Separado ou divorciado	24	7,8
Solteiro	16	5,2
Religião		
Católica	262	85,3
Evangélica	44	14,3
Sem religião	1	0,3
Você está trabalhando atualmente		
Sim	29	9,4

		Continuação
Não	278	90,6
Aposentado		
Sim	280	91,2
Não	27	8,8
Mora sozinho		
Sim	40	13,0
Não	267	87,0
Mora acompanhado		
Sim	267	87,0
Não	39	12,7

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS À ESCOLARIDADE

A tabela 2 mostra que 65,5% da amostra frequentou a escola, 43,6% tiveram de um a quatro anos de estudos, seguido por 35,5% que tiveram zero anos de estudo, 57,0% declararam ser alfabetizados, porém poucos apresentaram mais de 12 anos de estudo.

Tabela 2. Caracterização dos dados relativos à escolaridade – Pombal/PB, 2017.

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Frequentou a escola		
Sim	201	65,5
Não	106	34,5
Quantos anos		
Zero ano	109	35,5
1-4 anos	134	43,6
5-8 anos	35	11,4
9-11 anos	14	4,6
12 anos ou +	15	4,9
Alfabetizado		
Analfabeto	132	43,0

Alfabetizado	175	Continuação 57,0
--------------	-----	---------------------

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS RELATIVOS AOS HÁBITOS DE VIDA

Por meio da tabela 3 é possível identificar que 90,8% dos pesquisados não fazem uso de bebidas alcoólicas, 87,6% não fumam atualmente, 76,5% não praticam atividade física, entre os que praticam atividade física com 23,5%, o tipo mais comum foi a caminhada com 86,1%, executando essa atividade de quatro a sete vezes por semana com 55,6%, em torno de 30 minutos com 30,4%.

Tabela 3. Descrição dos dados relativos aos hábitos de vida – Pombal/PB, 2017.

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Bebida alcoólica		
Sim	30	90,8
Não	277	90,2
Fuma atualmente		
Sim	38	12,4
Não	269	87,6
Atividade física		
Sim	72	23,5
Não	235	76,5
Qual atividade		
Caminhada	62	86,1
Hidrogenástica	3	4,2
Aeróbica	3	4,2
Bicicleta	2	2,8
Outros	2	2,8
Frequência da atividade física		
1x/semana	1	1,6
2-3x/semana	26	42,7
4-7x/semana	34	55,6

Tempo de atividade

30 minutos	10	1 Continuação
40 minutos	12	17,4
50 minutos	21	30,4
60 minutos	19	27,5
50 minutos	7	10,1

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.4 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DA AMOSTRA

A tabela 4 aponta que 90,9% dos pesquisados apresentam problemas de saúde, sendo as maiores frequências para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) que representa 67,1%, seguida da perda de fezes e urinas com 35,55%, doenças osteoarticulares com 28,0%, diabetes mellitus com 23,8% e obesidade com 22,5%.

Tabela 4. Caracterização do estado de saúde da amostra – Pombal/PB, 2017.

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Problema de saúde		
Sim	279	90,9
Não	28	9,1
QUAIS	-	-
Perda de fezes e urinas	109	35,5
Tuberculose	-	-
Neoplasia	7	2,3
Doenças cardíacas	61	19,9
Hanseníase	1	0,3
Diabetes Melitus	73	23,8
Doenças parasitárias	1	0,3
Doenças respiratórias	16	5,2
Transtorno mental	1	0,3
Doenças osteoarticulares	86	28,0

Continuação

Alcoolismo	-	-
Depressão	10	3,3
Obesidade	69	22,5
Doenças renais	8	2,6
Doenças tireoide	23	7,5
Incontinência	-	-
Dor crônica	1	0,3
Hipertensão arterial	206	67,1
Dislipidemia	65	21,2
AVE prévio	3	1,0
Imobilidade	-	-
Outras comorbidades	91	29,6

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.5 DESCRIÇÃO DA PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS NA COGNIÇÃO

A tabela 5 apresenta que 12,4% da amostra possui alguma indicação de problemas cognitivos.

Tabela 5. Descrição da prevalência de indicadores de problemas na cognição-Pombal/PB, 2017.

Status Cognitivo	Frequência absoluta (F)	Frequência relativa (%)
Sem	269	87,6
Com	38	12,4

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.6 ASSOCIAÇÕES DA COGNIÇÃO COM OS DADOS DEMOGRÁFICOS

A explanação da tabela 6 exhibe os resultados da associação entre a cognição e as variáveis demográficas dos 307 idosos entrevistados. Os resultados mostram que o sexo feminino 14,5%, solteiros 31,3%, católicos 12,6%, que não trabalham 13,3%, aposentados 12,5%, que não moram sozinhos 12,7%, que moram acompanhados 12,7%, que frequentaram a escola 15,4%, que frequentaram a escola por 12 anos ou mais 53,3%, que frequentaram a escola por nove a onze anos 42,9%, que frequentaram a escola por um a quatro anos 11,9% e

que eram alfabetizados 12,6% demonstrou associação estatisticamente significativa com a cognição em idosos.

Tabela 6. Associações da cognição com os dados demográficos – Pombal/PB, 2017.

	Status Cognitivo		P
	Sem	Com	
Sexo			
Masculino	81 (93,1%)	6 (6,9%)	0,07
Feminino	188 (85,5%)	32 (14,5%)	
Estado civil			
Casado/união estável	134 (91,2%)	13 (8,8%)	0,04
Viúvo	102 (85,0%)	18 (15,0%)	
Separado ou divorciado	22 (91,7%)	2 (8,3%)	
Solteiro	11 (68,8%)	5 (31,3%)	
Religião			
Católica	229 (87,4%)	33 (12,6%)	0,62
Evangélica	40 (90,9%)	4 (9,1%)	
Sem religião			
Você está trabalhando atualmente			
Sim	28 (96,6%)	1 (3,4%)	0,23
Não	241 (86,7%)	37 (13,3%)	
Aposentado			
Sim	245 (87,5%)	35 (12,5%)	0,99
Não	24 (88,9%)	3 (11,1%)	
Mora sozinho			
Sim	36 (90,0%)	4 (10,0%)	0,80
Não	233 (87,3%)	34 (12,7%)	
Mora acompanhado			
Sim	233 (87,3%)	34 (12,7%)	0,80
Não	35 (89,7%)	4 (10,3%)	
Frequentou a escola			
Sim	170 (84,6%)	31 (15,4%)	0,03
Não	99 (93,4%)	7 (6,6%)	
Anos de estudo			
			<0,01

		Continuação	
12 anos ou +	7 (46,7%)	8 (53,3%)	
9-11 anos	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
5-8 anos	33 (94,3%)	2 (5,7%)	
1-4 anos	118 (88,1%)	16 (11,9%)	
Zero anos	103 (94,5%)	6 (5,5%)	
Alfabetizado			
Alfabetizado	153 (87,4%)	22 (12,6%)	
Analfabeto	116 (87,9%)	16 (12,1%)	0,91

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.7 ASSOCIAÇÃO DA COGNIÇÃO COM OS DADOS RELATIVOS A HÁBITOS DE VIDA

As variáveis da tabela 7 não apresentaram associação estatisticamente significativa, impedindo de as mesmas serem inseridas no modelo múltiplo, pois apresentaram significância maior que 0,2.

Tabela 7. Associações da cognição com os dados relativos aos hábitos de vida – Pombal/PB, 2017.

	Cognição		P
	Sem	Com	
Bebida alcoólica			
Não	242 (87,4%)	35 (12,6%)	0,99
Sim	27 (90,0%)	3 (10,0%)	
Fuma atualmente			
Não	238 (88,5%)	31 (11,5%)	0,23
Sim	31 (81,6%)	7 (18,4%)	
Atividade física			
Sim	64 (88,9%)	8 (11,1%)	0,71
Não	205 (87,2%)	30 (12,8%)	
Tempo de atividade física			
30 minutos	9 (90,0%)	1 (10,0%)	0,73

Continuação

40 minutos	11 (91,7%)	1 (8,3%)
50 minutos	17 (81,0%)	4 (19,0%)
60 minutos	17 (89,5%)	2 (10,5%)
50 minutos	7(100,0%)	0(0,0%)

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

5.8 ASSOCIAÇÃO DA COGNIÇÃO COM OS DADOS RELATIVOS AO ESTADO DE SAÚDE

A tabela 8 apresenta a prevalência de declínio cognitivo da amostra pesquisada, sendo que a obesidade 14,7%, doenças cardíacas 18,0% apresentaram associação estatisticamente significativa, bem como as variáveis doenças cardíacas e doenças respiratórias 25,0% associação com nível de significância suficiente para inseri-las no modelo múltiplo.

Tabela 8. Associação da cognição com os dados relativos ao estado de saúde – Pombal/PB, 2017.

	Cognição		P
	Sem	Com	
Problema de saúde			
Não	23 (82,1%)	5 (17,9%)	0,36
Sim	246 (88,2%)	33 (11,8%)	
Quais			
Perda de fezes e urinas			
Não	173 (87,4%)	25 (12,6%)	0,86
Sim	96 (88,1%)	13 (11,9%)	
Doenças cardíacas			
Não	219 (89,0%)	27 (11,0%)	0,13
Sim	50 (82,0%)	11 (18,0%)	
Diabetes Melitus			
Não	203 (87,1%)	30 (12,9%)	0,66
Sim	65 (89,0%)	8 (11,0%)	
Doenças respiratórias			
Não	257 (88,3%)	34 (11,7%)	0,11
Sim	12 (75,0%)	4 (25,0%)	

Continuação

Doenças osteoarticulares			
Não	191 (86,4%)	30 (13,6%)	0,31
Sim	78 (90,7%)	8 (9,3%)	
Depressão			
Não	260 (87,5%)	37 (12,5%)	0,82
Sim	9 (90,0%)	1 (10,0%)	
Obesidade			
Não	203 (85,3%)	35 (14,7%)	0,02
Sim	66 (95,7%)	3 (4,3%)	
Doenças renais ^I			
Não	262 (87,6%)	37 (12,4%)	0,99
Sim	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
Doenças tireoide			
Não	249 (87,7%)	35 (12,3%)	0,92
Sim	20 (87,0%)	3 (13,0%)	
Hipertensão arterial			
Não	85 (84,2%)	16 (15,8%)	0,21
Sim	184 (89,3%)	22 (10,7%)	
Outras comorbidades			
Não	191 (88,4%)	25 (11,6%)	0,51
Sim	78 (85,7%)	13 (14,3%)	

Fonte: Dados da pesquisa/2017. Nota: I - teste exato de Fisher

5.9 MODELO MÚLTIPLO DO DÉFICIT COGNITIVO

A tabela 9 mostra o modelo múltiplo, onde permaneceram os anos de estudos, estado civil e doenças respiratórias. Verificou-se que a prevalência de déficit cognitivo foi menor para os idosos com menos anos de estudo ($<0,01$) com razão de prevalência (RP) de 0,12 e maior para os separados ($<0,03\%$) com RP de 1,97, se comparado aos solteiros, e também maior para os que possuem doenças respiratórias ($<0,01$) com RP de 2,59.

