

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ANA CLARA LEITE DINIZ

**DECLÍNIO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE
COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE BARREIRAS BAHIA**

Barreiras - BA

2025

ANA CLARA LEITE DINIZ

**DECLÍNIO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE
COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE BARREIRAS BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como um dos requisitos para obtenção título de médica no Curso de Medicina da Universidade Federal do Oeste da Bahia.

Orientador: Profº. Drº. Bruno Klécio
Andrade Teles

Barreiras - BA

2025

FICHA CATALOGRÁFICA

D585 Diniz, Ana Clara Leite.

Declínio cognitivo e fatores associados em idosos de comunidade no município de Barreiras Bahia. / Ana Clara Leite Diniz. – 2025.

39f.

Orientador: Profº. Drº. Bruno Klécus Andrade Teles.

Monografia (Graduação) – Bacharelado em Medicina. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2025.

1. Declínio cognitivo. 2. Idosos. 3. Saúde mental. I. Teles, Bruno Klécus Andrade. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 610



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**



Ana Clara Leite Diniz

**DECLÍNIO COGNITIVO E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE
COMUNIDADE NO MUNICÍPIO DE BARREIRAS BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Medicina da
Universidade Federal do Oeste da Bahia,
como um dos requisitos para obtenção do
título de Médica.

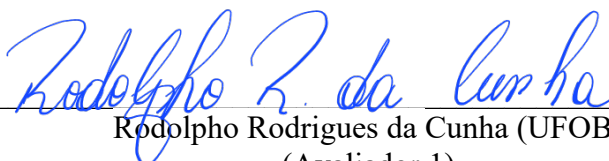
Aprovada com nota 9,9 (nove virgula nove), em 11 de fevereiro de 2025.

Documento assinado digitalmente



BRUNO KLECIUS ANDRADE TELES
Data: 17/02/2025 10:23:02-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Bruno Klecius Andrade Teles (UFOB)
(Presidente da banca e orientador)



Rodolpho Rodrigues da Cunha (UFOB)
(Avaliador 1)

Documento assinado digitalmente



HANIEL PASSOS ELLER
Data: 15/02/2025 14:30:24-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Haniel Passos Eller (PUC Goiás)
(Avaliador 2)

Barreiras - BA

AGRADECIMENTOS

A jornada até a conclusão deste trabalho foi marcada por desafios, aprendizados e, sobretudo, pela presença e apoio de pessoas especiais, a quem dedico minha mais profunda gratidão.

Ao meu orientador, Prof^o. Dr^o. Bruno Klécio, meu sincero agradecimento pela paciência, pelas orientações precisas e pelo compromisso em me guiar por este caminho. Sua dedicação e incentivo foram fundamentais para que este projeto se tornasse realidade.

À minha família, sobretudo meu pai, Lancaster, meu irmão Raphael e meus avós Marilene e Antônio que sempre acreditaram em mim e me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos. A vocês, que são minha base e minha maior motivação, dedico cada conquista alcançada até aqui. É extremamente gratificante poder seguir o exemplo do meu pai dentro da medicina e quem sabe, um dia me tornar uma médica tão humana e competente quanto ele.

Aos meus amigos, por estarem ao meu lado, oferecendo apoio, palavras de incentivo e, muitas vezes, um ombro amigo nos momentos mais difíceis. A amizade de vocês foi uma força essencial ao longo desta caminhada.

Ao meu namorado, Lázaro, por seu amor, paciência e compreensão, mesmo nos momentos em que precisei me dedicar completamente a este projeto. Obrigada por acreditar em mim e ser meu porto seguro em todos os dias dessa jornada.

E a mim. Agradeço por não desistir, por enfrentar cada dificuldade com coragem e determinação, e por acreditar que este sonho era possível. Foi minha persistência, resiliência e esforço que tornaram este momento real, e hoje celebro não apenas o fim de uma etapa, mas o reconhecimento de quem me tornei ao longo dela.

A cada pessoa que, direta ou indiretamente, contribuiu para a realização deste trabalho, deixo aqui meu reconhecimento e gratidão.

EPÍGRAFE

"A tragédia da velhice não é ser velho, mas ser jovem."

— Oscar Wilde

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é uma realidade no contexto mundial e brasileiro, de modo que o número de idosos está em constante crescimento. O déficit cognitivo está intrínseco ao processo de envelhecimento e por isso, entender como esse problema atinge a população idosa é necessário. **Objetivo:** Analisar o declínio cognitivo e os fatores associados em idosos de comunidade em um município na Bahia. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e quantitativo. Nos meses de fevereiro a maio de 2024 foram aplicados um questionário socioeconômico e de saúde, e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), em uma amostra por conveniência, de idosos de uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família, localizada em Barreiras. Foi realizada, posteriormente, uma análise descritiva (frequências) e bivariada (teste de associação Qui Quadrado). **Resultados:** Dos 40 idosos entrevistados, 12 (30%) apresentaram declínio cognitivo. O declínio cognitivo está associado à idade “80 anos ou mais” ($p=0,03$) e ao tabagismo ($p=0,05$). Outros fatores como prática de atividade física e nível de escolaridade também se mostraram relevantes. **Conclusão:** Os resultados evidenciaram que o declínio cognitivo foi mais comum entre os idosos com idade avançada e entre aqueles que relataram ser tabagistas, dados esses já evidenciados em outros estudos e com porcentagem semelhantes.

Palavras-Chave: Declínio cognitivo; Idosos; Saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a reality in the global and Brazilian context, so the number of elderly people is constantly growing. Cognitive deficit is intrinsic to the aging process and therefore, understanding how this problem affects the elderly population is necessary. **Objective:** To analyze cognitive decline and associated factors in community-dwelling elderly people in a municipality in Bahia. **Methodology:** This is an observational, analytical, cross-sectional and quantitative study. From February to May 2024, a socioeconomic and health questionnaire and the Mini Mental State Examination (MMSE) were applied to a convenience sample of elderly people from a Family Health Strategy Unit, located in Barreiras. A descriptive (frequencies) and bivariate analysis (Chi Square association test) was subsequently carried out. **Results:** Of the 40 elderly people interviewed, 12 (30%) showed cognitive decline. Cognitive decline is associated with age “80 years or more” ($p=0.03$) and smoking ($p=0.05$). Other factors such as physical activity and education level also proved to be relevant. **Conclusion:** The results showed that cognitive decline was more common among older adults and among those who reported being smokers, data already evidenced in other studies and with similar percentages.

Keywords: Cognitive deficit; Elderly; Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CCLa	Comprometimento Cognitivo Leve amnésico
CCLna	Comprometimento Cognitivo Leve não amnésico
DA	Doença de Alzheimer
EMAD	Escala Mattis de Avaliação de Demência
MEEM	Miniexame do Estado Mental
TAAVR	Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFOB	Universidade Federal do Oeste da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	PERGUNTA NORTEADORA.....	11
3	HIPÓTESES.....	12
4	JUSTIFICATIVA.....	13
5	OBJETIVOS.....	14
	5.1 OBJETIVO GERAL.....	14
	5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
6	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
	6.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITOS.....	15
	6.2 DIAGNÓSTICO E SINTOMAS.....	16
	6.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.....	17
7	MÉTODOS.....	19
	7.1 TIPO DE ESTUDO.....	19
	7.2 LOCAL DE PESQUISA.....	19
	7.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
	7.4 INSTRUMENTO DE COLETA.....	20
	7.4.1 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	21
	7.5 COLETA DE DADOS.....	23
	7.6 ANÁLISE DE DADOS.....	23
	7.7 ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	23
8	RESULTADOS.....	24
9	DISCUSSÃO.....	27
10	CONCLUSÃO.....	30
11	REFERÊNCIAS.....	31
12	APÊNDICE.....	35
13	ANEXO.....	40

1. INTRODUÇÃO

Em termos de envelhecimento populacional, sabe-se que existe uma forte tendência observada desde 1950, de aumento do número de idosos na composição da população mundial (Alves, 2019). Diante dessa conjuntura, é imprescindível a existência de uma estrutura preparada para suprir a demanda dessa população que necessita de boa qualidade de vida, acesso a serviços de saúde, diversificação econômica e aumento da cobertura da previdência social (Oliveira, 2019).

