

Márcia Cristina Souza dos Santos

Avaliação do déficit cognitivo e sua relação com características sociodemográficas, com condições de saúde e com o estilo de vida de pessoas idosas atendidas na Atenção Básica no município de Jacareí, São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

**Márcia Cristina Souza dos Santos**

Avaliação do déficit cognitivo e sua relação com características sociodemográficas, com condições de saúde e com o estilo de vida de pessoas idosas atendidas na Atenção Básica no município de Jacareí, São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração: Gestão e Práticas de Saúde**

**Orientadora: Prof. Dra Tereza Etsuko da Costa Rosa**

São Paulo  
2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Santos, Márcia Cristina Souza  
Estudo da prevalência do déficit cognitivo em pessoas idosas  
Atendidas na Atenção Básica no município de Jacareí, São Paulo/  
Márcia Cristina Souza Santos  
79p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em  
Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria  
de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde  
Orientadora: Tereza Etsuko da Costa Rosa

1.Idoso 2.Déficit cognitivo 3.Demência I.Título.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Tereza Rosa, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

Às auxiliares de enfermagem Solange, Natália, Synira e Maria Auxiliadora, que contribuíram bravamente na construção deste trabalho.

Ao secretário de saúde, Antonio de Moraes, por apoiar a execução deste trabalho, compartilhando comigo o olhar digno e humano que deve ser dispensado aos idosos.

## RESUMO

**Objetivos:** Considerando-se o intenso crescimento da proporção de idosos e a relevância de estudos de condições crônicas como a demência, que resulta em grau elevado de incapacitação nessa população, objetivou-se analisar a prevalência do déficit cognitivo e a sua associação com outras condições de saúde e com fatores sociodemográficos em idosos atendidos em nível da Atenção Básica de Saúde no município de Jacareí, São Paulo. **Métodos:** Selecionou-se uma amostra de conveniência intencional de 383 idosos da área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde da região central do município estudado. Os dados foram coletados por meio de um questionário que abrangeu características sociodemográficas, do estado de saúde autoreferido e de uso de psicofármacos, além do emprego do Mini-Exame do Estado Mental, da Escala Geriátrica de Depressão e das escalas de Katz e Lawton, respectivamente, para as avaliações do déficit cognitivo, da depressão e da capacidade funcional. Os prontuários dos idosos positivos para o Mini Exame foram analisados quanto à presença de alguma avaliação clínica ou de exames relacionada com o declínio cognitivo anterior ao estudo. **Resultados:** A prevalência de déficit cognitivo na amostra foi de 33,4%, sendo que elevações significativas foram observadas quanto maior a faixa etária e quanto menor a escolaridade, bem como entre os viúvos. De modo significativo, também foram maiores as prevalências de déficit cognitivo quanto pior a capacidade funcional, bem como entre idosos com relato de quedas e com comportamentos considerados negativos do estilo de vida, como não praticar atividade física, ter hábito do fumo e do consumo do álcool, bem como não ter vida sexual ativa e não frequentar centros de convivência. Mais de 90% dos prontuários não mencionaram nenhuma avaliação relacionada ao transtorno cognitivo. **Conclusão:** Atenção insuficiente tem sido ofertada aos idosos com possíveis quadros de declínio cognitivo, dado que altas prevalências no teste de rastreamento foram observadas, principalmente em alguns grupos de idosos, claramente definidos. **Potencial de Aplicabilidade:** Estes achados contribuirão para a justificativa da elaboração do programa municipal de atenção às síndromes demenciais de idosos, que pretende implantar um protocolo de diagnóstico e tratamento do agravo, otimizando os serviços existentes e com o planejamento de educação permanente dos profissionais no manejo da doença com o tratamento com medicamentos e/ou em ações de reabilitação neuropsicológica.

**Palavras-chave:** idoso; déficit cognitivo; demência.

## ABSTRACT

**Objectives:** Considering the sharp increase in elderly proportion and the studies relevance of chronic conditions such as dementia, which results in a high degree of disability in this population, we aimed to analyze the prevalence of cognitive impairment and its association with other health conditions and socio-demographic factors in elderly patients at the level of primary health care in the city of Jacarei, Sao Paulo. **Methods:** We randomly selected a sample of 383 elderly in the area covered by four Basic Health Units in the central municipality. Social-demographic characteristics, self reported health status and use of psychotropic was assessed by questionnaire. The Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale and the Katz and Lawton scales, measured, respectively, the ratings of cognitive impairment, depression and functional capacity. The medical records of elderly positive for the Mini-Mental State Examination were analyzed for the presence of any clinical assessment or examinations related cognitive decline prior to the study. **Results:** The prevalence of cognitive impairment in the sample was 33.4%, with significant raises at the higher age and lower educational level, as well as among widowed. Significantly, we observed higher prevalence of cognitive deficit among worse functional capacity, as well as among the elderly with falls history and lifestyle negative behaviors like no physical activity, smoking habit and alcohol consumption, not sexually active and not attending day centers. Over 90% of records did not mention any assessment related to cognitive impairment. **Conclusion:** Insufficient attention has been offered to the elderly with possible frameworks of cognitive decline, since high prevalence in the screening test were observed, especially in some groups of elderly, clearly recognized. **Potential of Applicability:** These findings contributed to justify the elaboration of municipal program of care for dementia in seniors that plans to implement a protocol for diagnosis and treatment of this disease, optimizing existing services and with the planning of continued education of professionals in disease management with medication treatment and/or in neuropsychological rehabilitation.

**Keywords:** elderly; cognitive deficits; dementia

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	5
<b>ABSTRACT</b> .....	6
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1 PERFIL NEUROPSIQUIÁTRICO DO IDOSO .....	9
1.2 DO COMPROMETIMENTO LEVE A DEMÊNCIA.....	11
1.3 AVALIAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO.....	17
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
2. 1 OBJETIVO GERAL.....	21
2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3 MÉTODOS</b> .....	22
3. 1 LOCAL DO ESTUDO .....	22
3. 2 DELINEAMENTO, POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	23
3. 3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	25
3.4 CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A COLETA DOS DADOS .....	26
3. 5 COLETA DE DADOS .....	26
3. 6 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS .....	28
3. 7 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3. 8 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<b>4 RESULTADOS</b> .....	31
4. 1 PERFIL SOCIOECONÔMICO.....	28
4. 2. PERFIL DE SAÚDE .....	33
4. 3. PERFIL DO ESTILO DE VIDA .....	35

4. 4. RELAÇÃO ENTRE DÉFICIT COGNITIVO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DE ESTILO DE VIDA .....	37
4. 5. ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DOS CASOS POSITIVOS DE DEMÊNCIA.....	42
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>49</b>
6. 1 PROPOSTA DE AÇÕES E DE CUIDADOS AO TRANSTORNO COGNITIVO.....	51
6. 1. 1 Ações de Prevenção .....	52
6. 1. 2 Rastreamento.....	53
6. 1. 3 Fatores de risco .....	53
6. 1. 4 Diagnóstico .....	54
6. 1. 5 Plano de cuidados.....	55
6. 1. 6 Formação dos Recursos Humanos.....	55
6. 1. 7 Rede de Atenção Integrada à Saúde .....	57
<b>7 REFERÊNCIAS .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>68</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 PERFIL NEUROPSIQUIÁTRICO DO IDOSO

Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a “Era do Envelhecimento”. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado destacando a ONU que enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123% (SIQUEIRA 2002).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimou em 2012 que no Brasil a população idosa soma 24,8 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas (IBGE 2012). Segundo o IBGE, estimativas indicam que, em 2025, o Brasil terá cerca de 34 milhões de pessoas acima de 60 anos, sendo o país com a sexta maior população de idosos em todo o mundo (IBGE 2002).

Esta impressionante e rápida mudança do perfil populacional não só tende a aumentar a importância das doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplásicas como causa de mortalidade e morbidade da população, mas, também, traz para o topo da lista de prioridades questões própria dos idosos, como a convivência com deficiências, diabete, osteoporose e fraturas, bem

como a doença de Alzheimer e outras demências (ALMEIDA 1999, ZAGO 2002).

Às doenças crônicas e degenerativas podem advir sequelas que podem comprometer o nível de independência desta população. Alguns estudos estimam que 13% dos indivíduos entre 64 e 74 anos, 25% dos entre 75 e 84 anos e 46% daqueles acima de 85 anos apresentam algum tipo de incapacidade. Fatores neuropsiquiátricos como demência e depressão estão entre os transtornos médicos que mais comprometem a qualidade de vida dos idosos (FORLENZA 1997).

No entanto, a maioria dos quadros de dependência desta população está associada às condições crônicas que podem ser adequadamente manipuladas fora de instituições (hospitais ou instituições asilares). (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

Dentre as doenças de caráter crônico, a demência é uma das mais importantes causas de morbimortalidade e, hoje é o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número. As estimativas dessa condição crônica apontam, com o envelhecimento, um aumento na incidência anual da ordem de 0,6%, na faixa dos 65-69 anos e 8,4% naqueles com mais de 85 anos; sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5% entre os maiores de 60 anos, para 20% naqueles com idade superior a 80 anos. (MACHADO 2007)

Depressão é outro transtorno mental frequente entre idosos, com taxas de prevalência variando entre 5% e 35% de acordo com o nível de gravidade da depressão (ALMEIDA 1999). A depressão tem sido associada com o declínio funcional, hospitalização, admissão em instituições asilares, além de

estar relacionada a um risco elevado de suicídio e aumento da mortalidade em idosos. A alta prevalência dessa afecção se deve a uma somatória de fatores, tais como a presença de múltiplas enfermidades crônicas, em destaque, a doença de Parkinson e o acidente vascular cerebral, a dependência funcional, o uso de medicações predisponente (por exemplo, propranolol, alfa-metildopa, cinarizina, entre outras), as mudanças no papel social (associadas à diminuição da renda, preconceito social, isolamento) e perda de entes queridos (ALMEIDA 1999).

## 1. 2 DO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE (CCL) À DEMÊNCIA

A cognição envolve todo o funcionamento mental como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Embora com o envelhecimento ocorram mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios, estes prejuízos não chegam a afetar a vida cotidiana dos idosos e seus familiares. Para um grande número de idosos, as capacidades cognitivas permanecem preservadas, embora se torne mais difícil armazenar e recuperar informações. Existe grande variabilidade intra e interindividual no funcionamento cognitivo com avanço da idade, sendo possível o declínio em áreas diferentes e até mesmo o aperfeiçoamento em outras (RABELO 2009).

A etiologia mais comum é a que se relaciona ao Mal de Alzheimer (cerca de 50% dos pacientes), seguida pelas causas vasculares (presente em 20% dos portadores) e outras doenças degenerativas que configuram as demências

de causas irreversíveis. As causas potencialmente reversíveis (totalizam apenas cerca de 5% dos casos) devem ser descartadas e incluem as tireoidopatias, a deficiência de vitamina B<sup>12</sup>, a hipercalcemia, sífilis, infecção urinária, o hematoma subdural, as lesões neoplásicas do sistema nervoso central, a hidrocefalia de pressão normal e o uso de determinados medicamentos (ANGHINAH 2006).