Tabela 9. Modelo múltiplo do déficit cognitivo – Pombal/PB, 2017.

	B	Erro padrão	Sig.	RP ajustado	Intervalo de confiança para RP de 95%	
					Inferior	Superior
Anos de estudo						
12 anos ou +						
9-11 anos	0,03	0,44	0,94	1,03	0,43	2,48
5-8 anos	-2,20	0,78	<0,01	0,11	0,02	0,51
1-4 anos	-1,40	0,37	<0,01	0,25	0,12	0,51
Zero anos	-2,15	0,49	<0,01	0,12	0,04	0,30
Estado civil						
Solteiro						
Separado ou divorciado	0,68	0,32	0,03	1,97	1,06	3,68
Viúvo	-0,06	0,77	0,94	0,94	0,21	4,20
Casado/união estável	0,80	0,52	0,12	2,23	0,80	6,21
Doenças respiratórias	0,95	0,36	<0,01	2,59	1,27	5,28

Fonte: Dados da pesquisa/2017.

Nota: ordem de saída das variáveis - 1ª sexo; 2ª frequentou a escola; 3ª doenças cardíacas; 4ª obesidade.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

Ao avaliar o perfil de idosos dessa pesquisa, pôde-se observar ser a maioria composta pelo gênero feminino. A expansão da população idosa feminina tem sido cada vez mais expressiva, a proporção de mulheres idosas em 2010 equivalia a 55,5% de uma população de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 10,8% da população total (IBGE, 2010).

O fenômeno da “feminilização do envelhecimento” constitui-se como um crescente processo advindo do envelhecimento mundial, basicamente as mulheres representam grande parte da população idosa em todas as regiões do mundo, possuindo uma expectativa de vida em torno de cinco a sete anos a mais que os homens (NICODEMO; GODOI, 2010).

Entretanto, expectativa de vida alta entre as mulheres não é sinônimo para boa qualidade de vida, uma vez que estas acumulam ao longo de suas vidas desvantagens, como discriminações, dupla jornada de trabalho, violência, solidão pela viuvez, dentre outros (NICODEMO; GODOI, 2010). Em contrapartida, as mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde do que os homens, expondo-se menos aos fatores de risco a saúde, tais como as doenças cardiovasculares e os cânceres (OLIVEIRA et al., 2012).

Um dado relevante a respeito da feminilização do envelhecimento relaciona-se a proporção de mulheres morando sozinhas no Brasil, que é relativamente elevada, aproximadamente 25,8% no ano de 2009 (BRASIL, 2015). A vida solitária pode ocasionar no indivíduo idoso, sentimentos de abandono, rejeição e inutilidade, sentimentos esses altamente prejudiciais à saúde e bem estar psicológico.

Desta forma, embora as mulheres vivam mais que os homens, elas ainda passam por períodos maiores de debilidade física antes de morrer do que os homens, o que as tornam mais dependentes de cuidados, apesar de elas serem as tradicionais “cuidadoras”.

A amostra deste estudo, composta tanto por homens e mulheres idosas, revelou maior predominância de declínio cognitivo em mulheres idosas. Situação encontrada em estudos nacionais que trazem a “feminilização do envelhecimento” como panorama nacional da nova conjuntura brasileira, no aspecto saúde (ARGIMON, et al., 2012; BRASIL, 2015; NICODEMO; GODOI, 2010).

No tocante ao estado civil, verificou-se, que a maioria dos idosos declarou ser casados, seguido por viúvos, separados/divorciados e solteiros. Essa estimativa assemelha-se a um

estudo realizado com sujeitos idosos residentes em um município da região norte do Rio Grande do Sul-RS, composta por uma amostra de 424 idosos, onde 53,8% eram casados e 32,1% viúvos (LUZ et al., 2014). Tais dados corroboram com os resultados encontrados nesse estudo, no qual a predominância foi de idosos casados.

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo feito por Dias et al., (2012), na capital João Pessoa-PB, com uma amostra de 401 sujeitos, com maioria casado (54,9%). A tamanha representatividade de idosos casados faz parte da tradicional cultura do matrimônio, algo bastante predominante na região nordeste do Brasil, onde as tradições e costumes culturais perduram com maior força, tal cultura contraponha-se totalmente aos novos padrões matrimoniais vivenciados atualmente pelas novas gerações.

A vida em matrimônio proporciona, por vezes, ao casal de idosos, segurança e apoio familiar, contribuindo na estruturação do lar e criação de vínculos, onde um cônjuge acaba exercendo o cuidado junto ao seu parceiro, possibilitando um cuidado continuado, humanizado e holístico, advindo do próprio sujeito, sendo um ponto positivo em sua saúde, na qual ambos desempenham um papel motivacional importante no bem estar biopsicossocioespiritual.

A respeito da religião, predominou o catolicismo, com valores aproximados aos divulgados pelo IBGE (2010) quanto à religião dos idosos brasileiros. Dado que remete a conjuntura histórica do Brasil, remota aos tempos da colonização do território nacional pelos Portugueses, que tinham como missão catequizar a então população indígena brasileira (COSTA; COSTA, 2009).

Dessa forma, houve a disseminação e predomínio do catolicismo em todo o território nacional, prevalecendo até os dias atuais, mesmo com o surgimento de outras esferas religiosas, tais como a evangélica. Assim, acredita-se importante e viável a religiosidade, pois, independentemente da religião escolhida, esta possibilita aos indivíduos meios necessários ao enfrentamento das dificuldades, sendo um alicerce no processo do envelhecimento.

Na amostra atual, também predominou os idosos que possuíam aposentadoria. Considerando que a aposentaria é um marco do envelhecimento, a mesma pode ser vista e interpretada sobre diferentes prismas. O Sistema Nacional de Informações de Economia Solidária-SIES desenvolvido pela Secretaria Nacional de Economia Solidária-SENAES em parceria com o Fórum Brasileiro de Economia Solidária, registrou no ano de 2012 que 71,5% dos idosos recebem aposentadoria ou pensão pelo sistema público de saúde e 25% contribui para a Previdência (BRASIL, 2015).

Estatisticamente os idosos do Brasil possuem renda mensal advinda de aposentadorias e pensões, em muitos casos os benefícios previdenciários configuram-se fonte única de renda das famílias. Um fato observado, é que as famílias brasileiras que residem com idosos apresentam melhores condições socioeconômicas do que as demais (BRASIL, 2015).

Com isso, observa-se que o papel do idoso no sistema familiar tem assumido significativa participação na renda mensal das famílias. No ano de 2009, os idosos contribuíam com 64,8% da somação dessa renda. Outro destaque advém para famílias que possuem idoso do gênero masculino como chefes de famílias, aproximadamente 73,4% da renda familiar corresponde a estes, porcentagem um pouco inferior para quando os chefes de famílias são mulheres, representando apenas 68,9% da renda mensal (BRASIL, 2015).

Neste estudo, observou que a grande maioria dos idosos entrevistados não mais exercem atividades laborais, tendo uma parcela diminutiva de idosos que ainda trabalham, evidenciando que ainda existe no território nacional uma parcela pequena de idosos que necessitam ter uma renda extra a aposentaria/pensão para manter o sustento da família, além de existir uma certa necessidade pela busca de inserção no meio social, tão diminuída nessa fase da vida, como a velhice.

Por exercer a função de “chefe da família” sendo responsável por prover os recursos necessários ao seio familiar, o idoso acaba por desenvolver outros meios de custeio às necessidades, uma vez que a grande maioria do público idoso sobrevive comum a renda mensal entre um e três salários mínimos de aposentadoria (DIAS et al., 2012; PEREIRA; SILVA, 2015; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011) o que por sua vez torna-se insuficiente diante as demandas da vida cotidiana destes.

Os impactos do envelhecimento e suas subsequentes aquisições (aposentadorias/pensões, inatividade laboral, dentre outras) refletem diretamente na condição de vida e saúde vivenciada pelo público idoso, porém mesmo diante de tais circunstâncias, estes encontram nessa nova situação de vida (“a velhice”), meios necessários ao retorno de antigos projetos e atividades de lazer, resgatando antigos costumes de bem estar físico e mental, além de poderem refletir sobre o processo de envelhecimento, o sentido do corpo que envelhece, e principalmente, o envelhecimento determinando o destino da vida.

Nada obstante, numa visão contrária a essa nova fase, a mesma pode significar o declínio da saúde e da atividade laboral. O aumento da expectativa de vida pode significar que os indivíduos estão passando, ou passarão grande parte de suas vidas aposentados, e a aposentadoria pode acarretar perdas de ordem material, psicológica e social ao indivíduo idoso, uma vez que acaba por diminuir sua autoestima e motivação, e por consequência gera

um adoecimento mental e físico, perpetuando vícios como o etilismo e tabagismo (SANTO; GÓES; CHIBANTE, 2014).

Quanto aos aspectos de residir sozinhos ou acompanhados, os idosos dessa pesquisa declararam não morar sozinhos. Pode-se justificar tal achado, por ter sido esta pesquisa conduzida e realizada no interior do sertão da Paraíba, onde culturalmente as famílias permanecem ligadas ao seio familiar, ou seja, casam, tem filhos, porém continuam a morar com seus pais e avós.

Em um estudo realizado com 359 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), do município de Guarapuava-PR, Brasil, constatou-se que 84,4% dos idosos moravam com alguém (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011). Associação significativa, visto que grande parte reside junto a demais membros familiares, tais como: netos; irmãos; tios e sobrinhos, o que contribui com a manutenção do convívio e do envelhecimento saudável, ativo e benéfico.