O processo de envelhecimento se trata de um evento psicossocial, ou seja, compõe mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas que impactam o cotidiano do ser humano (Teixeira, 2020). Nessa fase, é esperado que haja mudanças neurológicas e consequente declínio cognitivo por fatores multifatoriais e inevitáveis (Cochar-Soares; Dati; Delinocente, 2021). Essa redução da capacidade cognitiva deve ser bem entendida para que seja possível estabelecer limites entre o fisiológico e o patológico (Fernández-Calvo; Santos, 2019).

A capacidade de obter conhecimentos é reduzida durante o processo de envelhecimento, sendo que essas mudanças estão relacionadas a fatores genéticos e particulares de cada indivíduo (Pereira *et al.*, 2020). É importante delimitar quando esse déficit se torna demência, haja vista que existem repercussões importantes na vida desse idoso (Silva *et al.*, 2021). A avaliação neurocognitiva deve ser bem explorada no caso individual de cada indivíduo, haja vista seu potencial em diminuir a autonomia e o modo como cada aspecto da vida pode influenciar diretamente no grau e presença do declínio cognitivo (Goulart *et al.*, 2019). Para essa avaliação, é comum utilizar o MEEM devido a sua eficácia e facilidade de aplicação (Smid *et al.*, 2022).

A transição demográfica é acompanhada pela transição epidemiológica e a mudança no cenário de doenças, em que antes as infecciosas ocupavam local de maior importância, e hoje cedem lugar às doenças crônicas (Lordano; Santos; Santos., 2019). Dessa forma, doenças e problemáticas típicas do envelhecimento se tornam mais relevantes, juntamente com as disfuncionalidades cognitivas intrínsecas. Ademais, fatores psicológicos como a depressão e ansiedade devem ser considerados nesse público em razão da perda de autonomia e de seu potencial em propiciar o desenvolvimento de déficit cognitivo (Carvalho; Ribeiro, 2019).

2. PERGUNTA NORTEADORA

Para fins de estratégia da pesquisa foi utilizado o anagrama PICO, elucidado pelas diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Esse acrônimo orienta a construção das questões de pesquisa para que o estudo seja elaborado de uma forma mais clara e objetiva, a partir do significado de cada uma das letras. Dessa forma, a letra P representa a população a ser estudada; I, o interesse ou impacto a ser investigado; C, definida nesse caso como o contexto estudado e O, tradução de outcomes, para os resultados esperados.

Por meio do quadro abaixo, estará representada a estruturação da pergunta da pesquisa: Qual a ocorrência e fatores associados ao declínio cognitivo de idosos de comunidade?

Quadro 1: Construção da pergunta de pesquisa através da PICO.

P: População	Idosos
I: Interesse	Ocorrência e fatores associados
C: Contexto	Comunidade
O: "Outcomes", desfecho	Declínio Cognitivo

Fonte: A própria autora

3. HIPÓTESES

Idosos com declínio cognitivo é uma realidade bastante comum. Estima-se que a ocorrência do declínio cognitivo seja alta, haja vista pesquisas que apresentam resultados mostrando alta frequência de declínio (Gontijo et al., 2022). Outro fator relevante é que o declínio cognitivo está associado a variáveis sociodemográficas como escolaridade, renda e acesso à saúde, que podem predizer maior ou menor prevalência nesse grupo (Pereira et al., 2020).

Por último, existem fatores associados não modificáveis como a idade, sexo e traços genéticos e fatores modificáveis como escolaridade, doenças cardiovasculares e condições neuropsiquiátricas que demonstram diferentes índices de declínio cognitivo em idosos (Paula, 2019).

4. JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é um fenômeno já instaurado na atual conjuntura brasileira, de modo que se faz necessário estudos e reflexões que busquem sanar possíveis problemáticas particulares desse grupo. Nesse sentido, nota-se que o declínio cognitivo é um fator bastante comum e prevalente nessa população (Charchat-Fichman et al., 2005; Quinaloa et al., 2020; Bertoldi et al., 2015). Assim, é relevante que haja estudos que partam desse viés para que seja possível fornecer dados concretos sobre esse declínio cognitivo, considerando-se a importância em delimitar o que é o fisiológico esperado para essa faixa etária e o que é patológico.

O comprometimento cognitivo é um fator recorrente entre idosos e que tem reflexos nos diversos âmbitos sociais e comportamentais. Nesse contexto, infere-se que quando acentuado, podem se transformar em síndromes demenciais que geram grandes mudanças na qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, é crucial entender e caracterizar esses processos devido a sua capacidade de gerar reestruturações familiares, gastos e mudanças no eixo psicossocial (Borelli, 2023).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a ocorrência de declínio cognitivo e os fatores associados em idosos de comunidade.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população de idosos participantes do estudo.
- Identificar a ocorrência de declínio cognitivo nos idosos.
- Identificar fatores associados ao declínio cognitivo em idosos de comunidade.

6. REFERENCIAL TEÓRICO

6.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E CONCEITOS

É importante ressaltar que existe um novo perfil demográfico característico no cenário hodierno brasileiro. Como se tem observado nas últimas décadas, existe uma tendência indicativa de envelhecimento populacional, em paralelo a diminuição cada vez maior das taxas de natalidade. Ao mesmo tempo, nota-se que as taxas de mortalidade diminuem acentuadamente, o que contribui para o fenômeno descrito (Oliveira, 2019). Em termos de envelhecimento populacional, entende-se que existe um aumento no número absoluto e no percentual de idosos em uma população, fato esse já observado desde 1950, mas que se tornou ainda mais presente no século atual (Alves, 2019).

Essa nova conjuntura exige que haja reformulações no modo em que o Brasil gerencia seus serviços dedicados à população idosa. O aumento do número de pessoas com mais de 60 anos requer uma estrutura preparada para lidar com os desafios particulares desse grupo. Nesse viés, são necessárias modificações que permitam boa qualidade de vida, acesso a serviços de saúde eficientes, diversificação econômica e aumento da cobertura da previdência social (Oliveira, 2019).

No que tange ao processo de envelhecimento, é consensual que se trata de um evento biopsicossocial (Teixeira, 2020). Isso significa que é um momento em que existem mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas que impactam diretamente no modo de viver dos seres humanos.

As mudanças fisiológicas, em foco as neurológicas, são inerentes ao processo de envelhecimento, de modo que é natural que exista declínio cognitivo nesta fase da vida. Tais alterações são decorrentes da redução no volume de massa cinzenta em diversas regiões do córtex e da morte ou redução do tamanho dos neurônios. Desse modo, embora não haja total elucidação dos processos neurodegenerativos, sabe-se que se trata de um fator multifatorial e inevitável (Cochar-Soares; Dati; Delincente, 2021).