O comprometimento cognitivo leve (CCL) ou declínio cognitivo leve (DCL) é o estado clínico no qual o indivíduo queixa-se de prejuízo do funcionamento cognitivo (geralmente da memória), confirmado por um informante, sempre que possível, e que apresenta alterações à avaliação neuropsicológica, porém sem impedir que o mesmo execute as suas atividades de vida diária (ANGHINAH 2006).

Pessoas com DCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas mais da metade progride para uma demência dentro de cinco anos. Sendo esta condição um estado de risco para demência, sua identificação pode levar a uma prevenção secundária pelo controle dos fatores de risco associados (RABELO 2009).

O comprometimento cognitivo leve ou declínio cognitivo leve passou a ser denominado transtorno cognitivo leve (TCL) e foi incluído no CID-10 (OMS 1993) e passou a ser aplicado a estes pacientes que apresentam déficit cognitivo, usualmente acompanhado de anormalidades em testes neuropsicológicos, mas que não chegam a preencher critérios diagnósticos para demência. O conceito subjacente ao termo TCL foi introduzido desde 1962 por Kral, tendo sido estudado por vários pesquisadores nos últimos 30 anos (BOTTINO e col 1998). Sua importância pode ser avaliada através de

estudos nos quais foi observada uma incidência aumentada de demência no seguimento de sujeitos com diagnóstico de TCL (BOTTINO e col 1998). Portanto, o estudo de sujeitos com TCL pode auxiliar na identificação de indivíduos com risco aumentado de desenvolver demência.

A demência é uma enfermidade crônica não transmissível, que usualmente apresenta início insidioso e é caracterizada pelo comprometimento de duas ou mais funções cognitivas, sendo uma delas, obrigatoriamente, a memória. A demência induz à deterioração funcional e interfere no trabalho e no desenvolvimento psicossocial do idoso, uma vez que aparecem mudanças no comportamento ou na personalidade. O grau de incapacidade aumenta com o avanço do declínio cognitivo (MACHADO 2007).

Dessa forma, a demência se constitui, pois, em uma síndrome de disfunção adquirida, persistente e que compromete vários domínios da função intelectual, incluindo, não apenas a memória, mas também a linguagem, a capacidade visual-espacial e cognitiva.

A 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a IV edição do *Manual of Mental Disorder* (DSM-IV) indicam que o diagnóstico de demência baseia-se principalmente na presença de declínio da memória e de outras funções corticais superiores como linguagem, praxia (ação motora voluntária), capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento.

Entretanto, o diagnóstico da doença de Alzheimer é um processo de exclusão e eminentemente clínico. Segundo a Portaria nº 843 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer, publicada em 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002), revogada pela portaria

491, de 23 de setembro de 2010 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010), que por sua vez foi revogada pela portaria 1298, de 21 de novembro de 2013 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013), a doença de Alzheimer se classifica segundo os seguintes critérios:

Critérios para o diagnóstico clínico de *provável* doença de Alzheimer:

- a. presença de demência estabelecida por teste objetivo;
- b. prejuízo da memória e de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem ou percepção, por exemplo);
- c. piora progressiva da sintomatologia;
- d. ausência de distúrbio do nível de consciência;
- e. início entre 40 e 90 anos de idade, mas mais frequentemente após os 65 anos;
- f. ausência de distúrbios sistêmicos e/ou outra doença do SNC que poderiam acarretar déficit cognitivo progressivo (demência), como por exemplo hipotireoidismo.
- g. O diagnóstico *provável* é apoiado por:
  - g.1) deterioração progressiva de funções cognitivas como linguagem (afasia), habilidades motoras (apraxias) e percepção (agnosias);
  - g.2) atividades do dia-a-dia prejudicadas e padrão de comportamento alterado;
  - g.3) história familiar de “demência”, particularmente se confirmada por exame anatomopatológico;
  - g.4) exames complementares normais (EEG, TCC, RM) ou com alterações inespecíficas (ex. EEG com lentificação, TCC com atrofia difusa);

- g.5) evidência documentada de progressão da atrofia cerebral.
- h. Outros achados clínicos consistentes com *provável* DA, após exclusão de outras causas de demência:
  - h.1) Platô no curso da doença;
  - h.2) Sintomas associados de depressão, insônia, incontinência, ilusões, surtos de descontrole (verbal, emocional ou física), mudanças no comportamento sexual, e perda de peso;
  - h.3) Aparecimento de outras alterações neurológicas em fase avançada da doença (alterações motoras como aumento do tônus muscular, alterações da marcha, entre outras.).

Critérios para diagnóstico de *possível* DA:

- a. Feito com base na síndrome demencial, na ausência de outras alterações neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas, suficientes para produzir demência mesmo que em presença de variações de apresentação do início ou do curso clínico;
- b. Pode ser feito na presença de uma segunda alteração sistêmica ou cerebral suficiente para produzir demência, mas não considerada causa do quadro demencial presente;
- c. Pode ser usado em investigações, quando um único e gradual déficit cognitivo severo é documentado na ausência de outras causas identificáveis.

Critérios para diagnóstico de doença de Alzheimer *definitiva*:

- a. Preenchimento dos critérios de *provável* DA com comprovação por histopatologia de tecido cerebral por biópsia ou autópsia.

As pesquisas têm progredido na compreensão dos mecanismos que causam a doença e no desenvolvimento das drogas para o tratamento, mas até o momento, não existe cura para a Doença de Alzheimer. Os avanços da medicina têm permitido que os pacientes tenham uma sobrevida maior e uma qualidade de vida melhor, mesmo na fase grave da doença. Os objetivos dos tratamentos são aliviar os sintomas existentes, estabilizando-os ou, ao menos, permitindo que boa parte dos pacientes tenha uma progressão mais lenta da doença, conseguindo manter-se independentes nas atividades da vida diária por mais tempo. Os tratamentos indicados podem ser divididos em farmacológicos (estabilizadores da doença e sintomáticos) e não farmacológicos (estimulação cognitiva, social e física). O tratamento não farmacológico auxilia na manutenção das habilidades de vida diária, bem como estimula a atuação neuronal do indivíduo. (ABRAZ 2013).

Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5% entre aqueles com mais de 60 anos para 20% aqueles com idade superior a 80 anos. A incidência anual de demência também cresce sensivelmente com o envelhecimento, de 0,6% na faixa dos 65-69 anos para 8,4% naqueles com mais de 85 anos. É fundamental, portanto, que os profissionais de saúde mental estejam capacitados para diagnosticar e monitorar a evolução dos sintomas desses pacientes. (ALMEIDA 1998)

Os familiares ou a pessoa que zela pelo idoso nem sempre conseguem identificá-las, pois são complexas e progressivas, e muitas vezes consideradas “normais” na velhice. A falta do diagnóstico pode não só aumentar os danos à

saúde mental e ao bem-estar do idoso, como também trazer riscos de acidentes com medicamentos, no ambiente doméstico ou fora dele.

Nesse sentido, faz-se necessário que os profissionais da saúde conheçam e saibam diagnosticar os sintomas dessas enfermidades, bem como se comprometam e sejam capazes de desenvolver ações efetivas que promovam a melhoria na qualidade de vida dos idosos no âmbito individual e coletivo (MACHADO 2007).

Tendo em vista os fatores de risco para a progressão de uma demência, ou mesmo o comprometimento psicossocial que tal doença acarreta, devemos considerar que os profissionais de saúde devem monitorar de perto os indivíduos que se encontram nestas condições e aqueles com declínio cognitivo leve. Existem evidências suficientes, indicando que uma intervenção planejada é benéfica na prevenção do declínio cognitivo (MACHADO 2007).

### 1. 3 AVALIAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO

O processo diagnóstico do comprometimento cognitivo leve, bem como da demência abrange várias etapas. Em primeiro lugar, leva-se em consideração a queixa do paciente (ou de seu conhecido) sobre o seu funcionamento cognitivo, que normalmente trata-se de alteração de memória. Neste caso, é realizada uma avaliação clínica cuidadosa incluindo anamnese detalhada, exames físico e neurológico. Se na avaliação da história de vida e do estado mental não forem observados critérios de demência, mas há

alteração da cognição sem comprometimento no desempenho de atividades de vida diária, então a possibilidade é de CCL. Nesse processo, o médico avalia a causa ou etiologia subjacente, mediante testes e exames laboratoriais, exame físico geral ou neurológico e exames de neuroimagem que possibilitam maior acurácia no diagnóstico diferencial. Assim, a abordagem de indivíduos com maior risco de demência (como é o caso de idosos) deve incluir sempre a avaliação das funções cognitivas. (ALMEIDA 1998, RABELO 2009).

Uma das características da demência é que ela interfere de forma significativa com a capacidade funcional do paciente no dia a dia. As atividades básicas da vida diária (AVD) representam funções fundamentais para uma vida independente, tais como vestir-se e tomar banho, enquanto as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) são mais complexas, tais como utilizar o telefone, cuidar dos afazeres domésticos e controlar as finanças. Portanto, a capacidade do idoso para executar atividades que lhe permitam cuidar de si e ser independente em seu meio é avaliada por instrumentos que avaliam a capacidade de realizar as AVD ou atividades básicas de vida diária e AIVD ou atividades instrumentais de vida diária (ALMEIDA 1999)

Assim sendo, a incapacidade de efetuar tais tarefas configuram alto grau de dependência o que determinará os tipos de cuidados que serão necessários para o atendimento do idoso. Além disso, é fundamental a avaliação funcional deste idoso para o planejamento de ações de saúde tanto para a família quanto para os programas de saúde.

Em suma, a avaliação neuropsicológica das funções cognitivas seguida da análise da queixa principal, geralmente déficit de memória e exames diagnósticos abrange a avaliação da atenção, linguagem, memória, capacidade

visuomotora e funções executivas. Escalas como CAMCOG (Avaliação Cognitiva de Cambridge), Blessed, ADAS-cog (Escala de avaliação cognitiva da doença de Alzheimer), e o MMSE (Mini-Exame do Estado Mental) são exemplos de instrumentos comumente utilizados com esse objetivo. Entre essas escalas, o MMSE é seguramente a escala mais amplamente utilizada em todo o mundo. (ALMEIDA1998).

O Mini-Exame do Estado Mental é um teste de rastreamento e permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo. Este é composto por uma avaliação objetiva da orientação, memória, cálculo e linguagem. Funciona como indicador de déficit cognitivo. Esta é a escala mais citada e amplamente utilizada na avaliação de declínio cognitivo em idosos. Este teste é utilizado individualmente em pesquisas com idosos institucionalizados ou residentes na comunidade. (BERTOLUCCI e col 1994, BRUCKI e col 2003)

A Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA) também é um instrumento de triagem cognitiva breve mais sensível que o MMSE nos casos de comprometimento cognitivo leve que normalmente progride para a demência. O MoCa demonstrou uma sensibilidade de 84,1% nos casos de comprometimento cognitivo leve (CCL) e 100% nos casos de demência, contra os valores de 9,9% nos casos de CCL e 56,2% nos casos de demência com a aplicação do MMSE (FREITAS 2010).