A construção tradicional da família consiste na composição de pais, avós e netos, permanecendo o círculo familiar alicerçado nos pilares daqueles que a constituíram, os avós. Comum à sociedade brasileira, as famílias tradicionais, tem a matriarca, sendo esta definição atribuída geralmente ao “mais velho” da residência, como detentora das decisões e atribuições dentro do domicílio. Essa composição familiar permite ao idoso certa autonomia e independência na tomada de decisões.

Contrapondo-se a essa estimativa, mundialmente estima-se uma média de 14% dos indivíduos com 60 anos ou mais residem sozinhos, enquanto no Brasil, a estimativa decresce para 13,7% (PNAD, 2010). O Censo Demográfico de 2010 demonstrou que entre 2000 e 2010 houve um crescente aumento no número de pessoas morando sozinhas no Brasil, os valores passaram de 8,6% para 12,1%. A conjuntura familiar brasileira tem passado por mudanças de comportamento cultural, bem como aumento das separações conjugais, contribuindo para a estatística de idosos que optam por morar sozinhos (MELO et al., 2016).

Existe uma relação significativa entre a renda mensal de idosos e sua condição de moradia, uma vez que, idosos que moram sozinhos apresentam renda mensal superior quando comparada a idosos que moram acompanhados. Tal afirmativa é esboçada por Camargos, Rodrigues e Machado (2011), em pesquisa realizada na cidade de São Paulo, que ressaltam que idosos com renda salarial menor que um salário mínimo apresenta menos chances de morarem sozinhos, quando comparados a idosos com valores de rendas salariais superiores a um salário.

Contudo, cabe ressaltar que o convívio de idosos junto aos seus familiares pode possibilitar a estes, condições necessárias para um bom viver, uma vez que o grupo familiar proporciona conforto e segurança, promovendo-lhes os cuidados necessários ao melhor viver.

6.2 NÍVEIS DE ESCOLARIDADE EM IDOSOS

Com relação à escolaridade, dos 307 idosos, houve uma diferença significativa quanto à quantidade de anos de estudo e a alfabetização, onde uma pequena maioria da amostra declarou-se alfabetizado.

Um dos grandes problemas do idoso brasileiro refere-se às exigências do mundo moderno, que cada dia mais cobra da sociedade habilidades com as novas tecnologias que surgem diariamente. Parte da dificuldade de adaptação “ao novo” pelos idosos deve-se a deficiência educacional da nação brasileira evidenciada ao longo dos anos, e que tem o nordeste brasileiro como maior detentor dos elevados índices de analfabetismo.

O alto índice de analfabetismo atinge valores de 5,1 milhões de idosos no Brasil. No ano de 2014, havia 13,2 milhões (8,3%) de pessoas com 15 anos ou mais de idade analfabetas, em 2015 esse valor reduziu para 12,9 milhões de analfabetos (8,0%). A Região Nordeste ainda perpetua com a maior taxa de analfabetismo (16,2%). As Regiões Sul (4,1%) e Sudeste (4,3%) permanecem com as menores taxas de analfabetismo registradas (IBGE, 2016).

A taxa de analfabetismo tem demonstrado aumentar à medida que a idade avança, atingindo porcentagens em torno de 22,3% entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade no ano de 2015 (IBGE, 2016). Essa afirmativa pode estar relacionada às diferenças sociais e regionais existentes no território brasileiro, refletindo diretamente nas taxas de analfabetismo.

Muitos dos problemas de escolaridade no Brasil referem-se às condições sociais, culturais e econômicas das mais diferentes áreas. A desigualdade social ainda predominante no país contribui para grande parte dos problemas sócio-culturais-educacionais, já que condições precárias de moradia, saneamento básico e alimentação interferem no estabelecimento e desenvolvimento educacional de uma sociedade.

Estudos realizados com idosos nos mais diferentes aspectos evidenciam os mais diversos níveis de escolaridades (CHAVES et al., 2015; HOLZ et al., 2013; MACÊDO et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2015). Segundo dados secundários extraídos do micro dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009, realizada pelo IBGE, aponta que o nível de escolaridade dos idosos ainda é baixo, visto que 12,3 milhões (61,01%)

possuíam apenas o ensino fundamental, 1,9 milhão (9,55%) o ensino médio, 1,2 milhão (6,12%) o ensino superior, e apenas 0,08 milhão (0,42%) pós-graduação.

Do total de analfabetos brasileiros, mais de seis milhões, algo em torno de 45% possuem mais de 60 anos de idade. Mesmo com as políticas de investimentos destinados à educação, o Brasil ainda não alcançou sua meta, visto que as políticas educacionais não foram suficientes para superar as desigualdades enraizadas no país (IBGE, 2010).

Em pesquisa desenvolvida com idosos frequentadores de um clube da terceira idade da cidade de Sinop-MT, com aproximadamente 300 idosos cadastrados, somente foi possível realizar entrevista com 20% destes. Na pesquisa constatou-se que todos os entrevistados iniciaram a alfabetização, porém, a maioria deles não chegou a concluir o ensino fundamental, tornando-os parte do grupo de analfabetos funcionais (ARRUDA; AVANSI, 2014).

Os indicadores de analfabetismo funcional apresentaram pequena diminuição entre os anos de 2014 de 17,6% para 17,1% em 2015. Porém, o analfabetismo funcional na Região Nordeste ainda permaneceu com índices elevados no Brasil, correspondendo a 26,6% (IBGE, 2015). O analfabetismo funcional reflete diretamente no processo de ensino aprendido dos indivíduos, grande parte destes, não possuem habilidades de interpretação textual, mesmo tendo aprendido a decodificar a escrita e compreensão de frases curtas (IPM, 2010), interferindo no processamento de informação e cognição.

Cabe ressaltar, que o nível de escolaridade está intimamente relacionado a uma melhor qualidade de vida, uma vez que proporciona ao indivíduo maior autonomia e independência de atividades, principalmente em idosos, visto que o conhecimento a respeito das condições da própria saúde proporciona o desenvolvimento do empoderamento do sujeito, repercutindo diretamente no aumento da expectativa de vida desta população.

6.3 HÁBITOS DE VIDA DE IDOSOS

O processo do envelhecimento acarreta alterações e repercussões na saúde e vida do idoso. A consequência natural desse processo, a velhice, emerge como uma preocupação da humanidade em como lidar com tais circunstâncias advindas da mesma, visto que o público idoso só tende a crescer, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil.

Dentre as circunstâncias advindas do envelhecimento a aposentadoria, a solidão, o isolamento social, a perda de amigos e parentes predispõe, de certo modo, a inatividade física e hábitos de vida menos saudável, tais como tabagismo e alcoolismo (SENGER et al., 2011), que causam nos idosos danos à saúde repercutindo em adoecimento, fragilizando-o, tornando

este idoso muitas vezes, dependente de cuidados, regredindo sua funcionalidade e sociabilidade junto a família e comunidade.

Considerada um problema de saúde pública potencialmente letal, o uso do tabaco nos idosos brasileiros corresponde acerca de um milhão a um milhão e meio de fumantes (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO; BEZERRA, 2013).

Dados da Organização Mundial da Saúde, no ano de 2008, constataram que 47% dos homens e 12% das mulheres são fumantes, e que aproximadamente quatro milhões de óbitos estejam atribuídos ao hábito de fumar. O tabagismo configura-se como uma das principais causas de morte evitável do mundo. Em 2030, o número de óbitos tendo como causa primária e/ou secundária ao fumo, pode chegar a 10 milhões, onde cerca de sete milhões poderão ocorrer em países em desenvolvimento (OMS, 2010).

O hábito de fumar é reconhecido como importante problema de saúde também em idosos, sendo o risco de morte entre fumantes idoso maior que entre os não fumantes. Doenças respiratórias, câncer, acidente vascular cerebral e doenças cardiovasculares são as maiores causas de morbimortalidade entre fumantes idosos (MARINHO et al., 2010).

O tabagismo é responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Doenças como bronquite, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), representam 85% de mortes pelo uso do tabaco, diversos tipos de câncer (pulmão, laringe, boca, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, dentre outros) representam 30% das causas de óbitos, e as doenças coronarianas e cerebrovasculares correspondem a 25% dos óbitos, respectivamente (WHO, 2011).

Logo, evidencia-se que os índices de mortalidade mundial por doenças associadas ao fumo atingem cerca de 4,9 milhões de mortes por ano. A prática do fumo está particularmente associada também ao uso do álcool, ocasionando importantes alterações quanto a capacidade cognitiva e visual, bem como sofrimento pessoal, e principalmente familiar, além dos altos custos a saúde (SEGLER et al., 2011).

Salienta-se ainda que os indivíduos idosos são bastantes afetados pelos efeitos nocivos do cigarro, principalmente, se estes já possuírem fatores de risco para doenças, como diabetes mellitus, obesidade, hipertensão, dislipidemia e sedentarismo (GOULART et al., 2010), pois o tabagismo acaba por influenciar no agravamento destas, condicionando a necessidade de maior intervenção dos profissionais de saúde.

Quanto à intervenção é necessário um agir dos profissionais da saúde direcionado a promoção da saúde e prevenção de agravos, com enfoque na educação em saúde por meio da sensibilização e incentivo ao abandono do tabagismo. A realização de ações voltadas a essa

temática possibilitará a manutenção da capacidade funcional, e assim garantirá melhorias na qualidade de vida.

A associação de doenças do avançar da idade ao tabagismo e ao próprio declínio funcional acaba por interferir diretamente na qualidade de vida dos idosos. Tal afirmativa corrobora com Lisboa et al., (2013), ao afirmarem que o não uso do cigarro por idosos traz mais benefícios em termos de qualidade de vida e longevidade.

Outro fator associado ao prejuízo na qualidade de vida de idosos refere-se ao alcoolismo. O consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é também sério problema de saúde pública, as limitações funcionais e mortalidades advindas do uso abusivo do álcool ocasionam altos custos ao sistema público de saúde (MONTEIRO et al., 2011). O alcoolismo, assim como o tabagismo contribuem para a redução da expectativa de vida, bem como para um pior prognóstico de saúde.

Foi de suma importância o fato de os idosos dessa pesquisa em sua maioria não fazerem uso do etilismo e do tabagismo. Posto que estes hábitos acabem por ocasionar problemas de saúde, diminuindo sua qualidade de vida. Além de que, esses hábitos constituem-se como favorecedores e atenuadores de comorbidades, predispondo ao maior risco de morte.