Reduções na capacidade cognitiva na senescência contribuem diretamente para menor qualidade de vida do idoso e simultaneamente para a diminuição de sua autonomia. O comprometimento cognitivo leve (CCL) ocorre de modo natural e

indica a linha tênue entre o que é considerado fisiológico e o que pode ser fator desencadeante de patologias relacionadas à demência, como a Doença de Alzheimer (Fernández-Calvo; Santos, 2019). Nesse sentido, existem 4 subtipos de CCL, sendo eles CCL amnésico (CCLa) de domínio único, quando ocorre apenas prejuízo da memória, CCLa de múltiplos domínios, com prejuízo da memória e outra função cognitiva, CCL não amnésico (CCLna) de domínio único, quando há prejuízo de funções executivas, ou visuoespaciais, ou de linguagem, dentre outras habilidades cognitivas, com exceção da memória e CCLna de múltiplos domínios, quando o prejuízo inclui mais de um domínio cognitivo, com exceção da memória (Barboza e Barbosa *et al*, 2015).

6.2 DIAGNÓSTICO E SINTOMAS

Entende-se por cognição a capacidade de obter conhecimentos através de domínios cognitivos sendo eles, memória, aptidão para realizar tarefas, poder de aprendizagem e o modo de interagir socialmente. Nesse sentido, mudanças fisiológicas no córtex cerebral em razão do envelhecimento, são responsáveis por desencadear déficits cognitivos leves que refletem nessas áreas de atuação do idoso (Cochar-Soares; Dati; Delinocente., 2021). Ademais, sabe-se que tais mudanças neurológicas e comportamentais, estão diretamente ligadas com fatores não só genéticos, mas também particulares de cada indivíduo. Dentre esses agentes estão a idade, a capacidade funcional, o estado nutricional, o nível de escolaridade e ainda aspectos psicológicos como a depressão (Pereira *et al.*, 2020).

O declínio cognitivo persistente, diferente do declínio cognitivo leve, pode também ser entendido como demência, tendo em vista que interfere diretamente nas atividades sociais e profissionais, de modo a diminuir a autonomia desse idoso (Silva *et al.*, 2021). Em contrapartida, o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) se caracteriza pelo prejuízo da memória episódica, mas sem interferir nas funções cognitivas e funcionais. Entretanto, tal condição se configura como fator de risco para Doença de Alzheimer, um tipo de síndrome demencial (Silva *et al.*, 2021).

Para o diagnóstico de déficits cognitivos leves e síndrome demenciais, sendo esta quando há interferência nas atividades sociais, profissionais e autonomia do idoso, inicia-se uma investigação cuidadosa através de uma anamnese detalhada, exame cognitivo e avaliação funcional. Em outras palavras, o diagnóstico é clínico,

entretanto outros exames, como a ressonância magnética, podem ser realizados para constatar a etiologia dessas condições. (Smid et al., 2022).

A avaliação neurocognitiva de forma detalhada para melhor compreensão do caso é realizada de modo a entender como o declínio cognitivo afeta as atividades diárias do idoso. Neste momento, explorar fatores individuais (idade, escolaridade), fatores culturais (hábitos de leitura e de escrita, classe econômica) e sintomas neuropsiquiátricos (como ansiedade, apatia e depressão) somados a uma extensa bateria de todas as funções cognitivas, executivas e funcionais é imprescindível (Goulart et al., 2019).

Na etapa de avaliação cognitiva, é comumente usado o Miniexame do Estado Mental (MEEM). Esse teste é amplamente utilizado em razão da facilidade de aplicação, familiaridade entre os médicos e a possibilidade de estadiamento do paciente (Smid et al., 2022). Ademais, outros testes podem ser utilizados para examinar o estado mental do idoso. Nessas circunstâncias, podem ser utilizadas ferramentas como a Escala Mattis de Avaliação de Demência (EMAD) e o Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey (TAAVR). A EMAD é muito utilizada para a detecção precoce de demência e diagnóstico diferencial entre Doença de Alzheimer (DA) e outros tipos de demência. O TAAVR é mais específico para o diagnóstico diferencial e avalia os processos de aprendizagem, evocação e reconhecimento da memória episódica, além da memória de curto prazo e distração (Barbosa et al., 2015).

É evidente que existem várias alternativas para o diagnóstico de declínios cognitivos, e que seus sinais e sintomas são bastante característicos. Assim, a anamnese, juntamente com exames para diagnóstico diferencial e testes aplicados aos pacientes, podem confirmar o estágio e gravidade de declínio existente. Com essas ferramentas, é possível mapear estratégias de tratamento com o objetivo de reduzir riscos de acidentes, prolongar a autonomia, diminuir os níveis de estresse para os familiares e em alguns casos evitar ou retardar o declínio progressivo do processo demencial (Trindade et al., 2013).

6.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

No que tange às questões epidemiológicas do envelhecimento, algumas ressalvas devem ser feitas. Inicialmente, cabe esclarecer que, juntamente ao

processo de transição demográfica vivenciado no país desde meados do século XX, existe também a transição epidemiológica e de saúde que acompanha esse fenômeno (Martins et al., 2021).

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, no tempo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica (Vanzella, 2019). Diante do envelhecimento populacional que ocorre no Brasil, uma nova perspectiva a respeito de doenças e fatores de risco passa a desempenhar papel majoritário no serviço de saúde e no âmbito social (Cavalcante; Palmeira, 2023).

De acordo com o Censo realizado em 2022, 14,7% da população brasileira é constituída de idosos, em contraste com 11,3% que existia em 2012. Esses dados mostram que o envelhecimento da população brasileira já é uma realidade e que junto com ele, surge um novo perfil epidemiológico.

Esse perfil, se caracteriza principalmente pelo aumento do número de pessoas com doenças crônicas típicas do envelhecimento. Nesse sentido, essas doenças passam a dividir recursos com doenças infecciosas que já são características de perfil epidemiológico do Brasil, representando um grande desafio para o serviço de saúde (Lordano; Santos; Santos., 2019).

Entre as doenças que aumentaram suas prevalências, a partir dos anos de 1960, destacam-se as doenças osteomioarticulares, do aparelho cardiorrespiratório, metabólicas, cerebrovasculares e neoplasias (Cortez *et al.*, 2019). Assim, observa-se uma tendência diferente daquela já enraizada da alta prevalência de doenças como dengue, Chagas, esquistossomose, entre outras.

Desse modo, o envelhecimento, em conjunto com disfuncionalidades cognitivas, é um novo tema que se torna mais presente e relevante. A demência é um problema de saúde pública crescente, com prevalência entre 3% e 11% entre pessoas com 65 anos ou mais, no mundo. No Brasil, as estatísticas seguem o mesmo padrão (Aprahamian et al., 2008).

O estudo realizado em Minas Gerais (Carvalho; Ribeiro, 2019) mostrou que existe uma correlação entre a alta prevalência de declínio cognitivo e elevado grau de dependência entre os idosos da instituição em questão. Diversos fatores são apontados pela literatura como preditores destes declínios, sendo a própria institucionalização um deles. Nota-se que, quando o indivíduo, mesmo independente, é institucionalizado, ele pode desenvolver diferentes graus de

dependência devido a não aceitação e à dificuldade de se adaptar àquele ambiente, estando predisposto a desenvolver doenças mentais e depressão, fatores de risco para o déficit cognitivo (Carvalho; Ribeiro, 2019).

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa corresponde a um estudo do tipo observacional, analítico e transversal, com idosos residentes na cidade de Barreiras, BA. O estudo observacional analítico é conduzido a partir da análise dos padrões de ocorrência de doenças ou problemas de saúde em uma população, considerando características específicas como pessoa, lugar e tempo. As observações são direcionadas a indivíduos ou grupos, e as informações sobre essas populações são necessárias para medir as distribuições de exposição e doença em cada grupo (Medronho, 2009; Rothman et al., 2011). Um estudo epidemiológico de natureza transversal visa analisar uma amostra representativa da população em um momento específico, proporcionando uma visão das prevalências de várias variáveis em um único instante (Franco; Passos, 2008).