Existem outros testes mais complexos como o CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*) composto por uma bateria neuropsicológica utilizada para avaliação da doença de Alzheimer (BERTOLUCCI e col. 2001). Inclui o Mini-exame do estado mental e testes que avaliam a memória (fixação, evocação e reconhecimento), a linguagem

(nomeação e fluência verbal), a praxia (cópia de desenhos) e função executiva (teste de trilhas). Temos também o teste do relógio aplicado na avaliação cognitiva.

Outra escala amplamente utilizada para avaliar a gravidade do quadro demencial é o Escore Clínico da Demência (CDR). A escala foi originalmente desenvolvida por Leonard Berg (BERG 1984) e tem como objetivo avaliar o nível de comprometimento em seis categorias funcionais: memória, orientação, juízo e resolução de problemas, assuntos comunitários, atividades domésticas e *hobbies* e cuidado pessoal. (ALMEIDA 1999)

Além disso, há outros testes de avaliação cognitiva como Teste do Relógio que consiste em solicitar ao paciente que desenhe um relógio, em seguida que coloque os ponteiros às 2:45 horas. Tal teste visa avaliar as habilidades visuo-espaciais e construcionais. Assim como o Teste de Fluência Verbal que avalia a semântica pré-definida através da solicitação ao paciente da enumeração em 1 minuto cronometrado do número máximo de nome de animais evocados pela memória do paciente (AZAMBUJA 2007).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a prevalência do déficit cognitivo em pessoas com 60 anos ou mais atendidas em quatro Unidades Básicas de Saúde na região central do município de Jacareí, São Paulo.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a associação entre déficit cognitivo e variáveis sócio demográficas (sexo, situação conjugal, idade, escolaridade, cor, renda familiar).
- Verificar a associação entre déficit cognitivo e doenças crônicas degenerativas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, entre outras.
- Verificar a associação entre déficit cognitivo e depressão.
- Verificar a associação entre déficit cognitivo e o uso de medicamentos.
- Verificar, com base nos registros de prontuários de pacientes considerados positivos para o déficit cognitivo, a proporção de avaliações do agravo em idosos atendidos nas unidades de atenção básica.

### 3 MÉTODOS

#### 3. 1 LOCAL DO ESTUDO

O município de Jacareí, localizado no Vale do Paraíba Paulista contava, segundo a Fundação SEADE (2011), com aproximadamente 213.155 habitantes, entre os quais em torno de 23.486 pessoas tinham 60 anos ou mais (11,01% da população total).

O município conta com uma rede de saúde composta por dois hospitais filantrópicos (Santa Casa de Misericórdia e Hospital São Francisco de Assis, o primeiro, hospital geral e o segundo, maternidade e com serviços de oncologia) e 17 Unidades Básicas de Saúde, das quais 8 estão vinculadas ao Programa de Saúde da Família (PSF), 4 compartilham a infra estrutura com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 12 horas e uma unidade abriga uma UPA 24 horas. Conta também com um CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial) de atendimento a pacientes com uso abusivo de álcool e droga, um CAPS- II, para pacientes psiquiátricos mais complexos, bem como um centro de especialidades, o Serviço Integrado de Medicina (SIM).

No que tange à atenção específica a idosos, Jacareí possui dois centros de convivência (Reflorir – entidade filantrópica com parceria pública e Viva a Vida- autarquia pública). Conta, também, com três instituições de longa permanência com parceria pública e organizações sociais (Lar das Acácias – parceria com a Maçonaria; Lar Frederico Ozanan – parceria com a Pastoral

São Vicente de Paula (vicentinos) e Lar Amor e Caridade – parceria com os Rotarianos). A entidade Amor e Caridade possui parceira com a Secretaria de Assistência Social do município na manutenção do sistema Casa-dia e /ou Albergue, sistema onde 11 idosos permanecem na instituição durante o dia e retornam aos seus lares à noite; bem como albergam idosos sem família ou de passagem pelo município por um período de 60 dias para melhora das condições de saúde.

Apesar desses atendimentos aos idosos, não existe no município uma política de atenção ao idoso, nem ações ou programas integrais e integrados de atenção à saúde do idoso.

### 3. 2 DELINEAMENTO, POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Tratou-se de um inquérito numa amostra de conveniência intencional, de corte transversal e analítico. Considerando-se uma prevalência que varia entre 5% a 20% de déficit cognitivo, relatada em diversos estudos brasileiros (ALMEIDA, 1998), definiu-se uma amostra de 400 pessoas com 60 anos ou mais, usuários de quatro unidades básicas de saúde, localizadas na área central do município de Jacareí.

Com o intuito de conferir à amostra uma boa representatividade populacional do município as unidades de saúde foram selecionadas de acordo com o porte e antiguidade de estabelecimento da unidade, bem como pelo conhecimento prévio do perfil socioeconômico diversificado da população de

cobertura. As modalidades dessas unidades básicas eram as seguintes: 1 Unidade Básica de Saúde, 2 Unidades de Saúde Mista (atenção básica e pronto atendimento 12 horas de funcionamento) e 1 Unidade do Programa Saúde da Família.

Uma vez definido o conjunto de unidades básicas de saúde, relacionou-se o número médio mensal de pessoas idosas atendidas em cada unidade, definindo-se o número de usuários a ser entrevistado de acordo com a capacidade da unidade (quanto maior a capacidade de atendimentos, maior o número de entrevistas), bem como o período aproximado necessário para completar o total de entrevistas. Os dias para a realização das entrevistas foram escolhidos de acordo com a agenda das respectivas unidades onde haveria maior número de idosos em atendimento. A aleatoriedade dos entrevistados foi proporcionada selecionando-se 1 idoso a cada 3 arrolados em uma lista elaborada com os usuários, possíveis entrevistados, que haviam comparecido à unidade de saúde no dia da realização das entrevistas. As informações estão resumidas no quadro abaixo.

Quadro 1 – Número estimado de idosos atendidos nas unidades, número estipulado para entrevista e número de entrevistas realizadas.

Unidade de Saúde	Número estimado de idosos residentes na área de cobertura da unidade	Número estipulado de entrevistas
USMF JARDIM DO VALE	1377	43
UBS JARDIM DAS INDÚSTRIAS	3253	96
UBS PARQUE SANTO ANTÔNIO	5404	100
UBS PARQUE BRASIL	1789	161
TOTAL	11823	400

### 3. 3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os pacientes idosos, usuários das unidades de saúde, com demência já diagnosticada ou com deficiência auditiva (surdo-mudez) foram excluídos do presente estudo. Também foram excluídos idosos internados, restritos ao leito ou moradores de instituições de longa permanência.

### 3. 4 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA A COLETA DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas por equipe composta pelo pesquisador e por profissionais de saúde de nível médio das unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Foi feito um treinamento prévio, com ênfase na aplicação das escalas de avaliação cognitiva, de depressão e de avaliação funcional. O treinamento foi realizado em três etapas, sendo a 1ª, informativa sobre as principais patologias investigadas (depressão e demência); a 2ª, sobre as escalas e sobre a técnica de aplicação delas e a 3ª, experiência prática, com a aplicação das escalas de rastreio em pacientes sem diagnóstico e com diagnóstico de demência e depressão já estabelecidos (após prévia autorização do usuário e ou familiar). A equipe de apoio foi sistematicamente monitorada pelo pesquisador durante as atividades de campo.

### 3. 5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi feita por meio de um instrumento contendo as escalas de avaliação cognitiva e de depressão, além de questões sobre aspectos sociodemográficos, de saúde e de uso de medicamentos.

A Avaliação Cognitiva foi avaliada por meio do **MEEM** (Mini Exame do Estado Mental): O MEEM é uma escala de rastreio composta por diversas

questões agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: *orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registro de 3 palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos), e *capacidade construtiva visual* (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e é facilmente aplicada em 5 a 10 minutos. (ALMEIDA 1998) Utilizamos como ponto de corte 24 pontos ou mais e de 21 pontos ou mais para definir normalidade em indivíduos, respectivamente, para pessoas com mais de 4 anos de escolaridade e até 4 anos de escolaridade. Esses parâmetros fazem parte dos critérios de inclusão para tratamento do “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença de Alzheimer” do Ministério da Saúde (Portaria nº491, de 23 de setembro de 2010).

Para a avaliação da Depressão foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (**GDS**): Trata-se de uma versão reduzida de Yesavage (GDS-15). Amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pacientes idosos. É um teste para detecção de sintomas depressivos no idoso, com 15 perguntas negativas /afirmativas. O diagnóstico de depressão é feito pelo número de pontos alcançados, onde o ponto de corte considerado é 5 ou mais. Pode-se caracterizar uma depressão grave quando o escore for igual ou maior que 11 (DELACORTE 2007).

*O estado de saúde foi avaliado* com questões sobre hábitos de saúde e presença de doenças crônicas auto referido, assim como o uso contínuo ou não de psicofármacos que interferem na capacidade cognitiva e funcional do indivíduo.

Para a avaliação do estado funcional no aspecto das atividades fundamentais para a manutenção da independência (Atividades básicas da Vida Diária-AVD) foi aplicada a *escala de Katz*. O escore é obtido de acordo com o desempenho do indivíduo, máximo de 6 para o indivíduo independente e mínimo de 0 para dependência total. A Escala de Lawton foi utilizada para a avaliação das atividades instrumentais da vida diária. Esta escala possui três tipos de respostas: independência, capacidade com ajuda e dependência (FREITAS e col 2002). A capacidade funcional foi avaliada por meio das duas escalas conjuntamente, a dificuldade na realização de cada atividade foi somada e os idosos foram classificados em quatro categorias: 1) totalmente independente (com nenhuma incapacidade funcional); 2) dependência leve (com 1 a 3 incapacidades); 3) dependência moderada (com 4 a 6 incapacidades) e 4) com dependência grave (mais de 7 incapacidades).

### 3. 6 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS

Após aplicação e avaliação das escalas de avaliação cognitiva, os prontuários médicos dos idosos considerados positivos para o teste de rastreio a déficit cognitivo foram analisados. Pesquisaram-se nos prontuários registros médicos de possíveis sinais e sintomas que pudessem ser correlacionados com déficit cognitivo. Por exemplo, buscaram-se queixas sobre alteração de memória, falta de atenção a atividades rotineiras, troca de ônibus, frequentes esquecimentos de objetos (como bolsas, documentos, etc.) e nomes de

familiares e alterações na capacidade funcional. Quando um ou mais itens desses aspectos foram registrados no prontuário, considerou-se que o déficit cognitivo e/ ou demência já havia sido relatado/reconhecido. Do contrário, considerou-se que não houve queixa por parte do paciente nem iniciativa do profissional para a identificação de possíveis alterações cognitivas. Tal análise foi realizada pelo pesquisador médico obedecendo aos critérios de avaliação diagnóstica e de sigilo médico.