Considerando a perspectiva de qualidade de vida e hábitos saudáveis, a execução de atividade física na terceira idade propicia condições para um bom viver e uma velhice plena. Visto que o sedentarismo é um dos grandes responsáveis por gerar dependências funcionais a curto e longo prazo, resultando em prejuízos a saúde e bem estar físico e mental em idosos.

Nesse contexto, em estudo realizado com pessoas idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde, localizada na Zona Sul do Município de São Paulo, Mariana/Jabaquara, SP, com uma amostra de 211 mulheres na faixa etária dos 60 anos ou mais, somente 19,9% praticavam alguma atividade física (SANTOS; CUNHA, 2014). Esses dados enfatizam a pouca adesão de idosos aos exercícios físicos.

Em estudo realizado pela Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, constatou que 73,1% dos idosos brasileiros são inativos fisicamente (BRASIL, 2012). Em Florianópolis-SC, um estudo epidemiológico, verificou que 42,1% dos idosos são fisicamente inativos, e que dos 214 idosos longevos, 58,4% dos pesquisados são também inativos fisicamente, fato este que demonstra ser a cidade de Florianópolis possuidora de idosos tipicamente sedentários (KRUG; LOPES; MAZO, 2015).

A prática de atividade física em idosos é considerada um mecanismo potencialmente benéfico para conservação da massa e força muscular, bem como da regulação da marcha,

visto que com o passar da idade a tendência é para que esses parâmetros diminuam, deixando o idoso susceptível a quedas e fraturas (CUNHA; LOURENÇO, 2014).

Eis a importância do desenvolvimento de incentivos a práticas educacionais quanto à atividade física, priorizando o bem estar do idoso, a manutenção de sua saúde, trabalhando aspectos de prevenção de agravos e complicações que podem originar-se da não prática da atividade física.

Relacionando-se a esses fatores como tabagismo, alcoolismo e inatividade física, surge outro condicionante potencialmente prejudicial e diretamente relacionado ao estado de saúde do idoso, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

De acordo com a OMS, um conjunto de fatores de risco é responsável pela grande maioria das mortes por DCNT, assim como por uma porção de carga de doenças advindas dessa enfermidade. Dentre esses fatores, destaca-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, inatividade física, alimentação inadequada e estresse emocional (WHO, 2014).

As DCNT, de caráter progressivo e origem multifatorial, atualmente consideradas um grande problema para os sistemas de saúde pública, tanto no âmbito nacional como mundial, exercem importância ainda maior quando o foco é na atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2017).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) as DCNT são responsáveis por 68% de um total de 38 milhões de mortes em todo mundo no ano de 2012 (WHO, 2014). No Brasil, no ano de 2011, as DCNT de forma relevante, corresponderam por 68,3% das causas de mortes, com destaque para as doenças cardiovasculares com 30,4%, seguida pelas neoplasias com 16,4%, doenças respiratórias crônicas com 6,0% e o diabetes com 5,3% (MALTA et al., 2014).

Dentre as DCNT comuns ao envelhecimento, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), juntas, são consideradas as principais causadoras de complicações cardíacas, cerebrovasculares e renais (BRASIL, 2017; Duncan et al., 2012), e, ainda associadas a estas tem-se o excesso de peso e a obesidade que estão relacionados ao aumento do risco de declínio cognitivo, independentemente de outras comorbidades (COHEN; ARDERN; BAKER, 2016).

Em pesquisa efetivada por Pimenta et al., (2015) no município de Teófilo Otoni, no Vale do Mucuri no estado de Minas Gérias, com tamanho amostral de 449 idosos mais de 15% relataram ter diabetes mellitus, e mais de 10% relataram osteoporose e problemas cardíacos

Outras doenças crônicas não transmissíveis que também acometem os idosos, porém em proporções menores, são: câncer, doenças mentais, doenças respiratórias e inflamatório-reumáticas que associadas a HAS e a DM aumentam substancialmente os danos ao processo saúde-doença de idosos (BUSSCHE et al., 2011).

Essas doenças crônicas estão associadas ao aumento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, dislipidemia e demências em idosos, sendo assim necessária a realização de medidas voltadas a promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente no tocante a atenção primária a saúde, visto que esta é a porta de acesso primordial ao atendimento do público idoso (HOSEY et al., 2014; GRITTI et al., 2015).

Tais dados condizem com os encontrados nessa pesquisa, onde a maior prevalência para doenças crônicas não transmissíveis em idosos referidas neste estudo correspondeu à HAS, DM, obesidade, bem como doenças osteoarticulares e perda de fezes e urina, dentre outras. Um dado interessante relacionado a esta amostra, diz respeito à perda de fezes e urina, que ficou em segundo lugar dentre todas as doenças aqui elucidadas.

Em um estudo realizado no município de Pelotas-RS, com 132 mulheres idosas, a prevalência encontrada para perda de urina foi de 40,91% (CARVALHO et al., 2014). Entretanto, em estudo realizado por Silva et al., (2016) na cidade de João Pessoa-PB, com uma amostra de 322 idosos, a prevalência de incontinências urinária (IU) e fecal (IF) entre idosos pesquisados foi de 10,25% para portadores de IU, e apenas 0,31% apresentaram IF. Porém, 37,27% dos idosos apresentaram tanto IU como IF, dupla incontinência.

A presença de problemas esfínterianos em idosos predispõe a condições de isolamento social, vergonha, solidão, restrição a ambientes públicos que fragilizam e comprometem a qualidade de vida de idosos (PITANGUI; SILVA; ARAÚJO, 2012), contribuindo para o agravamento do declínio funcional, físico e mental, denotando a necessidade de um agir mais voltado a orientação e incentivo de exercícios que prezem pelo maior controle esfínteriano e fortalecimento da musculatura pélvica, uma vez que isso possibilitaria ao idoso maior autonomia e independência em suas atividades cotidianas de vida diária.

6.4 ASSOCIAÇÃO DA COGNIÇÃO COM AS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS

Com o envelhecimento populacional em países em desenvolvimento como o Brasil, torna-se cada vez mais primordial, a realização de estudos voltados para a detecção precoce

de casos de comprometimento cognitivo leve, visto a maior recorrência de casos e suas consequências tanto para o idoso quanto para sua família.

A avaliação da capacidade cognitiva em idosos funciona como um marcador da saúde deste público, emergindo como componente chave na detecção dos condicionantes do processo saúde-doença. O declínio cognitivo está relacionado a diferentes variáveis biopsicossociais em idosos, bem como demográficas (PÉREZ-DIAS; CALERO; NAVARRO-GONZÁLEZ, 2013).

A prevalência de comprometimento cognitivo em idosos, ou seja, indivíduos idosos que apresentaram indicação de declínio cognitivo nesse estudo corresponderam a 12,4% da amostra total. Valor considerado abaixo da média nacional para déficit cognitivo, que exibem valores aproximados entre 20,80% e 25,4% (CHAVES, 2015; NERI; YASSUDA; ARAÚJO, 2013).

Estudos quanto à prevalência de declínio cognitivo em idosos brasileiros, considerando a influência do contexto econômico e sociocultural, exibem valores entre 7,1% a 73,1%, bem como em estudos internacionais essa estimativa varia entre 6,3% e 46% (CHAVES et al., 2015; GURIAN et al., 2012).

No Brasil, a prevalência de declínio cognitivo em seis estados (São Paulo, Pará, Piauí, Paraíba, Minas Gerais e Rio Grande do Sul) foi de 25% em 2008 e 2009 (NERI et al., 2013) valores semelhantes ao encontrado nesse estudo, sendo, porém, superior ao observado em outros países da América Latina e Caribe, tais como Argentina (8,3%) e Barbados (21,3%) (ASHBY-MITCHELL et al., 2015).

Em outros municípios brasileiros a prevalência para ocorrência de declínio cognitivo encontrado foi mais baixa, tais como em Belo Horizonte-MG, com 10,1% (URSINE; CORDEIRO; MORAIS, 2011) e Pouso Alegre-MG com 4,9% (FREIRE et al., 2011).

No cenário internacional a prevalência de declínio cognitivo variou discretamente entre os países, a Província de Cadiz na Espanha a predominância para DC foi 27% para idosos institucionalizados (SÁNCHEZ; PALMA, 2010), enquanto que em estudo realizado na França 25,9% apresentaram DC (VERNY et al., 2015), 20,1% em Xangai na China (DING et al., 2014) e 13,8% em Guadalajara no México (ORTIZ et al., 2012), sendo este último valor o que mais se aproximou do encontrado nesse estudo.

O predomínio da população feminina entre idosos com declínio cognitivo, encontra-se presente em vários estudos (ARGIMON et al., 2012; HOLZ et al., 2013; ROSSET, et al., 2010). Muito dessa maior presença de mulheres idosas com declínio cognitivo deve-se a

longevidade das mulheres ser mais acentuada, favorecendo ao déficit cognitivo com o avançar da idade (MACÊDO et al., 2012).

Corroborando com os resultados obtidos em estudos realizados em cinco cidades do Brasil (Parnaíba, Campina Grande, Belém, Campinas e Ivoti) o qual constatou que 67,7% dos participantes eram do gênero feminino, demonstrando o quão significativa é a prevalência do sexo feminino. A maior presença das mulheres em estudos envolvendo saúde deve-se a estas serem mais expostas a tratamentos de saúde do que os homens, e por apresentarem expectativa de vida superior a estes (HOLZ et al., 2013; NERI; YASSUDA; ARAUJO, 2013).

A presença de perdas cognitivas mais acentuadas entre as mulheres idosas pode ter estreita relação com a dificuldade apresentada pelas idosas na realização de cálculos e pagamentos, por exemplo, (MARTINS et al., 2016) refletindo diretamente no desempenho cognitivo destas no MEEM. Portanto, torna-se importante a necessidade de os profissionais da saúde estarem atentos as questões de gênero no atendimento do público idoso nas Unidades Básicas de Saúde.

Pouca relação significativa, no ponto de vista estatístico, foi encontrada na relação da religiosidade com o declínio cognitivo em idosos desse estudo. Onde 85,3% da amostra declarada católica, apenas 12,6% apresentou risco para declínio cognitivo. Nesse caso, o fator religiosidade pouco interferiu na condição para agravamento ou influência do estado cognitivo destes idosos.