O estudo ainda caracteriza-se como quantitativo devido a sua natureza de coleta e análise de dados numéricos, a fim de observar e compreender padrões, relações e tendências em um grupo populacional ou amostral. Dessa forma, a pesquisa quantitativa explora uma compreensão objetiva e mensurável de fenômenos estudados (Creswell, 2007).

7.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa em questão foi realizada na Unidade de Saúde da Família Martina Clara no bairro Barreirinhas, localizado em Barreiras, Bahia, em área urbana. Segundo informações institucionais fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Barreiras-BA, em 2023, havia uma cobertura de 90% de estratégia de saúde da família e 49 equipes distribuídas pela área rural e urbana. A USF é composta, em sua equipe, por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, psicólogo, entre outros profissionais, e desenvolve atividades que englobam aspectos físicos,

sociais e psicológicos. Essa unidade conta com 3 equipes, sendo elas a 20, 21 e 22.

7.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A pesquisa foi realizada com público de idosos cadastrados na USF Martina Clara, citada acima. Todos os idosos que estavam disponíveis e dispostos a participar da pesquisa e que se encaixavam no perfil do estudo em questão, foram entrevistados. Nesta pesquisa, foi utilizada uma amostragem por conveniência, ou seja, todos os idosos do contexto envolvido que estavam dispostos a participar e que se encaixavam nos critérios de inclusão foram convidados. A amostragem por conveniência baseia-se na acessibilidade e disponibilidade dos participantes selecionados, facilitando recrutamento, monitoramento e acompanhamento da amostra durante o tempo de pesquisa (Creswell, 2007; Bowling, 2014). Nesse estudo não houve intenção de generalizar os resultados à população geral de idoso de Barreiras.

Como critérios de inclusão têm-se ter mais de 60 anos e estarem presentes no momento da aplicação dos instrumentos. Como critérios de exclusão têm-se aqueles que não possuíam capacidade de responder plenamente aos instrumentos devido a condições diagnosticadas de surdez, mudez ou outras questões psiquiátricas.

7.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados socioeconômicos, demográficos e de hábitos relacionados com a saúde foi utilizado um questionário objetivo, com 26 questões, elaborado pela equipe de pesquisa com informações pertinentes aos objetivos do estudo. O instrumento foi previamente testado em um grupo da amostra, e estes dados não foram contabilizados nos resultados.

O instrumento de pesquisa utilizado foi o Mini Exame de Estado Mental (Mini Mental State Examination/MEEM). Esse teste se destaca por ser a ferramenta mais comumente utilizada para rastreio cognitivo em idosos, haja vista que é traduzido para vários idiomas e aceito em vários países. Esse instrumento foi desenvolvido

nos Estados Unidos da América no ano de 1975 e ainda hoje é o principal teste para avaliar sintomas de demência (Melo; Barbosa, 2015).

A escolha de MEEM deve-se a sua capacidade de avaliar de forma padronizada, eficiente, simplificada e rápida o estado clínico dos pacientes. O teste tem a capacidade de avaliar fatores como: memória imediata e de evocação, orientação, cálculo, linguagem, concentração e domínio espacial, com pontuações de corte que variam de acordo com a escolaridade do idoso (Costa *et al.* 2021). As perguntas incluem: orientação no tempo em que se questiona sobre a data atual e a estação do ano; orientação no espaço em que o idoso deve saber se localizar geograficamente; registro de palavras em que três palavras são ditas ao entrevistado e posteriormente deve-se questionar quais eram essas palavras; cálculo, com contas simples de subtração; linguagem, com a nomeação de objetos e repetição de frases e por último, construção visual em que é solicitado que o entrevistado copie um desenho geométrico.

O exame abrange questões que geram um escore máximo de 30 pontos. Pelo fato deste teste ser utilizado em todo o mundo e possuir relação com idade e escolaridade, existem discrepâncias em relação aos pontos de corte. No Brasil não existe um consenso em relação ao corte, por isso, serão utilizados os parâmetros explanados por Brucki *et al.*, (2003) de forma adaptada. Nesse viés, foram considerados como ponto de corte o score 20, tanto para analfabetos como para alfabetizados. De acordo com a pontuação obtida pelo entrevistado, o resultado foi exposto como “com declínio cognitivo” ou “sem declínio cognitivo”

7.4.1 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Os quadros abaixo descrevem as variáveis que foram utilizadas neste estudo.

Quadro 2: Variável dependente do estudo

Variável Dependente	Categorias	Categorias Dicotomizadas
Declínio Cognitivo	Com	Com
	Sem	Sem

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3: Variáveis independentes do estudo

Variáveis Independentes	Categorias	Categorias Dicotomizadas
Sexo	Feminino; Masculino	Feminino; Masculino
Raça/Cor	Branca; Preta ou Parda; Outros	Branca; Não-branca
Faixa Etária	60-70 anos; 70-80 anos; 80 ou mais	60-79 anos; 80 ou mais
Naturalidade	Barreirense; Não-barreirense	Barreiras; Outros
Escolaridade	Não-alfabetizado; Alfabetizado; Escola ou Ensino Superior Completo	Alfabetizado; Não-alfabetizado
Residência	Sozinho; Filhos e/ou Cônjuges; Outros familiares; ILPI; Outros	Sozinho; Não-sozinho
Estado Civil	Casamento/União estável; Solteiro; Divórcio/ Viúvo	Sem companheiro; Com companheiro
Religiosidade	Sim; Não	Sim; Não
Fonte de Renda	Desempregado; Empregado; Benefícios; Aposentadoria	Possui; Não possui
Ocupação	Sim; Não	Trabalha; Não trabalha
Tabagismo	Sim; Não	Sim; Não
Etilismo	Sim; Não	Sim; Não
Comorbidades	Sim; Não	Sim; Não
Cuidados médicos no último ano	Sim; Não	Sim; Não
Medicações	Sim; Não	Sim; Não
Atividade Física	Sim; Não	Sim; Não
Vulnerabilidade Econômica	Sim; Não	
Hábitos Alimentares	1 refeição; 2 refeições; 3 ou mais refeições	1 refeição; 2 refeições; 3 ou mais refeições
Hábitos de sono (7h/noite)	Sim; Não	Sim; Não
Autonomia	Sim; Não	Sim; Não

Fonte: Elaboração própria

7.5 COLETA DOS DADOS:

A coleta de dados foi realizada por três estudantes do curso de Medicina da UFOB, que foram devidamente treinadas e padronizadas para aplicação dos testes no público alvo. Os testes foram realizados em momento individual com cada entrevistado, a fim de diminuir vieses e influências de terceiros nas respostas dadas e resguardar a privacidade. A entrevista foi feita presencialmente no local determinado para a pesquisa, sendo esse a USF Martina Clara. O tempo de coleta não foi superior a 30 minutos com o intuito de não deixar os entrevistados cansados e desinteressados nas respostas dadas durante a entrevista.

Os questionários foram armazenados em um envelope identificado com as informações da pesquisa, e este permaneceu guardado no gabinete do professor orientador. Os questionários foram tabulados em uma planilha do excel e armazenados no computador pessoal da pesquisadora, em uma pasta destinada à pesquisa.

7.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio do software SPSS 2.0. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos dados na qual frequência absoluta e frequência relativa foram expostas. Ainda neste sentido, foi utilizado o Teste Qui-Quadrado, a fim de identificar associação entre as variáveis (dicotomizadas nesta etapa) e o desfecho (ter ou não declínio).

7.7. ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Este trabalho é um recorte de um dos desfechos de um projeto maior intitulado “Saúde Mental e fatores associados em idosos institucionalizados e de comunidade”. Essa pesquisa maior possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Oeste da Bahia, a partir do parecer 6.923.430.