### 3. 7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram informatizados por meio do programa Epi-info e analisados por meio do programa SPSS, versão 13.0.

O tratamento estatístico foi composto por distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas, de saúde, de estilo de vida e uso de medicamentos de modo a traçar o perfil dos idosos estudados. A análise inferencial das variáveis qualitativas foi realizada por meio do teste qui quadrado. O estudo admitiu o nível de significância 5% ( $p \leq 0,05$ ).

### 3. 8 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo às diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; sendo que somente após sua aprovação foi dado início ao trabalho de campo. Todos os entrevistados assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após serem devidamente informados sobre o uso e a confidencialidade dos dados.

## 4 RESULTADOS

Participaram do estudo 383 idosos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde, sendo que dos 406 idosos sorteados, 5,9% (24 idosos) foi a proporção de recusas, tendo como principal motivo o tempo de espera para a realização do inquérito por terem outros compromissos

### 4. 1 PERFIL SOCIOECONÔMICO

Em relação ao perfil socioeconômico, apresentado na Tabela 1, observa-se que grande parte da amostra foi composta por idosos com idade inferior a 70 anos (aproximadamente 60%), por mulheres (56,9%), por pessoas que se autodeclararam de cor branca (79,7%), casada (53,3%), com 4 anos de escolarização (53,3%) e que dividia seu domicílio com outros familiares (86,2%). No entanto, chamou a atenção que nessa amostra encontramos um contingente de cerca de 10% de idosos com 80 anos ou mais de idade, que mais de 22% tenham frequentado no máximo 3 anos de escola e que uma proporção de 14% estejam vivendo sozinhos.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo as variáveis socioeconômicas.  
Jacareí, 2013.

Variáveis	n	%
<b>Grupos etários</b>		
60-64	126	33,0
65-69	97	25,4
70-74	78	20,4
75-79	45	11,8
80+	36	9,4
Total	382	100,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	165	43,1
Feminino	218	56,9
Total	383	100,0
<b>Cor da pele</b>		
Branca	302	79,7
Preta	31	8,2
Parda	39	10,3
Amarela	6	1,6
Indígena	1	,3
Total	379	100,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	204	53,3
Solteiro	25	6,5
Separado	46	12,0
Viúvo	108	28,2
Total	383	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto funcional*	85	22,2
Primário	204	53,3
Ginásio	48	12,5
Colegial ou mais	46	12,0
Total	383	100,0
<b>Mora sozinho</b>		
Sim	53	13,8
Não	330	86,2
Total	383	100,0

\* Considerou-se analfabeto funcional pessoa que se autodeclarou analfabeto ou que frequentou até o 3º ano do ensino fundamental.

## 4. 2 PERFIL DE SAÚDE

As informações sobre o perfil de saúde estão apresentadas na Tabela 2. No tocante aos dois agravos em foco nesta investigação, observamos a prevalência de 33,4% e 19,3% de casos positivos para déficit cognitivo e depressão, respectivamente. As demais informações de saúde foram auto referidas, sendo que 67,6% respondeu que a sua saúde é boa, enquanto que 24,5 % a considerou má ou péssima. Com relação à presença de doenças crônicas não transmissíveis, 70,5% respondeu que tem hipertensão arterial e as proporções caem, respectivamente, para 35,9% e 24,1%, em relação ao diabetes mellitus e à cardiopatia. Foram observadas consideráveis proporções em relação ao auto relato de doença nervosa, insônia e problema de memória, respectivamente, 47,1%, 40,2% e 45,1%.

De acordo com a avaliação da capacidade funcional realizada, observamos que pouco mais da metade da amostra (51,9%) apresentou independência total para a execução de atividades da vida diária. Significativa proporção de idosos (5,8%) apresentava dificuldades em 7 ou mais atividades.

Embora a fratura tenha sido relatada por apenas 2,6% dos entrevistados, a proporção de idosos que relataram queda foi de 21,5%.

Pouco menos que um terço dos idosos relatou que não necessitavam de aparelho auditivo, ao contrário da grande maioria (89%) que referiram usar ou necessitar de óculos.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo variáveis de saúde. Jacareí, 2013.

Variáveis	n	%
<b>Avaliação subjetiva de saúde</b>		
<b>Déficit cognitivo</b>		
Não	255	66,6
Sim	128	33,4
Total	383	100,0
<b>Depressão</b>		
Não	309	80,7
Sim	74	19,3
Total	383	100,0
Ótima	28	7,9
Boa	240	67,6
Má	64	18,0
Péssima	23	6,5
Total	355	100,0
<b>Hipertensão</b>		
Sim	261	70,5
Não	109	29,5
Total	370	100,0
<b>Diabetes</b>		
Sim	131	35,9
Não	234	64,1
Total	365	100,0
<b>Doença cardíaca</b>		
Sim	80	24,1
Não	252	75,9
Total	332	100,0
<b>Doença nervosa</b>		
Sim	177	47,1
Não	199	52,9
Total	376	100,0
<b>Insônia</b>		
Sim	152	40,2
Não	226	59,8
Total	378	100,0
<b>Problema de memória</b>		
Sim	172	45,1
Não	209	54,9
Total	381	100,0

(continuação) Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo variáveis de saúde.  
Jacareí, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fraturas</b>		
Sim	10	2,6
Não	373	97,4
Total	383	100,0
<b>Usa óculos</b>		
Sim	285	78,5
Não, mas necessita	38	10,5
Não, não precisa	40	11,0
Total	363	100,0
<b>Usa aparelho auditivo</b>		
Sim	36	9,5
Não, mas necessitaria	73	19,3
Não, não precisa	270	71,2
Total	379	100,0
<b>Capacidade funcional</b>		
Nenhuma incapacidade	196	51,9
1-3 incapacidade	120	31,7
4-6 incapacidade	40	10,6
7+ incapacidade	22	5,8
Total	378	100,0
<b>Quedas</b>		
Sim	82	21,5
Não	299	78,5
Total	381	100,0

#### 4. 3 PERFIL DO ESTILO DE VIDA

Com relação ao estilo de vida, apresentado na Tabela 3, 62,7% relatou não praticar atividade física; 11,8% e 12,9% relataram respectivamente o hábito do fumo e da bebida alcoólica e pouco mais da metade (57,7%) referem não ter vida sexual ativa. Proporção significativa (61,5%) referiu ter atividades

de lazer, no entanto a frequência em atividades como bailes (13,2%), centro de convivência (14,2%) e cinema (5,6%) é muito baixa, sendo que boa parte dos idosos (82,9%) tem como única atividade de lazer a frequência à igreja. (Tabela 3)

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo variáveis de estilo de vida. Jacareí, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Pratica atividade física</b>		
Sim	142	37,3
Não	239	62,7
Total	381	100,0
<b>Fumo</b>		
Fuma atualmente	45	11,8
Já fumou, agora não fuma	131	34,5
Nunca fumou	204	53,7
Total	380	100,0
<b>Consumo de álcool</b>		
Sim	49	12,9
Não	255	66,9
Já bebeu, agora não	77	20,2
Total	381	100,0
<b>Vida sexual ativa</b>		
Sim	161	42,3
Não	220	57,7
Total	381	100,0
<b>Atividade de lazer</b>		
Sim	232	61,5
Não	145	38,5
Total	377	100,0
<b>Frequenta bailes</b>		
Sim	18	13,2
Não	118	86,8
Total	136	100,0

(continuação) Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo variáveis de estilo de vida. Jacareí, 2013.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frequenta centro de convivência</b>		
Sim	19	14,2
Não	115	85,8
Total	134	100,0
<b>Frequenta cinema</b>		
Sim	7	5,6
Não	119	94,4
Total	126	100,0
<b>Frequenta igreja</b>		
Sim	214	82,9
Não	44	17,1
Total	258	100,0

#### 4. 4 RELAÇÃO ENTRE DÉFICIT COGNITIVO E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE SAÚDE E DE ESTILO DE VIDA

Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre déficit cognitivo e algumas variáveis sociodemográficas, tais como idade, estado civil e nível de escolaridade (Tabela 4). Observou-se que a proporção de casos positivos de déficit cognitivo era significativamente maior nos grupos etários mais velhos, entre os viúvos e entre os analfabetos.

Tabela 4 – Distribuição dos casos positivos no Mini Exame do Estado Mental segundo variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Não Casos	Casos	p
<b>Sexo</b>			
Masculino	71,5	28,5	0,075
Feminino	62,8	37,2	
<b>Grupos etários</b>			
60-64	76,2%	23,8%	0,003
65-69	67,0%	33,0%	
70-74	65,4%	34,6%	
75-79	62,2%	37,8%	
80+	41,7%	58,3%	
<b>Cor da pele</b>			
Branca	68,9%	31,1%	0,256
Negra (Preta+parda)	58,6%	41,4%	
Amarela	66,7%	33,3%	
<b>Estado civil</b>			
Casado	73,5%	26,5%	0,006
Solteiro	64,0%	36,0%	
Separado	67,4%	32,6%	
Viúvo	53,7%	46,3%	
<b>Escolaridade</b>			
analfab funcional	28,2%	71,8%	< 0,001
Primário	75,0%	25,0%	
Ginásio	77,1%	22,9%	
Colegial ou mais	89,1%	10,9%	
<b>Mora sozinho</b>			
Sim	67,9%	32,1%	0,823
Não	66,4%	33,6%	

Considerando-se a metodologia transversal da investigação, não é possível afirmar sobre a precedência das outras condições de saúde sobre o déficit cognitivo e vice-versa, entretanto, conforme a Tabela 5, observou-se associação estatisticamente significativa entre ser positivo para déficit cognitivo e capacidade funcional, sendo que as proporções de déficit cognitivo aumentava quanto maior era o número de incapacidades. Maior proporção de déficit cognitivo foi observada no grupo de idosos que relataram quedas.

Chamou a atenção que não se verificou associação estatisticamente significativa entre a positividade na escala para demência e a queixa auto referida sobre problema de memória, presença de hipertensão e de diabetes.

Tabela 5 – Distribuição dos casos positivos no Mini Exame do Estado Mental segundo variáveis de saúde.