A religiosidade ou envolvimento religioso de idosos compreende aspectos comportamentais, valores, crenças, atitudes e sentimentos motivados pelo contexto da religião que de certo modo favorecem no equilíbrio emocional, cognitivo e social. A religião tem se destacado com um fator favorável capaz de contribuir na promoção e manutenção do bem estar dos idosos, seja por meio do apoio social e/ou regras de conduta espiritual e moral, ou mesmo pelo consolo espiritual que se estabelece (CARDOSO; FERREIRA, 2009).

Os valores advindos da religião proporcionam ao ser idoso experiências de ordem material e espiritual, que contribuem na valorização do equilíbrio emocional, tornando os idosos mais motivados e esperançosos, contribuindo no desenvolvimento e manutenção das capacidades cognitivas, que estão até certo ponto interligadas a um bom viver físico, mental e espiritual. O fator religião sobre aspecto define-se nessa pesquisa como condicionante de proteção a saúde cognitiva de idosos.

Quanto ao aspecto da atividade laboral desenvolvida pelos idosos dessa pesquisa, houve pouca significância desta na relação da cognição, visto que dos idosos que declararam exercer alguma atividade de trabalho atualmente, somente uma pequena parcela apresentou

risco para declínio da cognição (13,3%), enfatizando o ponto de que a execução de atividades laborais pode ser considerada fator de proteção para o comprometimento cognitivo leve.

Por quanto, possuir uma renda a mais, além dos ganhos da aposentadoria, através de atividade laboral, tem efeitos positivos sobre o envelhecimento ativo e saudável, visto que contribui com o orçamento familiar, fornece autonomia financeira ao idoso frente as suas necessidades de saúde, alimentares e sociais (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011), além de atuar na manutenção do processamento de informações, memória e pensamento, mantendo a mente sempre ativa e postergando o processo inerente do ser, o envelhecer do passar dos anos.

Sobre essas mesmas circunstâncias, as variáveis aposentadoria, residir sozinho e morar acompanhado não obtiveram, estatisticamente falando, valores com significância suficiente para declínio cognitivo, mesmo tendo apresentado porcentagens relativas à associação com o mesmo. Isso se deve ao fato de as mesmas possuírem significância maior que 0,05, ou seja, estes idosos aposentados, que não moram sozinho, mas sim acompanhados não apresentaram risco significativo para declínio cognitivo.

Uma explicação válida para a aposentadoria no que tange a presença de declínio cognitivo mesmo que em pequenas porcentagens, refere-se ao fato da aposentadoria repercutir na vida social e de atividades diárias do idoso, uma vez que o declínio cognitivo muito se relaciona ao não envolvimento de indivíduos com o meio social, a não estimulação intelectual, bem como a não prática de atividades físicas, contribuindo no favorecimento do surgimento do comprometimento cognitivo, e possível demência.

No que tange a associação desempenho cognitivo e a variável estado civil, constatou-se que idosos solteiros e separados/divorciados sobressaíram aos casados em relação ao desempenho cognitivo analisado nessa pesquisa, onde idosos sem cônjuge apresentaram maior risco para o declínio cognitivo do que idosos com cônjuges.

Tal afirmativa corrobora com estudo efetivado no serviço de atendimento ambulatorial de um hospital universitário, no Rio Grande do Sul-MG, Brasil, com amostra de 107 pessoas com 60 anos ou mais, que identificou que as pessoas idosas que residiam com companheiro (a) apresentaram prevalência menor (45%) para déficit cognitivo (ZORTEA et al., 2015).

Contrapondo-se aos resultados encontrados por Zortea et al., (2015) esta pesquisa constatou que idosos que residiam acompanhados e, conseqüentemente não moravam sozinhos, apresentaram relativo risco para declínio cognitivo, mesmo que de forma branda. Tanto que seus valores não foram considerados suficientes para atestarem risco significativo para DC. Talvez isso se explique, devido ser a presença do cônjuge um fator de proteção às desordens da cognição.

Em vista disso, a condição de morar com companheiro (a) permite ao idoso um maior envolvimento junto ao seu parceiro quanto à realização das atividades cotidianas, bem como no cuidado mútuo a saúde. A não presença do cônjuge, considerado na velhice, como cumplicidade, protetor e apoiador no matrimônio pode de certo modo influenciar no desenvolvimento de problemas cognitivos, visto que o fato do idoso estar solteiro e ou separado passa a apresentar mais chances de declínio cognitivo do que os casados, por exemplo.

As variáveis, bebida alcoólica, fumar atualmente, atividade física e tempo de atividade física não demonstrou associação estatisticamente significativa nesse estudo com relação à cognição, uma vez que apresentaram significância maior que 0,02, não sendo nem inseridas no modelo múltiplo.

As informações supracitadas corroboram com um estudo realizado no município de Ibicuí-BA, composta por uma amostra de 310 idosos, onde a maioria dos entrevistados declarou não consumir bebidas alcoólicas regularmente (95,8%), bem como não fumar atualmente (88,4%). Com relação à atividade física 68,7% eram inativos, ou seja, não praticavam nenhuma atividade física (NASCIMENTO et al., 2015).

Um fator de proteção às capacidades cognitivas em idosos refere-se à execução de boas práticas de alimentação e exercícios físicos. O não consumo de bebidas alcoólicas e o não uso do fumo favorece ao bom envelhecimento saudável, bem como manutenção e preservação das funções cognitivas, visto que o processo de envelhecer estará resguardado sobre as circunstâncias normais da vida, não sendo acelerado por fatores ambientais extrínsecos, tais como o álcool e o cigarro.

Um ponto positivo a se destacar nesse estudo relaciona-se a presença pouco expressiva de idosos adeptos do uso do cigarro e do álcool. Cabe destacar que os idosos ao fazerem uso de tais hábitos tornam-se mais susceptíveis a vulnerabilidades, aumentando o risco para problemas de saúde e morte eminente, além de predispor ao isolamento social e familiar.

As perdas advindas do processo natural do envelhecimento humano geram desconfortos e limitações físicas em idosos, que acabam por interferir na execução de práticas de atividades físicas. O desgaste e diminuição das funções motoras favorecem ao sedentarismo.

A não busca por atividades que proporcionem ao ser idoso mais resistência e força muscular, fazem da ausência desses componentes, condições suficientes ao risco de quedas e, conseqüentemente, a fraturas. Tal situação ocasiona no idoso, fragilidades e muitas vezes

dependência quanto à realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, além de favorecer o agravamento do processo de adoecimento.

Dentre as DNT autoreferidas nesse estudo, as que apresentaram associação com o declínio cognitivo foram: doenças cardiovasculares, doenças renais, doenças da tireóide, doenças osteoarticulares, obesidade, doenças renais e doenças respiratórias, sendo esta última a que mais obteve relação estatisticamente significativa com o declínio cognitivo em idosos.

Segundo estudo realizado por Nascimento e colaboradores (2015), as condições de saúde dos idosos pesquisados em Ibicuí-BA observaram que dos idosos com declínio cognitivo 19,0% referiu a presença de doenças cardiovasculares e 12,5% declararam possuir dislipidemias. Tais informações condizem com os resultados encontrados nesse estudo, onde idosos com doenças cardíacas (18,0%) apresentaram associação com o declínio cognitivo.

O comprometimento cognitivo e a própria demência estão comumente associadas em indivíduos acometidos por doença renal, principalmente em fase avançada. Essa condição está intimamente relacionada ao maior risco de morte, progressão da doença cerebrovascular e hospitalizações mais prolongadas (MATTA et al., 2014; MCQUILLAN; JASSAL, 2010; NASSER et al., 2012).

Dados estes estão semelhantes ao encontrado nessa pesquisa, onde revelou que idosos acometidos por doenças renais apresentaram significativa relação com declínio cognitivo (12,5%), valendo-se da premissa que esse acometimento predispõe, de certo modo, ao declínio cognitivo, principalmente em idosos.

O comprometimento cognitivo observado em idosos acometidos por doenças na função renal pode estar relacionado à presença de lesões neurais induzidas por toxinas urêmicas e também pela alta prevalência de lesões cerebrovasculares isquêmicas, que podem ser sintomáticas ou não (BUGNICOURT et al., 2013), explicando os fatores de risco associados ao prejuízo nas funções cerebrais e renais.

A presença de doença renal em associação com o declínio cognitivo expõe o idoso a maiores riscos de apresentar com o passar dos anos, algum tipo de demência, podendo esta ter sido originada tanto do processo patológico de base (doença renal) como pela simples ação de envelhecer (BUGNICOURT et al., 2013).

Eis, pois, a necessidade de identificação cada vez mais precocemente das funções cognitivas em idosos, mesmo que seja apenas para rastreio, visto que quanto mais cedo detectado disfunções no processamento de linguagem, raciocínio e memória no idoso mais rapidamente esse problema terá solução, ou ao menos retardo de sua progressão.

Outra variável relacionada ao declínio cognitivo em idosos nesse estudo refere-se às doenças da tireóide. Muito das disfunções tireoidianas, tais como hipertireoidismo e hipotireoidismo, estão relacionados a problemas no estado mental. Algo que pode explicar a relação existente nesse estudo entre cognição e doenças tireoidianas.

Enquanto o hipertireoidismo está mais associado a sinais e sintomas depressivos, o hipotireoidismo relaciona-se a sintomas de humor e memória. Indivíduos com hipotireoidismo grave podem manifestar alucinações, comportamento paranóide e até demência, devido, sobretudo, a alterações hormonais que interferem na cognição, principalmente em idosos (GONÇALVES, 2011).

Ao primeiro indício de sinais de disfunção na cognição em idosos, é precavido tomar iniciativas quanto à investigação das possíveis causas, posto que muitos dos sintomas relacionados ao déficit cognitivo em idosos possuem uma doença de base, não sendo este apenas decorrência do envelhecimento.

Muitas doenças podem mascarar processos demenciais, bem como influenciar no surgimento destas, a exemplo, como já mencionado neste trabalho, tem-se as doenças renais e tireoidianas, que de certo modo relacionam-se direta ou indiretamente a cognição, tornando-se necessário a realização de estudos mais aprofundados no que tange aos aspectos da cognição em idosos, a fim de se evitar equívocos quanto ao seu diagnóstico.

Desta forma evidencia-se que o declínio funcional e cognitivo em idosos ocasiona vulnerabilidades e dependências, que contribuem para a diminuição da qualidade de vida e bem estar, predispondo a maiores possibilidades de adquirir e/ou contribuir no comprometimento cognitivo destes.