8. RESULTADOS

Foram entrevistados 40 idosos cadastrados na USF Martina Clara, dos quais 29 (72,5%) foram do sexo feminino e 11 (27,5%) do sexo masculino.

Tabela 1. Caracterização demográfica dos idosos do estudo

Características	n (%)	Declínio Cognitivo		p valor
		Sem declínio n (%)	Com declínio n (%)	
Sexo				
Masculino	11 (27,5)	7 (17,5)	4 (10)	0,70
Feminino	29 (72,5)	21(52,5)	8 (20)	
Raça/cor				
Branca	7 (17,5)	3 (7,5)	4 (10)	0,16
Não branca	33 (82,5)	25 (62,5)	8 (20)	
Faixa etária				
60 a 79 anos	32 (80)	25 (62,5)	7 (17,5)	0,03*
80 anos ou mais	8 (20)	3 (7,5)	5 (12,5)	
Naturalidade				
Barreiras	8 (20)	5 (12,5)	3 (7,5)	0,67
Outros	32 (80)	23 (57,5)	9 (22,5)	
Nível de escolaridade				
Alfabetizados	9 (22,5)	4 (10)	5 (12,5)	0,09
Não alfabetizado	31 (77,5)	24 (60)	7 (17,5)	
Estado civil				
Sem companheiro(a)	23 (57,5)	17 (42,5)	6 (15)	0,53
Com companheiro(a)	17 (42,5)	11 (27,5)	6 (15)	
Com quem reside				
Sozinho	3 (7,5)	3(7,5)	0 (0)	0,54
Não sozinho	37 (92,5)	25 (62,5)	12 (30)	
Prática de religião				
Sim	29 (72,5)	20 (50)	9 (22,5)	1,00
Não	11 (27,5)	8 (20)	3 (7,5)	
Trabalha				
Trabalha	11 (27,5)	9 (22,5)	2 (5)	0,45
Não trabalha	29 (72,5)	19 (47,5)	10 (25)	
Fonte de renda				
Possui	38 (95)	28 (70)	10 (25)	0,08
Não possui	2 (5)	0 (0)	2 (5)	
Total	40 (100)	28 (60)	12 (30)	

*Significância estatística ($p \leq 0,05$)

P-valor: Teste Qui-Quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 1 acima descreve a associação entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho possuir ou não declínio cognitivo. Dentre as variáveis testadas, a faixa etária “80 anos ou mais” está associada ($p = 0,03$) à presença de declínio cognitivo, possuindo aproximadamente 6 vezes mais chance de possuir declínio cognitivo do que o grupo de 60 a 79 anos (OR = 5,9; IC = 1,33 -

31, 26). Ademais, a variável “nível de escolaridade” apresentou um resultado interessante, apesar de não haver significância estatística ($p = 0,09$), possivelmente devido ao número amostral pequeno.

Tabela 2. Caracterização e hábitos de saúde dos idosos do estudo

Características	n (%)	Declínio Cognitivo		p
		Sem declínio	Com declínio	
		n (%)	n (%)	
Fumante				
Sim	6 (15)	2 (5)	4 (10)	0,05**
Não	34 (85)	26 (65)	8 (20)	
Consumo de álcool				
Sim	6 (15)	3 (7,5)	3 (7,5)	0,34
Não	34 (85)	25 (62,5)	9 (22,5)	
Autoavaliação da saúde				
Ótima ou boa	24 (60)	18 (45)	6 (15)	0,39
Ruim ou péssima	16 (40)	10 (25)	6 (15)	
Consulta no último ano				
Sim	35 (87,5)	23 (57,5)	12 (30)	0,29
Não	5 (12,5)	5 (12,5)	0 (0)	
Medicação diária				
Sim	34 (85)	23 (57,5)	11 (27,5)	0,64
Não	6 (15)	5 (12,5)	1 (2,5)	
Doença crônica				
Sim	33 (82,5)	22 (55)	11 (27,5)	0,65
Não	7 (17,5)	6 (15)	1 (2,5)	
Prática de atividade física				
Sim	19 (47,5)	16 (40)	3 (7,5)	0,08
Não	21 (52,5)	12 (30)	9 (22,5)	
Queda no último ano				
Sim	14 (35)	8 (20)	6 (15)	0,19
Não	26 (65)	20 (50)	6 (15)	
Insegurança alimentar				
Sim	0 (0)	0 (0)	0(0)	-
Não	40 (100)	28 (70)	12 (30)	
Quantidade de refeições por dia				
Uma	2 (5)	1 (2,5)	1 (2,5)	0,77
Duas	2 (5)	2 (5)	0 (0)	
Três	36 (90)	25 (65,5)	11 (27,5)	
Dorme mais de 7h				
Sim	28 (70)	19 (47,5)	9 (22,5)	0,72
Não	12 (30)	9 (22,5)	3 (7,5)	
Atividade da vida diária				
Sim	40 (100)	28 (70)	12 (30)	-
Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Andar, sentar e girar				
Sim	29 (72,5)	21 (52,5)	8 (20)	0,70
Não	11 (27,5)	7 (17,5)	4 (10)	
Total	40 (100)	28(70)	12 (30)	

*Significância estatística ($p < 0,05$)

**p valor: teste *Qui Quadrado* ou *Teste Exato de Fisher*

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 2 abaixo apresenta a associação entre as variáveis correspondentes aos hábitos de saúde dos idosos e o desfecho possuir ou não declínio cognitivo. Percebe-se que a categoria “fumante” está associada à presença de declínio ($p=0,05$). Além disso, a variável atividade física obteve um resultado interessante apesar de não haver significância estatística ($p = 0,08$), possivelmente devido ao número amostral pequeno.

O quadro 3 abaixo expõe as médias dos resultados obtidos por cada participante da pesquisa no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), separados por idade e pontuação em cada dimensão. Na tabela, temos como dimensões: orientação no tempo e espaço, atenção e cálculo, evocação e linguagem. Na primeira coluna estão representados os desfechos, o resultado geral e o score máximo a ser obtidos, a fim de criar um parâmetro para avaliação das médias apresentadas. Na segunda, a média das idades. Na terceira, a média das pontuações no quesito “orientação no tempo e espaço”. Na quarta, a média da pontuação em “registros”. Na quinta, a média da pontuação em “atenção e cálculo”. Na sexta, a medida da pontuação em “evocação”. Na sétima, a média da pontuação em linguagem. Na última coluna, tem-se a média das pontuações totais obtidas.

A média geral das idades dos idosos entrevistados é 71,37 e a média das pontuações totais gerais é 21,7. Nota-se que a média das idades dos idosos com declínio cognitivo é mais elevada quando comparada aos idosos sem declínio. Além disso, na dimensão “atenção e cálculo”, as médias das pontuações nos desfecho “com declínio” (0,25) e “sem declínio” (1,50) são bem discrepantes. A média das idades dos idosos com declínio é 75,33 enquanto a média dos sem declínio é 69,97.

Quadro 3. Médias dos resultados nas dimensões do MEEM para idosos de comunidade (n=40)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL							
Desfecho	Idade no Teste (\bar{x})	Orien. Tem./ Esp. (\bar{x})	Registros (\bar{x})	Atenção e Cálculo (\bar{x})	Evocação (\bar{x})	Linguagem (\bar{x})	Total (\bar{x})
Com declínio	75,33	5,03	2,96	0,25	2,17	6,83	16,08
Sem declínio	69,97	9,46	2,91	1,50	1,08	8,32	24,10
Resultado geral	71,37	8,15	2,95	1,12	1,85	7,65	21,7
Score máx.	-	10	3	5	3	9	30

Fonte: Elaboração própria.