Variáveis	Não Casos	Casos	p
<b>Avaliação subjetiva de saúde</b>			
Ótima	64,3%	35,7%	0,469
Boa	69,6%	30,4%	
Má	59,4%	40,6%	
Péssima	65,2%	34,8%	
<b>Hipertensão</b>			
Sim	64,0%	36,0%	0,115
Não	72,5%	27,5%	
<b>Diabetes</b>			
Sim	69,5%	30,5%	0,299
Não	64,1%	35,9%	
<b>Doença cardíaca</b>			
Sim	67,5%	32,5%	0,789
Não	65,9%	34,1%	
<b>Doença nervosa</b>			
Sim	64,4%	35,6%	0,482
Não	67,8%	32,2%	
<b>Insônia</b>			
Sim	63,2%	36,8%	0,315
Não	68,1%	31,9%	
Total			
<b>Problema de memória</b>			
Sim	64,5%	35,5%	0,483
Não	67,9%	32,1%	

(continuação) Tabela 5 – Distribuição dos casos positivos no Mini Exame do Estado Mental segundo variáveis de saúde.

Variáveis	Não Casos	Casos	p
<b>Capacidade funcional</b>			
Nenhuma incapal	75,5%	24,5%	> 0,001
1-3 incapac	63,3%	36,7%	
4-6 incapac	45,0%	55,0%	
7+ incapc	40,9%	59,1%	
<b>Depressão</b>			
não caso	68,0%	32,0%	0,242
Caso	60,8%	39,2%	
<b>Quedas</b>			
Sim	57,3%	42,7%	0,037
Não	69,6%	30,4%	

No tocante ao estilo de vida, observou-se associação estatisticamente significativa entre positividade na escala de demência e alguns comportamentos considerados negativos do estilo de vida, como não praticar atividade física, ter a hábito do fumo e do consumo do álcool, não ter vida sexual ativa e não frequentar centros de convivência. (Tabela 6)

Tabela 6 – Distribuição dos casos positivos no Mini Exame do Estado Mental segundo variáveis de estilo de vida.

Variáveis	Não Casos	Casos	p
<b>Pratica atividade física</b>			
Sim	73,9%	26,1%	0,020
Não	62,3%	37,7%	
<b>Fumo</b>			
Fuma atualmente	55,6%	44,4%	0,031
Já fumou, agora não fuma	74,8%	25,2%	
nunca fumou	64,2%	35,8%	
<b>Consumo de álcool</b>			
Sim	85,7%	14,3%	0,008
Não	62,7%	37,3%	
já bebeu, agora não	66,2%	33,8%	
<b>Tem vida sexual ativa</b>			
Sim	72,7%	27,3%	0,027
Não	61,8%	38,2%	
<b>Lazer</b>			
Sim	69,0%	31,0%	0,214
Não	62,8%	37,2%	
<b>Vai à igreja</b>			
Sim	67,3%	32,7%	0,640
Não	63,6%	36,4%	
<b>Vai a Centro de Convivência</b>			
Sim	89,5%	10,5%	0,018
Não	61,7%	38,3%	
<b>Vai a bailes</b>			
Sim	83,3%	16,7%	0,087
Não	62,7%	37,3%	

Verificou-se associação marginalmente significativa entre demência e uso de medicamentos para nervos e para alergia (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos casos positivos no Mini Exame do Estado Mental segundo utilização de medicamentos. Jacareí, 2013.

Variáveis	Não Casos	Casos	p
<b>Usa medicamento para dor</b>			
Sim	68,3%	31,7%	0,578
Não	65,6%	34,4%	
<b>Usa medicamento para os nervos</b>			
Sim	56,3%	43,8%	0,051
Não	68,9%	31,1%	
<b>Usa medicamento para alergia</b>			
Sim	80,0%	20,0%	0,054
Não	64,8%	35,2%	

#### 4. 5 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS DOS CASOS POSITIVOS DE DEMÊNCIA

Considerando os 128 pacientes identificados como casos positivos para déficit cognitivo, 109 prontuários foram localizados (85,16%) em suas respectivas unidades de saúde. Vinte e um prontuários não foram localizados devido às diversas formas de cadastramento dos usuários de acordo com a unidade em que é atendido, como número do núcleo familiar e número de identificação individual na unidade de saúde. Tal situação está sendo corrigida com a implantação da informatização do sistema de atendimento do município por meio do cartão SUS. A leitura desses prontuários médicos identificou que em apenas 7 prontuários houve menção direta ao transtorno de memória (esquecimento) o que corresponde a 6,42% dos casos.

Outra informação que acrescentamos aos resultados ora apresentados foi a que foi obtida junto a serviço de padronização de medicamentos “alto custo” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo locado no município de Jacareí. Havia 143 casos inscritos no município para o recebimento do medicamento específico para demência (Donepexila e Rivastigmina) e apenas 80 deles eram usuários do SUS. Os sete casos identificados nos prontuários médicos da presente pesquisa não estavam entre os inscritos no programa de distribuição de medicamentos ao paciente com demência.

## 5. DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, a suspeita de déficit cognitivo foi observada em 33,4% dos idosos, achado que se assemelha a outros estudos brasileiros descritos na literatura (HOLZ e col 2013, MACÊDO e col 2012 e GOMES e col 2011, CAVALINI e CHOR 2003), onde se utilizaram o mesmo instrumento de avaliação. No entanto, em estudo populacional no município de São Paulo encontrou-se, pelo Mini Exame do Estado Mental, 6,9% de deterioração cognitiva (LAURENTI & LEBRÃO 2005) e em estudo com idosos frequentadores de um programa de exercício físico a prevalência observada foi de 9,1% (BORGES e col 2007). A variabilidade na prevalência de déficit cognitivo nos diferentes estudos, mesmo empregando-se o mesmo instrumento de avaliação, pode ser explicada pelo perfil da população na qual foi feita a avaliação, dado que investigações já evidenciaram que escores de tal instrumento sofrem influência da idade (ALMEIDA 1998) e do nível de escolaridade (ALMEIDA 1998, BANHATO e GUEDES 2011)

De qualquer forma, pelos resultados desta pesquisa, a prevalência de aproximadamente 30,0% de casos suspeitos no grupo etário entre 60 e 69 anos é bastante preocupante por seus possíveis impactos sociais, no tocante ao suporte financeiro e social em seus núcleos familiares. Esta impressão é sustentada considerando-se as informações da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD-2002) que na população de 60 anos e mais, respectivamente, 41% e 13% dos homens e das mulheres eram economicamente ativos (WAJNMAN e col 2004),.

Os resultados deste trabalho mostraram a associação significativa entre a presença de déficit cognitivo e idade, estado civil e escolaridade. Os achados são consistentes com a literatura que também indica que a prevalência de déficit cognitivo aumenta gradativamente conforme aumenta a idade e é maior naqueles que possuem baixo nível de escolaridade e entre os que vivem sozinhos (VALLE, 2009). Esses achados são preocupantes na medida em que observamos na amostra estudada um número considerável de idosos maiores de 80 anos (10%) e de idosos morando sós (14%), situações onde, respectivamente, mais da metade e mais de um terço dos idosos foram identificados como caso suspeito de demência. Entretanto, podemos considerar como quadro mais alarmante a situação dos idosos que apresentaram muito baixa escolarização, grupo onde os casos suspeitos de demência ultrapassam os 70%. Seria desejável que os profissionais de saúde fossem capacitados para um olhar mais atento para esses idosos identificados como grupos de risco para a disfunção cognitiva.

Além da demência a depressão, também por sua magnitude, tem grande relevância e impacto na qualidade de vida dos idosos, comprometendo a independência e autonomia do indivíduo. Contrariando os resultados do presente estudo, a associação entre depressão e déficit cognitivo é relatada em diversos estudos (PORTO e col 2002, BORGES e col 2007, GOMES e col. 2011). Adicionalmente, outras investigações, que focalizam a percepção subjetiva de perda de memória, observaram que essa queixa estava associada a sintomas depressivos (XAVIER e col 2001, GUERREIRO e col 2006), embora outros contrariem esses achados (PAULO e YASSUDA 2010). Isso sugere que ainda não há consenso entre a relação entre estado cognitivo e sintomas

depressivos, indicando que outros fatores do processo de envelhecimento podem estar influenciando em ambas as condições.

A forte relação encontrada entre certos comportamentos de estilo de vida e a deterioração cognitiva, tais como ausência de lazer e de vida sexual, sedentarismo e o hábito de tabaco, também, é consistente em outros estudos (RABELO 2009). Este autor mostra ainda que intervenções que promovem a realização de algumas dessas atividades, com apoio psicológico ou de outros especialistas durante a reabilitação neuropsicológica, têm impacto na redução do risco de desenvolver demência (RABELO 2009). Nesse sentido, o desenvolvimento de ações ou programas que promovam o acesso de maior número de idosos a essas atividades podem trazer benefícios prevenindo ou postergando o declínio do déficit cognitivo em idosos.

Neste estudo não se observaram associações significativas entre déficit cognitivo e as doenças não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus), cardiopatias, queixas de memória ou outros transtornos mentais (insônia, doença nervosa). A relação entre hipertensão arterial e a função cognitiva tem sido bastante focada em diversos estudos, embora os resultados não tenham sido conclusivos. SASHIDA e col (2008) conduziram um estudo de revisão de onze trabalhos publicados no período compreendido entre 1996 e 2006 e encontraram que a maioria deles relatava relação positiva entre hipertensão arterial e déficit cognitivo. No entanto, congruentes com o presente estudo, outros autores refutam tal relação (BANHATO e GUEDES 2011, CAVALINI e CHOR 2003). BANHATO e GUEDES (2011) mostraram que a escolaridade exerce um papel preponderante na relação entre hipertensão arterial e déficit cognitivo. Quando os grupos de idosos com baixa e com alta

escolarização foram analisados separadamente, obtiveram como resultado que a relação dos agravos foi positiva somente no grupo de pior escolaridade, sugerindo que esta está relacionada tanto com o déficit cognitivo quanto com a hipertensão arterial. Da mesma forma, CESARINO e col. (2008), em estudo com objetivo de identificar fatores de risco dos hipertensos em São José do Rio Preto/SP, estimaram maiores prevalências da condição entre indivíduos menos escolarizados.

Esses achados, aliados às consideráveis prevalências de analfabetismo funcional e de altas prevalências de ausência de comportamentos saudáveis nos idosos estudados, corroboram a necessidade de investimentos em intervenções que favoreçam a adesão de comportamentos saudáveis e em atividades sociais, educacionais e de lazer (RABELO 2009).

Salientamos a associação significativa entre disfunção cognitiva e incapacidade funcional, onde observamos que a prevalência de casos positivos de demência aumenta gradativamente conforme aumenta o número de incapacidades, chegando ao dobro a prevalência de demência entre idosos com sete ou mais incapacidades em relação àqueles sem nenhuma incapacidade. Levando em conta a metodologia transversal do presente estudo, chamamos a atenção para a hipótese da causalidade reversa, que é a impossibilidade de afirmarmos sobre a precedência temporal do declínio cognitivo sobre a condição de incapacidade funcional ou vice-versa. No entanto, diversos estudos confirmam a associação entre as duas condições (SOARES e col 2012, OLIVEIRA e col 2006) de tal sorte que a combinação da avaliação e monitoramento tanto das habilidades cognitivas quanto das capacidades funcionais para o desempenho de atividades da vida diária é

imprescindível (ALMEIDA e NITRINI, 1998; FORLENZA e CARAMELLI, 2000, apud, ABREU e col, 2012)

Conhecer e quantificar o grau de autonomia e independência de um idoso podem qualificar as condições do idoso para que intervenções específicas possam ser indicadas para a manutenção da qualidade de vida dele.