6.5 FATORES ASSOCIADOS AO DECLÍNIO COGNITIVO

Por meio da análise dos dados desse estudo, pôde-se constatar maior prevalência com significância de <0,01% para déficit cognitivo em idosos separados, com presença de doenças respiratórias, e menor risco para déficit cognitivo para idosos com menos anos de estudo.

No modelo multivariado devido sua alta especificidade e confiabilidade, resulta que ao final da análise algumas variáveis acabam por serem retiradas do modelo múltiplo por se tornarem estatisticamente menos significativas. Nesse estudo a ordem de saída das variáveis foi gênero, frequência escolar, doenças cardíacas e obesidade, revelando serem estas menos significativas.

Com relação à escolaridade da amostra pesquisada os resultados indicam que os idosos com maiores anos de estudo estão apresentando mais risco para declínio cognitivo do que os idosos com menos anos de estudo. Entre os idosos que frequentaram a escola, 15,5% apresentaram déficit cognitivo, contrapondo-se a 6,6% que não frequentaram a escola.

Idosos com 12 anos ou mais (53,3%) de estudo apresentaram, segundo esta pesquisa, mais chances de déficit cognitivo do que idosos com zero anos de estudo (5,5%). Os idosos com zero ano de estudo apresentaram resultado estatisticamente significativo ($<0,01\%$) com RP ajustado de 0,12, ou seja, ele é menor do que um.

Quando a razão de prevalência é menor que um, a variável não é um fator de risco, mas sim de proteção, ou seja, quem tem zero anos de estudo tem uma prevalência menor para déficit cognitivo do que os que tem 12 anos ou mais, bem como para os que tem de 1 a 4 anos e de 5 a 8 anos.

Resultados estes totalmente contrários ao encontrado a nível nacional (PNAD, 2010). Analisando este resultado relacionado a escolaridade com o estado cognitivo, no que confere à pontuação, revelou-se que à medida que a escolaridade aumenta, a pontuação do MEEM também aumenta, o que caracteriza serem estes resultados verdadeiros os encontrados no presente estudo.

Os valores quanto aos anos de estudo da amostra pesquisada revelam que foi insuficiente o tempo que os idosos permaneceram na escola, mesmo a tendo frequentado em intervalos de tempo variados, uma vez que a maioria não chegou a concluir o ensino fundamental.

Acredita-se que a pouca escolaridade destes e o tempo que estão afastados da escola não tenha interferido no resultado da amostra, justificando o fato de idosos com mais escolaridade apresentarem risco para déficit cognitivo.

Tal premissa pode ser justificada pela composição da amostra ser de idosos do interior do sertão do nordeste paraibano, onde estes possuem alguns diferenciais. A escolaridade no nordeste, como já apresentada, revela-se como uma das mais baixas registradas no Brasil, porém a grande maioria deste público (idosos) exerce atividade laboral desde a juventude tendo que se aprimorar a vida moderna de acordo com suas possibilidades.

Uma questão a ser levantada relacionada a esta pesquisa, refere-se ao desenvolvimento cognitivo destes idosos estarem mais relacionadas ao trabalho do que propriamente a escolaridade, visto que estes idosos trabalham desde sua juventude, e considerando o cenário nordestino de zona rural, acabam por desenvolverem habilidades de raciocínio lógico, cálculo

e interpretação de valores por meio das vivências cotidianas do dia a dia do seu trabalho, ressaltando a ideia de que todo ser humano é provido da capacidade de aprender.

Entretanto, as demais habilidades cognitivas como linguagem, escrita e comunicação acabam sendo pouco trabalhadas, apresentando-se como “falhadas” quando executadas pelos idosos. Neste caso, e nesta pesquisa, a atividade laboral (trabalho) desenvolvida pelos idosos entrevistados apresentou maior importância para a cognição do que a própria escolaridade.

Quanto a variável estado civil, os idosos separados/divorciados apresentaram prevalência (RP=1,97) maior para problemas na cognição do que idosos casados e solteiros. Dado este que condiz ao estudo realizado no município de Ibicuí-BA, onde dos 310 idosos entrevistados, 24,7% dos idosos que viviam sem companheiro apresentaram declínio cognitivo (NASCIMENTO et al., 2015).

Por fim, as doenças respiratórias apresentaram nesse estudo prevalência de 2,59 com significância de <0,01%, estando este resultado associado ao declínio cognitivo em idosos portadores desta enfermidade. Porém, poucos foram os estudos encontrados relacionados a esses valores, pode-se, pois, relacionar este achado ao condicionante de ser as doenças respiratórias debilitantes, progressiva e muitas vezes incapacitante, acarretando sofrimento ao indivíduo, bem como sua família, além das desordens mentais e neurológicas, possivelmente associadas a estas (OMS, 2013).

7 CONCLUSÃO

O estudo da avaliação do desempenho cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental em idosos é capaz de fornecer informações essenciais no âmbito da memória, linguagem, comunicação e raciocínio, englobando o âmbito da cognição e aspectos funcionais da saúde. Esse estudo valeu-se de descobertas usualmente conhecidas, porém pouco trabalhadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Dentre os fatores associados ao risco para declínio cognitivo verificou-se: ser do sexo feminino, separados/divorciados, que frequentaram a escola de quatro a onze anos, que eram alfabetizados e possuíam alguma doença respiratória, indicando o perfil dos idosos que mais frequentemente devem ser avaliados para risco do comprometimento cognitivo.

Perante o exposto, notou-se a necessidade de estudar os principais fatores associados ao declínio cognitivo em idosos, bem como variáveis sociodemográficas e clínicas, buscando com isso no âmbito da Atenção Primária à Saúde avaliar o desempenho cognitivo dos idosos da região adstrita.

Cabe ressaltar ainda que foram identificadas limitações na realização desse estudo no tocante ao acesso as residências dos idosos, sendo possível apenas com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, além da limitada participação dos profissionais de saúde para acompanhamento dessas visitas.

Diante da significativa prevalência das demências na terceira idade e suas notáveis consequências, é primordial e de suma importância que os profissionais da saúde estejam aptos a identificar os indivíduos com potencial risco para desenvolver demência, bem como dispor de mecanismos satisfatórios a identificação precoce da mesma, além de estarem preparados para lidar com pacientes com quadro clínico demencial, pois somente dessa forma, se estará contribuindo na qualidade de vida dos idosos e seus familiares, proporcionando a estes, saúde e bem estar biopsicosociocultural e espiritual.

Acredita-se que o MEEM é um dos principais instrumentos avaliativos no que se refere à avaliação da cognição, principalmente em idosos e que sua utilização possibilita um manejo adequado e apropriado das condições de saúde dos idosos fornecendo subsídios indispensáveis ao atendimento integral, singular e holístico o qual se deve nortear a Atenção Primária à Saúde.

Logo, considera-se os profissionais de saúde peças essenciais no aprimoramento de habilidades e condutas no atendimento ao público idoso, além de atuarem como promotores de medidas preventivas e de manutenção da saúde, utilizando instrumentos capazes de mudar

e melhorar as condições de vida e saúde dos idosos, representando um avanço no cuidado ao idoso, posto que o mesmo torna-se um mecanismo adicional ao estabelecimento do cuidado integral, equânime e singular

Além disso, é imprescindível que mais estudos, investigações e pesquisas sejam desenvolvidos e relacionados ao processo cognitivo em idosos, uma vez que o envelhecimento por si próprio já confere ao ser idoso condicionantes que muitas vezes o impede de realizar suas atividades cotidianas, e, quanto mais cedo for à detecção de possíveis riscos para a cognição, mais rápido e fácil serão os mecanismos aplicados e desenvolvidos a contribuir no bem viver dos idosos e seus familiares.

REFERÊNCIAS

ARGIMON, I. I. L. et al. Gênero e escolaridade: estudo através do miniexame do estado mental (MEEM) em idosos. **Aletheia**, Canoas, v. 38-9, p.153-61, 2012.

ARRUDA, L. M.; AVANSI, T. A. Analfabetismo na terceira idade: pesquisa do analfabetismo em Sinop-MT. **Revista Eventos Pedagógicos**, Mato Grosso, v. 5, n. 2, (11. ed.), p. 435 - 42, 2014.

ASHBY-MITCHELL, K. et al. Life expectancy with and without cognitive impairment in seven Latin American and Caribbean countries. **PLoSOne**, v. 10, 2015.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.821/07**. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm>. Acesso em 13 jun. 2017.

_____. **Guia de Políticas, Programas e Projetos**. População idosa, Governo Federal (2015). I. Muller, Neusa Pivatto, II. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

_____. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Brasília; 1994 [citado 1994 jan. 05]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm>. Acesso em: 21 jun. 2017.

_____. Ministério da saúde agência nacional de saúde suplementar. **Vigitel Brasil 2015 – Saúde Suplementar**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, Brasília - DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Brasília (DF). **Portaria n. 2528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2006b. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília; 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, Brasília, 2007.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília – DF, 2012.

_____. Senado Federal. Secretaria especial de editoração e publicações subsecretaria de edições técnicas. **Estatuto do idoso e normas correlatas**. Brasília (DF): Senado Federal; 2003. Disponível em:
<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>>.
Acesso em 18 Mar. 2017.

BEAUVOIR, S. **A Força da Idade**, Nova Fronteira, 2009.

BERTOLUCCI, P. H. F.; MINETT, T. S. C. **Perda de memória e demência**. In: do PRADO, F. C, RAMOS, J.; DO VALLE, J. R. Atualização terapêutica 2007. 23ª ed. São Paulo, 1994: Artes Médicas, 2007.

BUGNICOURT, J. M. et al. Cognitive disorders and dementia in CKD: the neglected kidney-brain axis. **J. Am. Soc. Nephrol.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 353-63, 2013.

BUSSCHE, H.V. D. et al. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. **BMC. Public. Health.**, v. 11, n. 101, p. 1-9, 2011.

CARDOSO; M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 2, 2009.

CAROLINA, S. F. et al. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 17, n. 3, p. 297-306, 2013.

CARVALHO, A. A. et al. Tabagismo em idosos internados em Instituições de Longa Permanência de Brasília (DF). **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 36, n. 3, p. 339-46, 2010.