9. DISCUSSÃO

Através dos resultados encontrados, foi possível analisar a ocorrência do declínio cognitivo e perceber alguns fatores associados ao mesmo. Observou-se que idosos com mais de 80 anos apresentam mais declínio cognitivo quando comparados com idosos de 60 a 79 anos, corroborando outros estudos que encontraram essa relação (Nascimento et al., 2015; Silva et al., 2022; Machado et al., 2007). Esse fato se deve principalmente às alterações neurológicas e psíquicas típicas do processo de envelhecimento e que se acentuam com o passar do tempo, o que gera comprometimento no desempenho de aprendizagem, de evocação da memória, cognição e raciocínio, influenciando diretamente nas atividades que exigem maior concentração e rapidez. Dessa forma, é esperado que idades mais avançadas apresentem um quadro de declínio cognitivo mais acentuado quando em análise apenas a idade do indivíduo (Argimon; Stein, 2005; Horacio et al., 2017).

Além disso, esse estudo constatou que idosos com mais de 80 anos possuem, em média, 6 vezes mais chances de desenvolverem declínio cognitivo quando comparado a idosos com menos de 80 anos. A chance aumentada de desenvolvimento de declínio também já foi observada em outros trabalhos realizados em diferentes regiões do Brasil (Bertoldi et al., 2015; Ferreira et al., 2011; Dias et al., 2015) e é decorrente da diminuição da capacidade cerebral de armazenar e recuperar informações que ocorre fisiologicamente junto ao envelhecimento e sua consequente limitação da plasticidade neural.

Ademais, é de extrema importância que haja estratégias direcionadas aos grupos de idosos para facilitar o acesso às Unidades Básicas de Saúde. A idade avançada acarreta, muitas vezes, dificuldade de movimentação ou certa dependência de familiares e cuidadores. Esse contexto gera maior inacessibilidade aos serviços da Atenção Básica, de modo que se faz ainda mais necessário ações como visitas e atendimentos domiciliares. Maior acompanhamento da saúde dos idosos, torna o processo de envelhecimento mais saudável e assistido por profissionais de saúde, além de fortalecer o vínculo entre as partes (Santos; Cunha, 2017; Assis; Castro-Silva, 2018).

Idosos que fumam apresentam mais declínio cognitivo, assim como já demonstrado em pesquisas pregressas (Horacio et al., 2017; Santos et al. 2012). Isso se deve ao fato de que o tabagismo predispõe a doenças crônicas e a

deterioração da saúde do idoso em diversos aspectos como pulmonar, cardiovascular, tegumentar e emocional, o que reflete também no estado neurológico e psíquico e no aceleração dos processos degenerativos a longo prazo, decorrente da diminuição do fluxo sanguíneo no sistema nervoso (Nunes, 2006; Santos et al., 2012). O fator tabagismo deve ser melhor investigado para estabelecer mais claramente sua associação com declínio cognitivo.

Nesse sentido, a Atenção Primária exerce papel primordial na conscientização a respeito do tabagismo e na promoção de ações que visem o abandono do hábito e o tratamento de suas possíveis comorbidades associadas, como DPOC, Câncer de Pulmão e o próprio declínio cognitivo. Ademais, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, vigente desde 1989, propicia maior embasamento teórico a respeito de possíveis formas de trabalhar o tema, de forma acessível e democrática, também no sistema de saúde.

Ademais, a prática de atividade física vem se demonstrando um fator de proteção para o declínio cognitivo em idosos. Essa constatação está de acordo com o encontrado em outros trabalhos realizados com idoso no país (Coelho et al., 2006; Soares et al., 2013; Petroianu et al., 2010; Oliveira et al., 2019). A relação de proteção que a atividade física exerce perante ao declínio cognitivo se deve aos diversos benefícios que o exercício pode proporcionar, tais como: prevenção de doenças crônicas, melhora da saúde cardiovascular, redução de risco de comorbidades, aumento da expectativa de vida, prevenção de disfunções ósseas e musculares, que podem diminuir a autonomia do idoso, e melhora nas habilidades sociais e interação com o ambiente (Civinski et al., 2011; Mello et al., 2005; Antunes et al., 2006). Tais benefícios da atividade física parecem favorecer a diminuição dos sinais e sintomas característicos de declínio cognitivo, principalmente por meio da maior vascularização e oxigenação do sistema nervoso (Oliveira et al., 2019).

No processo de envelhecimento, o estímulo à prática de atividades físicas é primordial para garantir melhor adaptação do corpo à nova forma de funcionar. Assim, é importante que as UBS dos bairros estejam preparadas para fornecer as informações necessárias a respeito dos benefícios da prática, além de pensar em atividades com a equipe multidisciplinar para colocar os idosos em movimentos (Siqueira et al., 2009; Siqueira et al., 2008; Santos et al., 2012; Santana et al., 2022). Em algumas comunidades, já existe espaço público em praças e parques para a

prática de atividade física, focada no grupo da terceira idade. Ações como essa devem ser incentivadas, valorizadas e espalhadas por toda a cidade.

É importante ressaltar que o sedentarismo entre os idosos é um fator que diminui a autonomia e a realização das atividades básicas diárias, o que causa uma dependência cada vez maior dos familiares e cuidadores. Essa potencial perda de autonomia agrava o processo de envelhecimento e de condições degenerativas, acentuando o declínio cognitivo e outras questões psíquicas como a depressão (Oliveira et al., 2019).

Observa-se que a maioria dos idosos participantes não são alfabetizados. A quantidade de anos de estudo são protetivas quando se fala em declínio e demências (Falcão et al., 2012; Coelho et al., 2012; Foroni e Santos, 2012). Isso se deve à estimulação neuronal decorrente da obtenção de conhecimento, armazenamento de informações, da capacidade de relacionar elementos, realizar associações lógicas e evocar tais assimilações. A escolaridade também predispõe ao melhor desempenho em testes neuropsicológicos, como o MEEM.

De forma indireta, o maior nível de escolaridade acaba por proporcionar a capacidade de adquirir mais recursos financeiros que podem melhorar a qualidade de vida e conhecimento sobre formas de autocuidado, saúde e prevenção de doenças, além de facilitar o acesso a médicos, exames, remédios, atividades físicas, de lazer e alimentação adequada, fatores esses que também são protetivos para declínio cognitivo (Santos et al., 2012; Machado et al., 2011; Silva et al., 2021).

Apesar da relevância dos dados resultantes dessa pesquisa, o estudo possui limitações. Tem-se um número amostral suficiente, mas pequeno, de modo que respostas mais específicas não foram obtidas com clareza. Recomenda-se que outros estudos se aprofundem na relação do tabagismo, do sedentarismo e de possuir fonte de renda com o declínio cognitivo em idosos, haja vista que tais variáveis estão ligadas com qualidade de vida, atividades de lazer e condições de saúde, fatores esses que podem influenciar diretamente os aspectos neurológicos e psíquicos do indivíduo. Estudos com maior amplitude e análises longitudinais poderão aprofundar os resultados encontrados e consolidar os dados apresentados.

10. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou investigar a ocorrência de declínio cognitivo e os fatores associados em idosos de comunidade residentes no bairro Barreirinhas em Barreiras, Bahia, e assistidos pela UBS Martina Clara. Os resultados evidenciaram que o declínio cognitivo foi mais comum entre os idosos com idade avançada e entre aqueles que relataram ser tabagistas, resultado este já esperado quando considerado as referências bibliográficas com a mesma temática (Silva et al., 2022; Horacio et al., 2017; Santos et al 2012). As avaliações pelo MEEM demonstraram que os idosos com declínio cognitivo apresentaram desempenho inferior em diversas dimensões do teste, especialmente em atenção e cálculo, refletindo as limitações cognitivas mais marcantes nesse grupo.