No que tange à análise dos prontuários, em alguns deles observou-se que apareciam queixas sugestivas de déficit cognitivo, mas que em nenhum momento houve um aprofundamento a respeito da queixa ou investigação diagnóstica pelo profissional de saúde. Tal fato reafirma a ausência de um olhar diferenciado às especificidades dos idosos. Além disso, o fato dos possíveis casos identificados pelos profissionais não constarem entre os pacientes em tratamento medicamentoso confirma que não foram encaminhados para tal tratamento. A pergunta que é preciso ser feita é: mesmo que esses pacientes não tenham sido encaminhados para o tratamento medicamentoso por não necessitarem dele, qual o cuidado que foi ou está sendo prestado a eles pelos serviços existentes no município?

## 6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo realizado com 383 pessoas de 60 anos ou mais, usuárias de quatro unidades básicas de saúde do município de Jacareí, evidenciou uma prevalência de 33,4% de casos suspeitos de déficit cognitivo. Considerando-se que um terço da população de idosos do município pode, no mínimo, apresentar algum comprometimento cognitivo, sem dúvida, ações específicas da atenção primária à saúde que visem à postergação da instalação da demência, ou à minimização da progressão do agravo poderiam beneficiar a população idosa em geral.

O presente estudo mostrou, também, que a prevalência de déficit cognitivo é influenciada por diferentes características, como por exemplo, idade, estado civil e escolaridade, sendo que, significativamente, as maiores prevalências foram observadas entre idosos de 80 anos ou mais, os viúvos e os analfabetos. Tais características são importantes de serem conhecidas pelos profissionais da rede de saúde para a identificação de idosos que devem ser priorizados para a aplicação de testes de rastreamento de declínio cognitivo, dado o alto risco de desenvolver o agravo nesses grupos. Quanto às variáveis de saúde, a associação entre déficit cognitivo e incapacidade funcional, bem como com a presença de quedas sugere a recomendação aos profissionais de saúde de que o estado cognitivo deve ser necessariamente investigado em situações nas quais o idoso apresenta problemas na funcionalidade. Outra situação onde é importante de dar maior atenção à investigação do déficit cognitivo entre idosos seria em contextos de ações

educativas para promover a cessação do fumo, visto que se observou maior prevalência de casos suspeitos de déficit cognitivo entre os fumantes.

Ao contrário, hábitos que consideramos saudáveis parecem atuar como fator de proteção ao declínio do estado cognitivo, tais como atividade física, atividades sociais e a manutenção da atividade sexual, o que mostra a relevância de intervenções que estimulem ou promovam tais atividades entre os idosos.

Com base nesse panorama da prevalência de déficit cognitivo na população de idosos no município, somando-se à constatação da ausência de programas e de ações municipais voltadas ao idoso com transtorno cognitivo, reafirma-se a necessidade da implantação de um protocolo de intervenção. Neste, o objetivo é realizar o diagnóstico precoce em indivíduos em situação de risco para desenvolver a demência e o tratamento nos casos em que a doença já está instalada. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível nacional, ainda não existe um programa específico para a assistência e cuidado das demências, excluindo-se a regulação da dispensação dos medicamentos nos casos em que há indicação desse tipo de tratamento.

Em que pese a magnitude do problema da demência entre idosos e a necessidade de ações específicas para atender o agravo, cabe lembrar que no âmbito da Agenda de Compromisso pela Saúde do Ministério da Saúde foi pactuada a saúde do idoso como uma das prioridades e as principais diretrizes de atenção à saúde do idoso já estão traçadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006). Nesse contexto, propomos um conjunto de ações e de cuidados ao idoso, tendo o déficit cognitivo como agravo norteador e com ênfase em ações de prevenção

e de reabilitação, mas que a atenção integral à saúde do idoso seja contemplada.

## 6. 1 PROPOSTA DE AÇÕES E DE CUIDADOS AO TRANSTORNO COGNITIVO

Os achados do presente estudo serviram de subsídio para orientar a atenção a idosos com comprometimento cognitivo. Pretende-se dar ênfase à prevenção e ao diagnóstico precoce, priorizando-se os grupos de idosos cujas prevalências de suspeitos de déficit cognitivo foram mais elevadas, conforme achados no presente estudo. A proposta tem, também, como objetivo a organização dos serviços de saúde na assistência ao idoso com transtorno cognitivo, sem excluir os demais idosos, além de prover as necessidades de ações específicas de promoção de saúde. Pretende-se contribuir para a plena implementação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer, por um lado, otimizando o tratamento medicamentoso, e por outro, promovendo sistematicamente, na atenção primária, ações de reabilitação neuropsicológica como oficina de memória, de treinamento nas atividades de vida diárias e de estímulo a atividades físicas e de lazer, no intuito de manter a independência e autonomia do idoso em toda a potencialidade individual dos idosos.

Tais ações devem conferir ao município, a possibilidade de minimizar as dificuldades dos idosos ao acesso do sistema de saúde, em todos os seus

níveis de complexidade, promovendo, assim, a universalidade e a integralidade, respeitando os princípios primordiais do SUS.

Outro aspecto importante de ser salientado é que os casos suspeitos de déficit cognitivo levantados na presente investigação serão atendidos dentro de um plano piloto de implantação do protocolo de atenção ao idoso na rotina das UBS.

#### 6. 1. 1 Ações de Prevenção

Propõe-se que a avaliação global, preconizada pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007), seja incluída na rotina da assistência ambulatorial dos pacientes idosos nas UBS, sendo que a equipe de enfermagem se responsabilizaria por sua realização durante pré-consulta.

Especificamente, propõe-se como medidas de prevenção ao declínio cognitivo a introdução na rotina das UBS de atividades grupais com idosos, tais como oficina de memória, de reabilitação/treinamento nas dificuldades em atividades de vida diárias e de atividades físicas e de lazer, no intuito de manter ao máximo a independência e a autonomia do idoso.

O Centro de Convivência do Idoso do município, por ser um local estruturado e adequado para realização de atividades em grupo e, também, por ser local bastante frequentado pelos idosos usuários das UBS, será incorporado à rede de atenção ao idoso e as atividades acima mencionadas serão disponibilizadas nesse local.

Além disso, algumas medidas de prevenção poderão ser orientadas à comunidade em geral, por meio de veículos de comunicação como rádio e jornais locais.

### 6. 1. 2 Rastreamento

A avaliação do déficit cognitivo deverá estar incluída na rotina da assistência ambulatorial no contexto da avaliação global dos pacientes idosos das UBS. Assim, o teste de rastreamento seria realizado pela equipe de enfermagem durante a pré-consulta, como protocolo de atendimento ao idoso assistido pela unidade de saúde. Propõe-se que seja aplicado, inicialmente, o teste breve de memória, em que se solicita repetir as palavras *mesa, maçã e dinheiro* e, novamente, após 3 minutos. Caso o idoso não consiga reproduzi-las, a escala MEEM é aplicada. O rastreamento para demência deverá ser realizado anualmente para os idosos considerados negativos nos testes anteriores.

### 6. 1. 3 Fatores de risco

O presente estudo identificou algumas características dos idosos que parecem influenciar para o declínio cognitivo, sendo proposto que os grupos de

idosos que representam tais características sejam priorizados para o rastreamento do estado cognitivo. No Quadro 2 apresentamos os grupos de idosos preferenciais para a avaliação cognitiva com as respectivas prevalências de déficit cognitivo observado na presente investigação.

Quadro 2 – Grupos e idosos a serem priorizados no rastreamento de déficit cognitivo na UBS.

Características	Prevalência de déficit cognitivo
Idade 80 anos ou mais	58,3%
Viúvo	46,3%
Analfabetos funcionais	71,8%
Quatro ou mais incapacidades funcionais	> = 55,0%
Resposta positiva para quedas	42,7%
Fumante	44,4%
Não frequenta centros de convivência	38,3%
Uso medicamentos para os nervos e para a alergia	> 31,1%

#### 6. 1. 4 Diagnóstico

Os casos suspeitos identificados no MMEM serão encaminhados para a atenção especializada com o geriatra, o neurologista e o psiquiatra, locados no

Serviço Integrado de Medicina (SIM), que, com o apoio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - doença de Alzheimer, confirmarão ou não o diagnóstico de déficit cognitivo.

#### 6. 1. 5 Plano de cuidados

Os idosos com confirmação diagnóstica darão início ao tratamento com monitoramento da evolução da doença no SIM e, paralelamente, na UBS, onde serão inseridos em atividades de reabilitação neuropsicológica. Atualmente, o usuário idoso com queixa evidente de perda de memória é encaminhado ao neurologista e recebe tratamento exclusivamente medicamentoso, não sendo monitorados, nem recebendo cuidados em longo prazo na atenção básica.

#### 6. 1. 6 Formação dos Recursos Humanos

Propõe-se a realização de capacitação dos recursos humanos, envolvendo de dois a três membros da equipe de saúde de cada UBS, selecionando-se, dentre eles, obrigatoriamente, um médico clínico ou generalista e um enfermeiro, que serão multiplicadores dos demais profissionais da unidade. Em encontros mensais serão abordados/discutidos temas como: políticas públicas de saúde do idoso; avaliação global do idoso,

que inclui a capacitação para a avaliação do estado cognitivo (MEEM, teste de fluência verbal e relógio e avaliação sensorial); da depressão (escala de depressão geriátrica-GDS); da capacidade funcional (escala de Katz e Lawton); as grandes síndromes geriátricas (5 I); prevenção de quedas; bem como o stress do cuidador.

Além da sensibilização e capacitação dos profissionais das UBS, planejamos implantar um núcleo de apoio às unidades básicas de saúde (NAAB), à semelhança dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), constituído por profissionais já treinados e sensibilizados para a atenção e cuidado ao idoso. Esse núcleo, composto por um médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, profissionais já pertencentes ao quadro de serviço do município, terá como atribuição oferecer apoio matricial sistemático às UBS no manejo das especificidades de cuidados aos idosos em geral e em agravos específicos como a demência. O NAAB seria responsável pela definição de parâmetros das principais ações e pela orientação e discussões de casos e de projetos terapêuticos com as equipes de saúde da atenção básica.

Os profissionais que atuam na assistência domiciliar evidenciam o impacto positivo que as ações educativas com os cuidadores têm sobre o tratamento do idoso com transtorno cognitivo. O cuidador informado é mais seguro no manejo do idoso com demência o que auxilia na diminuição da constante tensão a que o cuidador fica submetido em suas atividades de cuidado com o paciente.