CARVALHO, A. A.; GOMES, L.; LOUREIRO, A. L.; BEZERRA, A. J. C. Controle do tabagismo em Instituição de Longa Permanência para Idosos: relato de experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1113-124, 2013.

CARVALHO, M. P. et al. O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-30, 2014.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

CAUDURO, A.; GONÇALVES, A. J.; CAUDURO, M. H. F. Fatores associados a morar sozinho e suas diferenças regionais em idosos residentes de Porto Alegre e Manaus. **Estud. interdisciplinar envelhecer**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 349-65, 2013.

CASSONI, T. C. J. et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE, **Cad. Saúde. Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1708-20, 2014.

CHAVES, A. S. et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos Hipertensos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 545-56, 2015.

CLEMENTE, R. S. G.; RIBEIRO-FILHO, S. T. Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, 2008.

COHEN, A.; ARDERN, C. I.; BAKER, J. Physical activity mediates the relationship between fruit and vegetable consumption and cognitive functioning: a cross-sectional analysis. **Journal of public health**, p. 1–9, 2016.

CORSEUIL et al. Perception of environmental obstacles to commuting physical activity in Brazilian elderly. **Preventive Medicine**, Amsterdã, v. 53, p. 289-92, 2011.

COSTA, M. D.; COSTA, C. J. Catequese e educação dos indígenas na colônia - alguns apontamentos. **Seminário de Pesquisa do PPE**, Universidade Estadual de Maringá, 2009.

CRISPIM, K. G. M. **Condições de vida e saúde, distúrbios da comunicação e fatores associados: inquérito populacional em idosos residentes em Manaus, AM**. 214f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

CUNHA, A. A.; LOURENÇO, R. A. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-9, 2014.

DI NUCCI, F. R. C. F. et al. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 37, n. 2, p. 52-6, 2010.

DIAS, L. D. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa-PB. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 1, p. 86-96, 2012.

DOMICIANO, B. R. et al. Função cognitiva de idosas residentes em instituições de longa permanência: efeitos de um programa de fisioterapia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 57-70, 2016.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, Campos dos Goytacazes – RJ, v. 1, n. 20, p. 107-94, 2012.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 46, n. 6, p. 1494-502, 2012.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011.

FIGUEIREDO, C. S. et al. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. **Braz. J. Phys. Ther.**, v. 17, n. 3, p. 297-306, 2013.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, v.12, p. 189-98, 1975.

GAUTHIER, S. et al. Mild cognitive impairment. **Lancet**, v. 15, p. 1262-269, 2006.

GONÇALVES, M. Psiquiatria na Prática Médica: Disfunções tireoideanas e transtornos psiquiátricos. **Psychiatry Online Brasil.**, v. 16, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano11/prat0511.php>>. Acesso em 14 jul. 2017.

GOULART, D. et al. Tabagismo em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 313-20, 2010.

GRADY, C. Trends in neurocognitive aging. **Nat. Rev. Neurosci.**, v. 13, n. 7, p. 491–505, 2013.

GRITTI, C. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e antecedentes pessoais em reinternados e contribuição da terapia ocupacional. **Cad. Saúde. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 214-19, 2015.

GURIAN, M. B. F. et al. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 2, p. 275-84, 2012.

HOLZ, A. W. et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 880-8, 2013.

HOSEY, G. M. et al. Socioeconomic and demographic predictors of selected cardiovascular risk factors among adults living in Pohnpei, Federated States of Micronesia. **BMC. Public. Health**, v. 14, n. 1, p. 895, 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf>. Acesso em 07 de jul. 2017.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**, Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060**, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/>. Acesso em 20 jun. 2017.

IPM. Instituto Paulo Montenegro. INAF Brasil 2009 - **Indicador de alfabetismo funcional: principais resultados**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.ipm.org.br/download/inaf_brasil2009_relatorio_divulgacao_final.pdf> Acesso em 24 jul. 2017.

KRUG, R. R.; LOPES, M. A.; MAZO, G. Z. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 21, n. 1, 2015.

KELLEY, B. J.; PETERSEN, R. C. Alzheimer's Disease and Mild cognitive impairment. **Neurol. Clin.**, v. 25, p. 577-609, 2007.

KOCHHANN, R. et al. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 88-93, jun., 2009.

KOCHHANN, R. et al. The Mini Mental State Examination: review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. **Dement. Neuropsychol.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 35-41, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642010000100035 . Acesso em 09 de Maio de 2017.

LANA, L. D.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro; v. 17, n. 3, p. 673-80, 2014.

LEITE, C. D. S. M. et al. Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura. **J. bras.Psiquiatr.**, v. 63, n. 1, p. 48-56, 2014.

LISBOA, A. P. A. Z. et al. Análise comparativa entre idosos ex-tabagistas institucionalizados e não institucionalizados quanto à função respiratória, níveis de ansiedade, de depressão e de qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 65-77, 2013.

LOURENÇO, A. R.; VERAS, R. P. Miniexame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

LOURENÇO, R. A. A. Síndrome de Fragilidade no Idoso: Marcadores Clínicos e Biológicos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, 2008.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longo: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha. Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-85, 2012.

LUZ, E. P. et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, 2014.

MACÊDO, A. M. L. et al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta. Paul. Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 358-63, 2012.

MACHADO, J. C. et al. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

- MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 599-608, 2014.
- MARCONI, M. A LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo, Atlas, 2010.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5. Ed. São Paulo, Atlas, 2008.
- MARINHO, V. et al. Tobacco use among the elderly: a systematic review and meta-analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010.
- MARTINS, J. B. et al. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos residentes em zona rural. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n. 3, p. 01-09, 2016.
- MATTA, S. M. et al. Alterações cognitivas na doença renal crônica: uma atualização. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 241-45, 2014.
- MCQUILLAN, R.; JASSAL, S. V. Neuropsychiatric complications of chronic kidney disease. **Nat. Rev. Nephrol.**, v. 6, p. 471-9, 2010.
- MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-876, 2015.
- MELO, N. C. V. et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 139-51, 2016.
- MONTEIRO, C. F. S. et al. Mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 567-72, 2011.
- NASCIMENTO, N. M. R. **Estudo comparativo sobre a prevalência de declínio cognitivo entre dois grupos de idosos**. 2008. 69f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, PUCRS, 2008.
- NASCIMENTO, R. A. S. A. et al. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 64, n. 3, p. 187-92, 2015.
- NASSER, M. T. et al. Assessment of cognitive dysfunction in kidney disease. **Saudi. J. Kidney Dis. Transpl.**, v. 23, p. 1208-14, 2012.
- NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p. 778-92, 2013.
- NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; ARAÚJO, L. F. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 778-92, 2013.

NUNES, D. P. et al. Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 2, p. 1-9, 2015.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, 2010.

NORDON, D. G. et al. Perda cognitiva em idosos. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 11, n. 3, p. 5 -8, 2009.

OLIVEIRA, C. C.; PENA, P.; SILVA, M. Envelhecimento, Memória e Estímulo Cognitivo. **Journal of Aging and Inovation**, v. 4, ed. 2, 2015.

OLIVEIRA, M. F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2191-198, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. WHO/FWC/ALG/15.01, 2015.

ORTIZ, G. G. et al. Prevalence of cognitive impairment and depression among a population aged over 60 years in the metropolitan area of Guadalajara, Mexico. **Curr. Gerontol. Geriatr.**, p. 1-6, 2012.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: síntese de indicadores 2009**. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtml>> . Acesso em 11 jul. 2017.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 893-908, 2015.

PÉREZ-DIAS, L. A.; CALERO, M. D.; NAVARRO-GONZÁLEZ, E. Prediction of cognitive impairment in the elderly by analysing their performance in verbal fluency and in sustained attention. **Revista de Neurologia**, v. 56, n. 1, p. 1-7, 2013.

PETERSEN, R. C. Mild cognitive impairment. **57Th Annual Meeting of the American Academy of Neurology**, April 9-16, p. 9-28, 2005.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, 2011.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-498, 2015.

PITANGUI, A. C. R.; SILVA, R.G.; ARAÚJO, R. C. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 619-26, 2012.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>> Acesso em 16 jun. 2017.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 65-79, nov., 2009.

REBOLO, M. C. G. T. **A relação entre a reserva cognitiva e os mecanismos cognitivos no envelhecimento normal**. 2015. 80f. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Neuropsicologia, Lisboa, 2015.

ROSSET, I. et al. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 10, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 6ª ed., 2006.

SÁNCHEZ, J. M. V.; PALMA, M. R. Prevalenciadel deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. **Gerokomos**, v. 21, n. 4, p. 153-7, 2010.

SANTO, F. H. E.; GÓES, P. M. F.; CHIBANTE, C. L. P. Limites e possibilidades do idoso frente à aposentadoria. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p.323-35, 2014.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 2, p. 1135-145, 2014.

SANTOS, A. A. et. al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Rev. bras. Enferm.**, v. 66, n. 3, p. 351-57, 2013.

SANTOS, K. T. et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p. 1023-28, 2011.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1035-9, 2010.

SCAZUFCA, M. et al. Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in a community with low socioeconomic status. **European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience**, v. 259, n. 1, p. 8-15, 2009.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-19, 2011.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, M. A. et al. Prevalência de incontinência urinária e fecal em: estudo em instituições de longa permanência para idosos. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 249-61, 2016.

SOUZA, J. G. S. et al. Miniexame do estado mental: capacidade psicométrica e formas de avaliação. **Rev. APS.**, v.17, n. 1, p. 101- 05, 2014.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de porto alegre, Brasil. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. 3.ed. Champaign: Human Kinetics, 1996.

TOMBAUGH, T. N.; MCINTYRE, N.J. The mini-mental examination: a comprehensive review. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 40, p. 922-35, 1992.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. A.; MORAES, C. L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2953-62, 2011.

VALENZUELA, M. J.; SACHDEV, P. Brain reserve and dementia: A systematic review. **Psychological Medicine**, v. 36, n. 4, p. 441–54, 2006.

VALLE, E. A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 918-26, 2009.

VERNY, C. et al. Prevalence of cognitive decline and associated factors in elderly type 2 diabetic patients at inclusion in the GERODIAB cohort. **Eur. Geriatr. Med.**, v. 6, n. 1, p. 36-40, 2015.

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva, 2014. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2014/action-on-ncds/en/> >. Acesso em 12 jul. 2017.

WHO. World Health Organization. **Who Report on the Tobacco Epidemic**. 2011. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/ Acesso em 13 jul. 2017.