Os resultados reforçam a importância de intervenções preventivas para promover o envelhecimento saudável e reduzir os riscos de declínio cognitivo. Identificar precocemente o declínio cognitivo e seus fatores associados é fundamental para viabilizar estratégias preventivas e terapêuticas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida no envelhecimento.

11. REFERÊNCIAS:

- ALVES, José Eustáquio Diniz. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU. **Revista LongeViver**, São Paulo, ano 2019.
- ANTUNES, H. K. M. et al.. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 12, n. 2, p. 108–114, mar. 2006.
- APRAHAMIAN, Ivan *et al.* Rastreo cognitivo em idosos para o clínico. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, Campinas, SP, ano 2008.
- ARGIMON, I. I. DE L.; STEIN, L. M.. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 64–72, jan. 2005.
- ASSIS, Audrey Silva de e Castro-Silva, Carlos Roberto de Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado . *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 28, n. 03
- BARBOSA, Eduarda Naidel Barboza e et al . Perfis neuropsicológicos do Comprometimento Cognitivo Leve no envelhecimento (CCL). **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle , v. 7, n. 2, p. 15-23, 2015 .
- BARBOSA, Eduarda Naidel Barboza e et al . Perfis neuropsicológicos do Comprometimento Cognitivo Leve no envelhecimento (CCL). **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle , v. 7, n. 2, p. 15-23, 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792015000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 out. 2023. <http://dx.doi.org/10.5579/rnl.2015.0257>.
- BERTOLDI, Josiane Teresinha; BATISTA, Ana Camila; RUZANOWSKY, Samanta. Declínio cognitivo em idosos institucionalizados: revisão de literatura. **Cinergis**, v. 16, n. 2, p. 152-156, 2015.
- BERTOLUCCI, Paulo HF et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, p. 01-07, 1994.
- BORELLI, Wyllians José Vendramini. **Fluxograma de declínio cognitivo em idosos : revisão de literatura e desenvolvimento de um protocolo institucional**. Orientador: Raphael Machado Castilhos. 2023. TCC (Especialização) - Curso de Medicina, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre , 2023.
- BOWLING, Ann. **Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services**. 4. ed. Nova Iorque: Open University Press, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4374657/mod_resource/content/1/Research%20Methods%20in%20Health.pdf. Acesso em: 14 nov. 2023.
- BRUCKI, S. M. D. et al.. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777–781, set. 2003.
- CARVALHO, Elaine Silvia; RIBEIRO, Priscilla Rosa Queiroz. Relação entre cognição e capacidade funcional em idosos institucionalizados de São Gotardo/MG. **Perquirere**, v. 1, n. 16, p. 271-283, 2019.
- CHARCHAT-FICHMAN, H. et al.. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 79–82, mar. 2005.
- CIVINSKI, Cristian; MONTIBELLER, André; DE OLIVEIRA, André Luiz. A importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da UNIFEBE**, v. 1, 2011.
- COELHO, F. G. DE M. et al.. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, n. 2, p. 163–170, jun. 2009.

COELHO, F. G. DE M. et al.. Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 7–15, 2012.

CRESWELL, John W. PROJETO DE PESQUISA: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0892-0.

COSTA, Tanise Nazaré Maia *et al.* Análise do Mini COCHAR-SOARES, Natália; DELINOCENTE, Maicon Luís Bicigo; DATI, Livia Mendonça Munhoz. Fisiologia do envelhecimento: da plasticidade às consequências cognitivas. **Revista Neurociências**, São Paulo, ano 2021.

DE OLIVEIRAA, Henrique Souza Barros et al. Baixos níveis de atividade física associados a declínio cognitivo, sintomas depressivos e dificuldade de mobilidade em idosos vinculados a uma operadora de saúde. **SBGG [Internet]**, v. 13, 2019.

DIAS, E. G. et al.. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1623–1635, ago. 2015.

Exame do estado mental de Folstein em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, 2021.

FALCÃO, Daniel et al. Envelhecimento e funcionamento cognitivo: o papel da escolaridade e profissão. In: **I Congresso Internacional de Gerontologia Social dos Açores–Problemáticas e desafios. Construção duma nova realidade**. 2012. p. 116-119.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 29-35, 2011. DOI: 10.1590/S0103-21002011000100004. Disponível em: . Acesso em: 8 jan. 2025.

FORONI, Priscila Martins; DOS SANTOS, Patricia Leila. Fatores de risco e proteção associados ao declínio cognitivo no envelhecimento-revisão sistemática de literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 364-373, 2012.

FRANCO, Laércio Joel; PASSOS, Afonso Dinis Costa. **Fundamentos de Epidemiologia. 2. ed.** Barueri, SP: Manole, 2011.

GEOVANDIR, André Lordano; SANTOS, Daiane Santana; DOS SANTOS, Eva Teixeira. A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL, BRASIL: O CASO DOS ÓBITOS POR ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS E NEOPLASIAS NOS ANOS DE 2007 A 2017. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 34, p. 129, 2019.

GONTIJO, A. P. S. et al.. Declínio cognitivo e uso de medicamentos na população de idosos institucionalizados de uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 163–172, abr. 2022.

GOULART, Mariana et al. Diagnóstico neuropsicológico diferencial entre o Transtorno Depressivo Maior e o Comprometimento Cognitivo Leve: estudo de caso. **Neuropsicología Latinoamericana**, v. 11, n. 2, 2019.

Grupo Anima Educação. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Belo Horizonte: **Grupo Anima Educação**; 2014.

LEAL CORTEZ, Antônio Carlos et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 5, 2019.

- MACHADO, J. C. et al.. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 592–605, dez. 2007.
- MACHADO, J. C. et al.. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 109–121, jan. 2011.
- MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4483-4496, 2021.
- MEDRONHO, Roberto A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Juiz de Fora, 2015.
- MELLO, M. T. DE . et al.. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 11, n. 3, p. 203–207, maio 2005.
- NASCIMENTO, R. A. S. A. DO . et al.. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 3, p. 187–192, jul. 2015.
- NUNES, Emília. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 2, p. 225-44, 2006.
- OLIVEIRA, Anderson Silva. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Espírito Santo , 2019.
- PAULA, Tereza Cristina Martins de. **Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos longevos assistidos na saúde suplementar**. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.
- PEREIRA, X. DE B. F. et al.. Prevalência e fatores associados ao deficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. e200012, 2020.
- PETROIANU, A. et al.. Atividade física e mental no risco de demência em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 302–307, 2010.
- QUINALOA, Jhonatan Gualberto Llamuca et al. Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. **INNOVA Research Journal**, v. 5, n. 3, p. 13, 2020.
- ROTHMAN, Kenneth J. et al. *Epidemiologia Moderna*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- SANTANA, Nayara et al. Corpo e saúde: concepções de um grupo de idosos de Práticas Corporais de uma Unidade Básica de Saúde em Goiânia. **Saúde e Sociedade**, v. 31, p. e201055pt, 2022.
- SANTOS, Gerson Souza; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.
- SANTOS, Mayara Suellen Guedes; FERNÁNDEZ-CALVO, Bernardino. ANÁLISE NEUROPSICOLÓGICA NO COMPROMETIMENTO COGNITIVO LEVE E SINTOMAS DEPRESSIVOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA. **CIEH**, Paraíba, ano 2019.
- SANTOS, Regiane Penaforte et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, p. 14-21, 2012.
- SILVA, Valgerlângela Maria Sousa da; COSTA, Valéria Teixeira da; BARBOSA, Genilda de Andrade; COSTA, Andréia Braga da; ASSIS JUNIOR, Carlos Filgueiras de; BOTELHO, Eltienne Geane de

SILVA, Bruna de Sousa *et al.* Diagnósticos diferenciais das deficiências cognitivas em idosos. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, ano 2021.

SILVA, Diego Augusto Santos; SILVA, Kelly Samara da; SILVA, Raquel Jesus da; MALTA, Deborah Carvalho. Nível insuficiente de atividade física em adolescentes brasileiros: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 5, p. 425-434, 2017. DOI: 10.12820/rbafs.v22n5p425-434. Acesso em: 8 jan. 2025.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes *et al.* Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 203-213, 2009.

SIQUEIRA, Fernando V. *et al.* Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 39-54, 2008.

SOARES, Ricardo de Medeiros; DINIZ, Ariane Brito; CATTUZZO, Maria Teresa. Associação entre atividade física, aptidão física e desempenho cognitivo em idosos. **Motricidade**, v. 9, n. 2, p. 85-94, 2013.

SOUSA DA SILVA, VALGERLÂNGELA *et al.* DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE, BRASIL. **Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research**, v. 37, n. 2, 2021.

Souza; SOUZA, Orivaldo Florêncio de; COSTA, Emmerson Corrêa Brasil da. Declínio cognitivo em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família no município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, Rio Branco, Vol.37,n.2,pp.10-16 (Dez 2021 – Fev 2022)

TEIXEIRA, S. M.. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. **Serviço Social & Sociedade**, n. 137, p. 135–154, jan. 2020.

VANZELLA, Elídio *et al.* O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS. **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais**. Campina Grande: Realize Editora, p. 677-95, 2020.

12. APÊNDICE

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Local da entrevista: _____

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo (1) Masculino (2) Feminino

2. Raça/cor (1) Branca (2) Preta ou parda (3) Outros

3. Quantos anos completos o(a) Sr(a) tem? (Idade em anos) _____

4. Naturalidade: (cidade e estado onde nasceu) _____

5. O Senhor (a) estudou?

(1) Não alfabetizado (2) Alfabetizado (3) Terminei a escola ou curso universitário

6. Qual o seu estado civil atual?

(1) Solteiro (2) Casado/união estável/ (3) Desquitado/separado/divorciado/ viúvo.

7. Com quem reside?

(1) Sozinho (2) Filhos e/ou cônjuge (3) Outros familiares (4) ILPI (5) Outros

8. É praticante/frequenta alguma religião?

(1) Sim (2) Não

9. O Sr. Exerce alguma atividade atualmente (trabalho remunerado ou não)?

(1) Não trabalho (2) Trabalho eventual/autônomo/voluntário (3) Trabalho remunerado]

10. O Sr. (a) possui alguma fonte de renda? Se sim, qual (Quais)?

(1) Não possui (2) Trabalho (3) Benefícios (4) Aposentadoria (5) Outros

11. O(a) Sr(a) fuma?

(1) Sim (2) Não

12. O(a) Sr(a) consome bebida alcoólica?

(1) Sim (2) Não

13. Em geral, como o(a) Sr(a) acredita que está a sua saúde?

(1) Ótima (2) Boa (3) Ruim (4) Péssima

14. O(a) Sr(a) esteve em consulta com profissional de saúde nos últimos 12 meses (último ano)?

(1) Sim (2) Não

15. O(a) Sr(a) usa medicação diariamente?

(1) Sim (2) Não

16. Os medicamentos foram prescritos pelo médico?

(1) Sim, todos (2) Alguns (3) Não

17. O(a) Sr(a) tem alguma doença crônica (explicar o que é e dar exemplos).

(1) Sim (2) Não

18. O(a) Sr(a) pratica alguma atividade física?

(1) Não pratica (2) Sim, uma vez na semana (3) Sim, mais de uma vez na semana

19. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses (último ano)?

(1) Sim (2) Não

20. Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) Sr(a) já sentiu fome, e não comeu porque não tinha comida, não tinha suficiente em casa, ou não possuía dinheiro para comprar

(1) Sim (2) Não

21. O(a) Sr(a) realiza quantas refeições no dia?

(1) Uma (2) Duas (3) Três ou mais

22. O(a) Sr(a) dorme mais de sete horas por dia?

(1) Sim (2) Não

23. O(a) Sr(a) consegue realizar as atividades da vida diária sozinho (tomar banho, andar, comer, se vestir, levantar, etc)?

(1) Sim (2) Não

24. O(a) Sr(a) consegue andar, sentar, levantar, girar o corpo sem dificuldades?

(1) Sim (2) Não

25. Em geral, como o(a) Sr(a) acredita que está a sua visão?

(1) Ótima (2) Boa (3) Ruim (4) Péssima

26. Em geral, como o(a) Sr(a) acredita que está a sua audição?

(1) Ótima (2) Boa (3) Ruim (4) Péssima

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Saúde Mental e fatores associados em idosos institucionalizados e de comunidade”, que tem como objetivo principal identificar sintomas de Declínio Cognitivo, Depressão e a Qualidade de Vida em idosos não institucionalizados e de comunidade em Barreiras-BA.

O motivo que nos leva a estudar o tema é a alta prevalência e incidência de casos apontados pela literatura científica, relacionados à saúde mental no público idoso, juntamente com um número relevante de casos atendidos pelos profissionais da rede SUS.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: Será aplicado um questionário socioeconômico, um questionário de avaliação da Qualidade de Vida, um questionário de avaliação de sintomas depressivos e um questionário que avalia o declínio cognitivo. Apesar de mínimos, os possíveis riscos psicológicos individuais (imediatos ou tardios) ocasionados por algum tipo de mobilização (impacto psicológico negativo) decorrente da resolução dos instrumentos de avaliação da pesquisa, serão monitorados e minimizados pelo seguimento de todas as recomendações éticas da resolução 466/2012 do CNS e pelo apoio do psicólogo do grupo de pesquisa. Esta pesquisa oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir e aliviar problemas de saúde mental que afetam o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: possui 60 anos ou mais. O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: condições diagnosticadas de surdez, mudez ou outras condições psiquiátricas, não possuam a capacidade de responder integralmente aos instrumentos. Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou

interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal do Oeste da Bahia e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo Saúde Mental e fatores associados em idosos institucionalizados e de comunidade, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Barreiras/Bahia, _____ de _____ de 2024.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia

Rua Professor José Seabra de Lemos, 316 – Recanto dos Pássaros. CEP: 47.808-021. Barreiras, Bahia.

Tel. 55(77) 3614-3508 / E-mail: cep@ufob.edu.br

13.ANEXO

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Mini-Mental de Folstein (1975), adaptado por Brucki <i>et al</i> (2003)		
ORIENTAÇÃO	Pontos	Pontuação
* Qual é o (ANO) (ESTAÇÃO) (MÊS) (DIA) e (DIA DA SEMANA)	0-5	o
* Onde estamos (PAÍS) (ESTADO) (CIDADE) (LOCAL)	0-5	
REGISTRO		
* Dizer três palavras: PENTE – RUA – CANETA Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Após algum tempo, pergunte pelas 3 palavras após tê-las nomeado. Pedir para repetir 2x.	0-3	
ATENÇÃO E CÁLCULO		
* Subtrair 7 de 100: 100 – 93 – 86 – 79 – 65	0-5	
EVOCAÇÃO		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-caneta)	0-3	
LINGUAGEM		
* Nomear um RELÓGIO e uma CANETA	0-2	
* Repetir: “ <i>Nem aqui, nem ali, nem lá</i> ”	0-1	
* Seguir o comando de três estágios: “ <i>Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão</i> ”	0-3	
* Ler ‘em voz baixa’ e executar: FECHE OS OLHOS	0-1	
* Escrever uma frase completa (Um pensamento, idéia completa)	0-1	
* Copiar o desenho:	0-1	
TOTAL	0-30	