Dessa forma, considerando a relevância dos cuidados continuados, tanto em nível ambulatorial quanto em domicílio, o presente protocolo tem

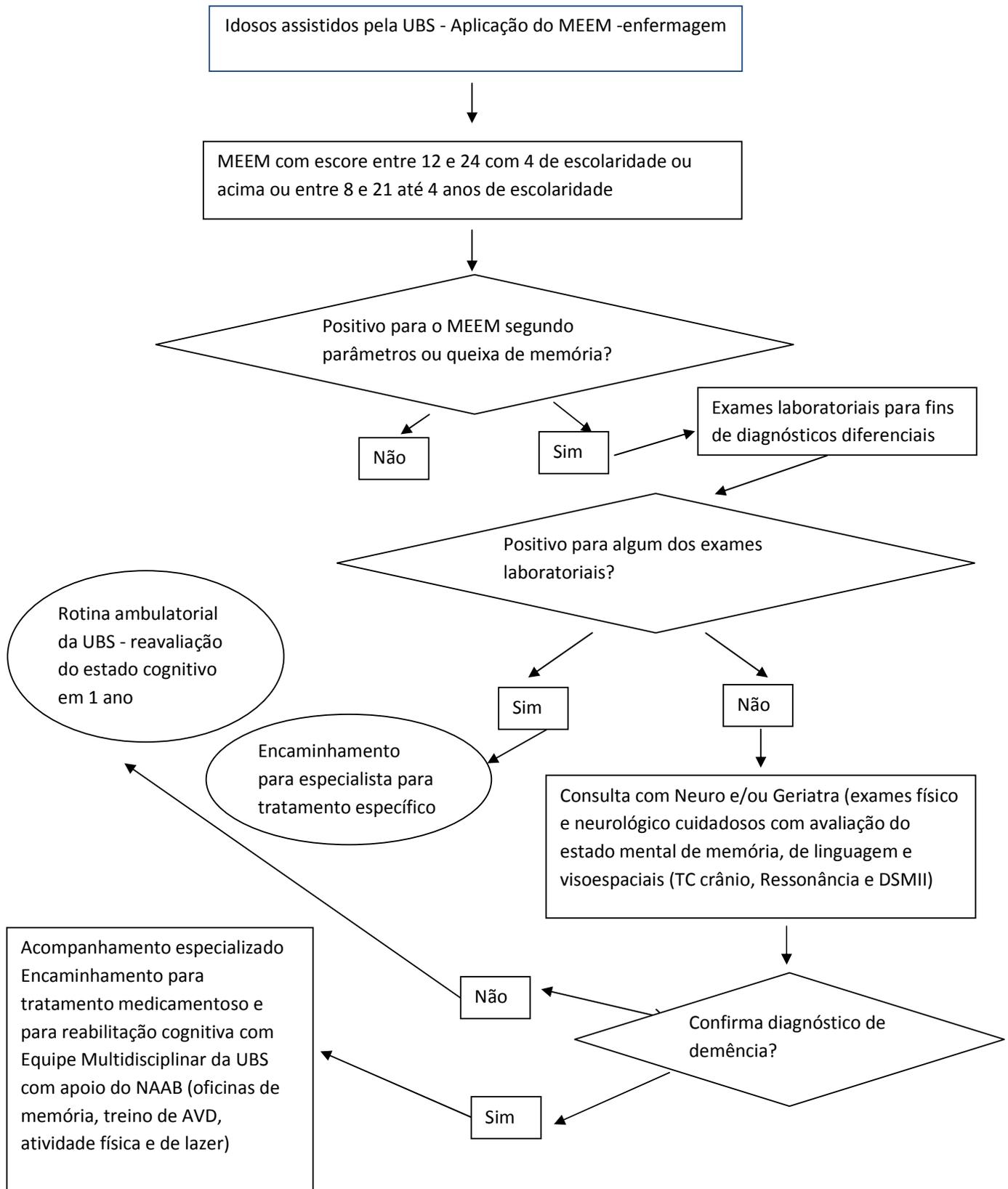
como proposta dar atendimento às necessidades de familiares que são os cuidadores informais dos idosos com disfunção cognitiva. A ideia é disponibilizar encontros mensais ou bimensais com informações sobre as morbidades mais frequentes no idoso, bem como sobre o seu manejo. Além disso, oferecer-se-ão atividades grupais e informativas sobre fatores de stress do cuidador e maneiras de amenizar tais situações, o que tem reflexos positivos, também, no tratamento do idoso.

#### 6. 1. 7 Rede de Atenção Integrada à Saúde

A organização dos serviços de saúde do município tem como prioridade a atenção ao idoso com déficit cognitivo nos três níveis de complexidade de atenção à saúde, articuladas de acordo com as necessidades de cuidado, garantindo acesso a essa população com características específicas e inerentes ao grupo etário. A assistência à saúde dos idosos deve se dar de modo prioritário e resolutivo na atenção primária, evitando, ou pelo menos postergando, hospitalizações e institucionalizações. No entanto, os serviços de níveis de maior complexidade devem estar disponíveis e acessíveis como alternativas em situações extremas. A produção do cuidado em todos os níveis de complexidade deve, também, ser baseada no custo-efetividade, assim, todas as ações nos diferentes pontos da linha de cuidado, necessariamente, devem ser altamente resolutivas.

Inicialmente, espera-se que os idosos sejam atendidos na atenção primária da saúde e que sejam acompanhados por um médico clínico. Este deverá estar capacitado para a identificação, manejo e tratamento de patologias como a demência, assim como a linha de cuidado deve estar planejada para os encaminhamentos aos serviços especializados, quando necessário. O médico geriatra alocado em uma unidade especializada, vai exercer o papel de apoio ao clínico para a confirmação diagnóstica e para o manejo de casos nos estágios mais avançados da doença.

Figura 1 - Fluxograma da Linha de cuidado do paciente com déficit cognitivo



## 7 REFERÊNCIAS

Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev Psiq Clín. 2005; 32 (3): 131-136.

Almeida, OP. Mini Exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq Neuro-Psiquiatr. 1998; 56(3-B):605-612.

Almeida, OP. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. Rev Psiquiat Clin. 1999; 26(2):78-89.

Almeida, OP; Almeida, AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS), versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1999; 57(2B):421-426.

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer [homepage na internet]. [acesso em 26 novembro 2013]. Disponível em: <http://www.abraz.org.br/sobre-alzheimer>

Arginon IL; Stein LM. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(1): 64-72.

Azambuja,LS. Avaliação Neuropsicológica do idoso. RBCEH. 2007;4( 2) 40-45.

Banhato EFC, Guedes DV. Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. *Estudos de Psicologia*. 2011; 28(2): 143-151.

Berg, L. Clinical Dementia Rating [Correspondence]. *Psychiatry*. 1984; 145:339.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR; Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 1994; 52:1-7.

Bertolucci P HF, Okamoto IH, Brucki SMD, Siviero MO, Toniolo Neto J, Ramos LR. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq Neuropsiquiatria*. 2001; 59: 532-536.

Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr*. 2007; 56(4): 273-279.

Bottino CMC, Louzã Neto MR, Castro CC, Gomes RIE. Doença de Alzheimer, transtorno cognitivo leve e envelhecimento normal: avaliação por medidas de ressonância magnética volumétricas. *Rev Psiq Clín*. 1998; 25:88-97.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3-B): 777-781.

Bustamante SEZ; Bottino, CMC; Lopes, MA; Azevedo D; Hototian SR, Litivoc J, et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. Arq. Neuro-Psiquiatr. 2003; 61(3A): 601-606.

Caramelli, P.; Barbosa, M.T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? Rev Bras.Psiquiatr. 2002; 24 (Supl 1):7-10.

Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria Rev Bras Epidemiol. 2003;.6(1):7-17.

Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorla LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e Fatores Sociodemográficos em Hipertensos de São José do Rio Preto – SP. Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):31-35.

Freitas, S; Simões MR; Martins C; Vilar M; Santana, I. Estudos de adaptação do *Montreal Cognitive Assessment* (moca) para a população portuguesa. Avaliação psicológica. 2010; 9(3): 345-357.

Delacorte, RR; Ferrari, JF. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Medica. 2007; 17( 1): 3-8.

Diniz BS; Nunes PV; Nunes PV; Yassuda MS; Flaks MK;Pereira FS, et al. Comprometimento cognitivo leve: rastreio cognitivo ou avaliação neuropsicológica? Rev. Bras. Psiquiatr. 2008; 30(4):326-21.

Herrera Júnior E, Caramell P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva- Estado de São Paulo- Brasil. Rev Psiqu. Clin. 1998; 25(2): 70-73.

Gomes JEM, Ruiz T, Corrente JE. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19): 125-32.

Guerreiro TC, Veras SR, Motta LB, Veronesi A, Schmidt S. Queixa de memória e disfunção objetiva em idosos que ingressam na oficina da memória UnaTI/UERJ. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2006; 9(1):7-20.

Holz AW, Numes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(4):880-8.

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Brasil. [atualizado em 12 novembro 2013, acesso em 12 novembro 2013]. Disponível em

<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=pnad&o=3&i=P&c=261>

Kalache A; Veras RP; Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde Pública. 1987; 21(3): 200-210.

Kochhann R; Cerveira MO; Godinho C; Camozzato A; Chaves MLF. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. *Dement Neuropsychol* 2009; 3(2):88-93.

Laurenti R, Lebrão ML. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras de Epidemiol*. 2005; 8(2): 127-41.

Lopes, M. A.; Bottino, C.M. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000 *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2002. 60:(1):61-69.

Macêdo, AML, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3):358-63.

Machado JC; Ribeiro RCL; Leal, PFG; Cottra,RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4): 592-605.

Ministério da Saúde. Portaria nº 843 de 06 de Novembro de 2002. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Brasília. 2007

Ministério da Saúde. Portaria nº 491 da Secretaria de Assistência à Saúde, de 23 de setembro de 2010. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.298 da Secretaria de Assistência à Saúde, de 21 de Novembro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Demência por doença de Alzheimer. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

Paixão CM; Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(1): 7-19.

Paradela EMP; Lourenço RA; Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública 2005; 39(6):918-23.

Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Rev Psiquiatr Clín. 2010; 37(1):23-6.

Porto P, Hermolin M, Ventura P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. Rev Bras Ter Comport Cogn. 2002; 4(1):63-70. [periódico na Internet]. [acesso em 06 jun 2014]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt).

Rabelo, DF. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. Gerontologia. Revista Kairós, novembro de 2009; v 12(2): 65-79.

Ribeiro AP. Repercussões das quedas na qualidade de vida de mulheres idosas. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

Sachida VT, Fontes SV, Driusso P. Relação entre hipertensão arterial e cognição. Rev Neurociências. 2008; 16(2):152-156.

Scazufca M; Cerqueira ATAR; Menezes PR; Prince M; Vallada, HP; Miyazaki MCOS. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. Rev Saúde Pública 2002; 36(6):773-8.