ZORTEA, B. et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. **Rev. Rene.**, v. 16, n. 1, p. 123-31, 2015.

APÊNDICE I – Caracterização Sociodemográfica e Clínica do Idoso

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO IDOSO	
Entrevista	
Questionário nº	
Dados de Identificação	
Sexo: M () F ()	Naturalidade (UF):
Você é brasileiro? () Sim () Não	
Estado civil: () Casado/união estável () Viúvo () Separado ou divorciado () solteiro	
Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Sem religião () Outra	
Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico	
- Ocupação e Renda -	
Você está trabalhando atualmente?	() sim () não
Você é aposentado?	() sim () não
Qual a renda familiar?	
- Moradia -	
Mora sozinho?	() sim () não
Mora acompanhado?	() sim () não
Se sim, especifique grau de parentesco:	Esposo (a) Filho (a) Netos (as) Irmã (ão)
- Escolaridade -	
Você frequentou a escola?	() sim () não
Se sim, quantos anos de estudo concluído?	() 1-4 anos () 5-8 anos () 9-11 anos () 12 anos ou +
Nível de alfabetização:	() analfabetizado () alfabetizado

Perfil Clínico	
Hábitos / Estilo de Vida	
- Consumo de Bebida Alcoólica -	
Consome bebida alcoólica?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
- Tabagismo -	
Você fuma atualmente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
- Atividade Física -	
Você pratica atividade física?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Qual atividade física pratica:	<input type="checkbox"/> caminhada <input type="checkbox"/> hidroginástica <input type="checkbox"/> aeróbica <input type="checkbox"/> bicicleta <input type="checkbox"/> outros:
Frequência:	<input type="checkbox"/> 1x/semana <input type="checkbox"/> 2-3x/semana <input type="checkbox"/> 4-7x/semana <input type="checkbox"/> nunca
Tempo de atividade:	<input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 40 minutos <input type="checkbox"/> 50 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos
-Continência esfincteriana-	
Você tem perda de urina ou fezes ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
-História Clínica-	
Você tem algum problema de saúde?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Se sim, qual?	
<input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Doença cardíaca	
<input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças parasitárias	
<input type="checkbox"/> Doenças respiratórias <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Doenças osteoarticulares	
<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Obesidade	
<input type="checkbox"/> Doenças renais <input type="checkbox"/> Doenças da tireoide <input type="checkbox"/> Incontinência	
<input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Dislipidemia	
<input type="checkbox"/> AVE prévio <input type="checkbox"/> Imobilidade <input type="checkbox"/> Outras comorbidades:	

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção primária”, a ser desenvolvida no curso de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Doutora em Enfermagem, sendo de responsabilidade das pesquisadoras Dra. Sônia Maria Soares e a doutoranda Fabiana Ferraz Queiroga Freitas.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas para coleta de dados sociodemográficos e clínicos, submissão à aplicação de escalas para registro da fragilidade e das alterações na cognição, humor, mobilidade e comunicação. Os riscos a pesquisa envolvem a exposição de idéias que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade. Se você aceitar participar, estará contribuindo para o planejamento de ações de saúde a fim de possibilitar uma melhor assistência à saúde da pessoa idosa frágil.

Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa visto que a coleta de dados ocorrerá em domicílio e também não receberá nenhuma remuneração. Em caso de dano pessoal diretamente causado pela pesquisa, o pesquisador se responsabilizará pelas despesas nos termos da lei. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na “Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - EEUFMG”, e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos na sala 219 da EEUFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

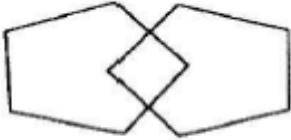
Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

ANEXO I – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM	
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS
1) Que dia é hoje? (1 Ponto)	
2) Em que mês estamos? (1 ponto)	
3) Em que ano estamos? (1 ponto)	
4) Em que dia da semana estamos? (1 ponto)	
5) Qual a hora aproximada? (1 ponto) * (considerar variação de mais ou menos 1h)	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	
6) Em que local nós estamos? (1 ponto) *(consultório, dormitório – apontando para o chão)	
7) Que local é este aqui? (1 ponto) *(apontando ao redor num sentido mais amplo – hospital, casa...)	
8) Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (1 ano)	
9) Em que cidade nós estamos? (1 ponto)	
10) Em que país nós estamos? (1 ponto)	
MEMÓRIA IMEDIATA	
11) Repita as palavras: carro (1 ponto); vaso (1 ponto); tijolo (1 ponto) (se houver erros, repetir as palavras até três vezes)	
CÁLCULO: subtração de setes seriadamente	
12) $100-7=$ ____ (1 ponto) 13) $93-7=$ ____ (1 ponto) 14) $86-7=$ ____ (1 ponto)	
15) $79-7=$ ____ (1 ponto) 16) $72-7=$ ____ (1 ponto) 65	
(se houver erros, corrija-o e prossiga. Considera correto se o paciente se autocorrigir)	
EVOCAÇÕES DAS PALAVRAS	
17) Quais são as palavras que o Sr.(a) acabou de repetir? _____ (carro/vaso/tijolo (1ponto para cada palavra)	
NOMEAÇÃO	
18) Qual o nome desses objetos? Mostrar o relógio (1 ponto) e a caneta (1 ponto)	
REPETIÇÕES	
19) Por favor, repita a frase “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto se a repetição for perfeita)	
20) Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e devolva-o para mim (1 ponto) (não dar dica para o entrevistado)	
21) Escreva em um papel “Feche os Olhos” Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la. (1 ponto)	
22) Escreva uma frase. (1 ponto)	

(alguma frase que tenha começo meio e fim, para a correção não considerar erros gramaticais ou ortográficos).	
23) COPIA DO DESENHO (1 ponto)	
	
TOTAL	

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62429616.0.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.870.226

Apresentação do Projeto:

Estudo analítico correlacional de corte transversal para analisar os fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da Atenção Primária (APS), conduzido na abordagem quantitativa. Serão 307 idosos com 65 anos ou mais cadastrada nas 2.972 APS do município de Pombal, Paraíba.

Na descrição do projeto, as necessidades de saúde da pessoa idosa, a fragilidade se apresenta como indicador da atenção à saúde, pois sua existência pode levar a pessoa idosa a intensificar seus problemas de saúde e incapacidades, enfrentar condições súbitas, ampliando os riscos para institucionalização, abandono e até antecipação da morte.

Na metodologia, será realizada capacitação de acadêmicos, bolsistas de iniciação científica voluntários, que integram o campus do Centro de Formação de Professores – CFP. Os dados serão coletados nos domicílios dos idosos com a aplicação dos instrumentos sociodemográficos e clínicos, submissão a aplicação de escalas para registro da fragilidade e das alterações na cognição, humor, mobilidade e comunicação. Será realizado levantamento dos dados comportamentais, a partir do domínio da cognição, humor, mobilidade e comunicação. Será realizada, por fim, uma análise espacial da distribuição dos idosos frágeis na RAS do município de Pombal. Os dados coletados serão codificados, processados em software estatístico e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para análise espacial serão selecionados os idosos

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005
 Bairro: Unidade Administrativa III CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.870.226

frágeis e em risco de fragilização, será determinada a dependência espacial, relação entre as ocorrências que depende da distância por meio de investigação da intensidade pontual do evento utilizando-se o método de suavização de Kernel. Para visualização e análise da distância entre as residências dos Idosos e os serviços de atenção à saúde será construído Mapas de Fluxo.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos no projeto:

Objetivo Primário: Analisar os fatores associados à fragilidade em Idosos no contexto da Atenção Primária do município de Pombal, Paraíba.

Objetivo Secundário: Caracterizar os Idosos segundo variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais; Estimar a prevalência de Idosos frágeis por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF 20); Analisar associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais com a fragilidade; Verificar a localização espacial dos Idosos em situação de fragilidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos no projeto:

Riscos: Os riscos da pesquisa envolvem a exposição de Idéias que podem causar constrangimentos, desconforto, recelo ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade.

Benefícios: O desenvolvimento desta pesquisa trará inúmeros benefícios para o planejamento de ações de saúde a fim de possibilitar uma melhor assistência à saúde da pessoa Idosa frágil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de doutorado do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Relevante na área da saúde, com metodologia bem delineada, atende os quesitos éticos da Resolução CNS 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada.
- Parecer aprovado do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, em 08/11/16.
- Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pombal, em 01/11/16.
- Projeto completo.
- Instrumentos que serão aplicados.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.870.228

- TCLE apresentado como carta convite, assegurando a voluntariedade, e a desistência a qualquer momento do projeto, sem qualquer prejuízo. Informaram sobre os Instrumentos de coleta de dados, o armazenamento, o benefício e os contatos dos pesquisadores e do Coep-UFGM. Descreve: "Os riscos a pesquisa envolvem a exposição de idelas que podem causar constrangimentos, desconforto, receio ou ansiedade durante a coleta de dados, porém, esses riscos serão minimizados visto que aos participantes serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto da identidade."

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFGM recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_831571.pdf	25/11/2016 10:42:30		Aceito
Outros	ParecerCamara.pdf	25/11/2016 10:40:02	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	25/11/2016 10:34:27	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	24/11/2016 10:41:03	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	instrumento.pdf	24/11/2016 10:36:10	Sônia Maria Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.pdf	24/11/2016 10:36:09	Sônia Maria Soares	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.870.228

Ausência	TCLE.pdf	24/11/2016 10:36:09	Sônia Maria Soares	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	24/11/2016 10:35:26	Sônia Maria Soares	Acelto
Outros	624296160parecer2.pdf	16/12/2016 09:53:50	Vivian Resende	Acelto
Outros	624296160aprovacao.pdf	16/12/2016 09:54:40	Vivian Resende	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SII 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO III – Termo de Anuência**PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL****TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada **“FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE EM IDOSOS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA”** que será realizada pela pesquisadora *Fabiana Ferraz Queiroga Freitas* sob orientação da Prof.^a Dra. Sônia Maria Soares, o qual terá apoio da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Igualmente, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Pombal-PB, sob CNPJ: 10.602.526/0001-03 fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Pombal, 01 de novembro de 2016


Rosilene Oliveira, Freitas Pereira de Queiroga
Secretário de Saúde

Rosilene Oliveira F. Pereira de Queiroga
Matricula: 578921
Secretária Municipal de Saúde