Valle EA, Costa EC, Firmino JOA. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no *Mini Exame do Estado Mental* entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4):918-926.

Veras RP, Caldas CP, Dantas SB. Avaliação dos gastos com o idoso com demência. *Rev. Psiq. Clín*. 2007; 34 (1):5-12.

Wajnman S, Oliveira AMHC, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: Camarano AA (org). *Os novos idosos brasileiros: Muito Além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 453-480.

Xavier F, Ferraz MPT, Argimon I, Moriguchi EH. A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas de idade. *Rev Bras Neurol*. 2001;37(1):24-28.

Zago MA, Mari JJ, Carvalheiro JR, Silva LJ, Luz PL. Área de ciências da saúde. Academia Brasileira de Ciências. *Contribuições para a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação. Parcerias Estratégicas (Edição Especial)*, vol. 4. 2002

## **ANEXOS**

## INQUÉRITOS DE SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

Nº QUESTIONÁRIO \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado \_\_\_\_\_ N° de Prontuário: \_\_\_\_\_

Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Hora do início da entrevista :

### 1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Município de residência: \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_

a) Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos                      Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

b) Sexo: (1) masculino (2) feminino

c) O(a) Sr(a) se declara de cor ou raça ?

(1) Branca. (2) Preta. (3) Parda. (4) Amarela. (5) Indígena

d) Qual é a sua situação conjugal atual?

(1) casado (a)/união conjugal estável                      (4) viúvo(a)

(2) solteiro (a)    (9) NS/NR

(3) separado (a) /desquitado (a) ou divorciado (a)

e) Até que ano da escola o (a) Sr(a) completou?

(1) nunca freqüentou, não sabe ler e escrever

(2) nunca freqüentou, sabe ler e escrever

(3) Primário. Qual ano \_\_\_\_                                      (9) curso superior completo.

(4) Ginásio. Qual série \_\_\_\_                                      (10) NS/NR

(5) Colegial. Qual série \_\_\_\_

(6) cursos técnicos incompletos

(7) cursos técnicos completos

(8) curso superior incompleto

f) O(a) Sr(a) mora com quem?

	SIM	NÃO
Só	( 1 )	( 2 )
Cônjuge	( 1 )	( 2 )
Filho(s)/Enteado(s)	( 1 )	( 2 )
Neto(s)	( 1 )	( 2 )
Outro(s)	( 1 )	( 2 )

## 2. ESTADO DE SAÚDE

a) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:

(1) Ótima (2) Boa (3) Má (4) Péssima (5) NS (9)NR

b) O(a) Sr(a) usa óculos?

(1) Sim, com melhora (2) Sim, sem melhora (5) É cego(a)

(3) Não, mas necessitaria 4) Não, não tem necessidade (9) NS/NR

c) O(a) sr(a) usa aparelho de audição?

(1) Sim, com melhora (2) Sim, sem melhora (3) Não, mas necessitaria

(4) Não, não tem necessidade (9) NS/NR

d) Em algum momento um profissional de saúde disse que o(a) sr(a) tem algum destes problemas de saúde?

	SIM		NÃO	NS	NR
	INTERFERE NA VIDA	NÃO INTERFERE			
1) Pressão Alta	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )
2) Doença cardíaca	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )
3) Diabetes	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )
4) Teve derrame	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )
5) Problemas para dormir (insônia)	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )
6) Doença nervosa	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )
7) Problemas de memória	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 9 )	( 0 )

e) O(a) sr(a) teve alguma queda nos últimos 12 meses (ano)?

(1) Sim. Quantas vezes \_\_\_\_\_ (2) Não (9) NS/NR

f) O( a) sr(a) teve alguma fratura nos últimos 12 meses (ano)?

(1) Sim. Quantas vezes \_\_\_\_\_ (2) Não (9) NS/NR

### 3. HÁBITOS DE VIDA

a) O(a) Sr(a) faz atividade física? (1) Sim. (2) Não (9) NS/NR

Quantas vezes por semana? (1) 3 vezes ou mais (2) de 1 a 2 vezes

b) O(a) Sr(a) tem vida sexual ativa?

(1) Sim (2) Não (9) NS/NR

c) Quanto ao fumo de cigarros, o (a) sr(a),

(1) Fuma atualmente (3) Nunca fumou

(2) Já fumou, agora não fuma (9) NS/NR

d) O(a) sr(a), tem hábito de ingerir bebidas alcoólicas?

(1) Sim (2) Não (3) Já bebeu, agora não (9) NS/NR

d1) Se respondeu "sim", perguntar: Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_vezes

e) O(a) Sr(a) participa de alguma atividade de lazer ?

(1) Sim (2) Não. (9)NS/NR

e1) Se respondeu "sim" na anterior, perguntar :

(1) Religiosa. Com que frequência.....

(2) Cinema. Com que frequência.....

(3) Bingos. Com que frequência.....

(4) Centro de Convivência. Com que frequência.....

(5) Baile. Com que frequência.....

(6) Outros. Qual?Com que frequência.....

#### 4. USO DE MEDICAMENTOS

(a) Usa medicamentos para nervo ?

(1) Sim (2)Não (9)NS/NR

(a1) Se sim, perguntar:

Qual(is)?.....

Com que frequência.....

(b) Usa medicamentos para dor ?

(1)Sim (2)Não (9)NS/NR

(b1) Se sim, perguntar:

Qual(is)?.....

Com que frequência.....

(c) Usa medicamentos para alergia ou gripe ?

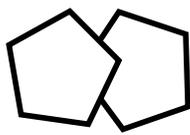
(1)Sim (2)Não (9)NS/NR

(c1) Se sim, perguntar:

Qual(is)?.....

Com que frequência.....

<b>MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL</b>		(0)	(1)
<b>a)</b> Em que dia estamos?	Ano	( )	( )
	Semestre	( )	( )
	Mês	( )	( )
	Dia	( )	( )
	Dia da Semana	( )	( )
<b>b)</b> Onde estamos?	Estado	( )	( )
	Cidade	( )	( )
	Bairro	( )	( )
	Rua	( )	( )
	Local	( )	( )
<b>c)</b> Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las, pausadamente.  Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	( )	( )
	Tijolo	( )	( )
	Tapete	( )	( )
O(a) Sr(a) faz cálculo?	Sim (vá p/a d1). Não (vá p/a d2)		
<b>d1)</b> Se de R\$ 100,00 fossem tirados R\$ 7,00, quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00 (total de 5 subtrações)	93	( )	( )
	86	( )	( )
	79	( )	( )
	72	( )	( )
	65	( )	( )

<b>D2)</b> Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	( )	( )
	D	( )	( )
	N	( )	( )
	U	( )	( )
	M	( )	( )
<b>e)</b> Repita as palavras que disse há pouco	<u>Caneca</u>	( )	( )
	<u>Tijolo</u>	( )	( )
	<u>Tapete</u>	( )	( )
<b>f)</b> Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los.	Relógio	( )	( )
	Caneta	( )	( )
<b>g)</b> Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	( )	( )
<b>h)</b> Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita	( )	( )
	Dobre ao meio	( )	( )
	Ponha-o no chão	( )	( )
<b>i)</b> Leia a ordem e a execute.	FECHE OS OLHOS	( )	( )
<b>j)</b> Escreva uma frase completa.		( )	( )
<b>k)</b> Copie o desenho:		( )	( )

### ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)

ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM (0)	NÃO (1)
	Não recebe ajuda ou somente ajuda para		

1.Banho	uma parte do corpo		
2.Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.		
3.Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda(pode usar andador ou bengala)		
4.Transparência	Consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5.Continência	Controla completamente urina e fezes		
6.Alimentação	Come sem ajuda( exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

#### ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (LAWTON)

	<b>SIM (0)</b>	<b>NÃO (1)</b>
1.Usa telefone?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
2.Consegue ir a locais distantes , usando algum transporte?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
3.Consegue fazer compras?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
4.Consegue preparar suas refeições?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
5. Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial

6. Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
7. Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
8. Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial
9. Consegue cuidar das suas finanças?	Sem ajuda	Não consegue ou com ajuda parcial

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (YESAVAGE)

a) O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a vida?	(1) sim (2)(não)
b) O(a) senhor(a) interrompeu muitas de suas atividades?	(1) sim (2)(não)
c) O(a) senhor(a) acha sua vida vazia?	(1) sim (2)(não)
d) O(a) senhor(a) aborrece-se com freqüência?	(1) sim (2)(não)
e) O(a) senhor(a) sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	(1) sim (2)(não)
f) O(a) senhor(a) teme que algo ruim lhe aconteça?	(1) sim (2)(não)
g) O(a) senhor(a) sente-se alegre a maior parte do tempo?	(1) sim (2)(não)
h) O(a) senhor(a) sente-se desamparado(a) com freqüência?	(1) sim (2)(não)
i) O(a) senhor(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1) sim (2)(não)

j) O(a) senhor(a) acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas	(1) sim (2)(não)
k) O(a) senhor(a) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora?	(1) sim (2)(não)
l) O(a) senhor(a) vale a pena viver como vive agora?	(1) sim (2)(não)
m) O(a) senhor(a) sente-se cheio(a) de energia?	(1) sim (2)(não)
n) O(a) senhor(a) acha que sua situação tem solução?	(1) sim (2)(não)
o) O(a) senhor(a) acha que tem muita gente em situação melhor?	(1) sim (2)(não)

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Estudo do déficit cognitivo e seu diagnóstico em pessoas idosas atendidas na Atenção Básica no município de Jacareí, São Paulo que visa analisar a prevalência de déficit cognitivo em idosos, sintoma de grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas.

Esta pesquisa será realizada nesta unidade de saúde onde perguntaremos sobre questões pessoais e aplicaremos escalas de avaliação de memória, depressão e de capacidade das atividades cotidianas. Esta entrevista dura aproximadamente 20 minutos e será realizada em local reservado.

Na presença de alteração nas escalas de avaliação o Sr. será acolhido pela equipe de saúde para seguimento diagnóstico e tratamento, caso desejar.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, nada lhe será cobrado, e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perdas. A sua identificação será tratada com padrões profissionais de sigilo, assim como as demais resultados e informações prestadas.

O pesquisador solicita sua autorização para acessar seu prontuário médico locado na unidade de saúde para a complementação dos dados pesquisados.

Uma cópia deste documento será arquivado no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para orientar a minha decisão, se assim o desejar. A professora orientadora Tereza E. Rosa e a pesquisadora Márcia Cristina Souza dos Santos certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas entrar em contato pelo telefone (12) 81774755 ou o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo á Rua Santo Antonio, 590 - 01314-000 - Bela Vista - São Paulo/SP - Tel.: (11) 3116-8504

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

MÁRCIA CRISTINA SOUZA DOS SANTOS  
(PESQUISADORA)

DATA:

---

NOME DO PARTICIPANTE

DATA: