

**DEFICIT DE COGNIÇÃO NO PACIENTE IDOSO ATENDIDO NO
AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA EM HOSPITAL ESCOLA NO
NORDESTE DO BRASIL.**

Tacyana Didier Mergulhão Uchoa – Aluna bolsista CNPq de iniciação científica
Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.
E-mail: tacyanadidier@yahoo.com

Geórgia Cristina Gil Lopes
Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.
E-mail: georgiagilopes@gmail.com

Mariana Gadelha
Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.
E-mail: mari.gadelha@hotmail.com

Sara Linda Barbosa Gondim de Oliveira
Endereço: Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004.
E-mail: gondim.saraa@gmail.com

Orientadora:

Ana Rodrigues Falbo
Coordenadora da Capacitação Docente da FPS; Coordenadora do Programa de Iniciação Científica da FPS; Pesquisadora do Grupo de Estudos da Saúde da Criança da Diretoria de Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).
Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes, 4861– PE. CEP 51.150-004. Tel.: (81) 3035-7777 / (81) 3312-7777.
E-mail: anarfalbo@gmail.com

Co-orientador: Paulo Roberto Sampaio de Melo. Tutor de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde; Preceptor de ambulatório de ensino de Clínica Médica do IMIP.

RESUMO

Objetivos: verificar a frequência de déficit cognitivo em pacientes idosos e fatores associados. **Métodos:** estudo transversal, no ambulatório de clínica médica do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira entre agosto de 2018 a julho de 2019, envolvendo pacientes a partir de 60 anos. A presença de déficit cognitivo e depressão foram avaliados pelas escalas Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira: CAAE: 96988518.4.0000.520. **Resultados:** participaram do estudo 165 idosos. No total foram identificados 39 pacientes com déficit cognitivo (23,6%) e foi observada associação entre diabetes e déficit cognitivo, indicando proteção, ou seja, os pacientes idosos com diabetes estariam protegidos de apresentarem déficit cognitivo na amostra estudada ($p < 0,001$ – Odds Ratio 0,10 - IC:0,02-0,42) **Conclusão:** os idosos estudados apresentaram o percentual esperado de Déficit Cognitivo e foi observada associação de proteção entre ter Diabetes Mellitus e não ter Déficit Cognitivo.

Palavras-chave (DeCS): Disfunção Cognitiva; Demência; Idoso; Sedentarismo; Diabetes.

INTRODUÇÃO

Envelhecer não implica necessariamente na perda das funções cognitivas e dependência funcional. É um processo não homogêneo que sofre influência de vários fatores como raça, genética, estado nutricional, condições sociais e econômicas, comorbidades dentre outras.⁽¹⁾ Algumas funções cognitivas como linguagem e conversação, assim como alguns aspectos da memória ficam estáveis com o envelhecimento normal, mas a capacidade de novos aprendizados tende a diminuir com a idade.⁽²⁾

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e 65 nos países desenvolvidos. (3) No Brasil a Lei 10.741/2003 do Estatuto do idoso considera idosa a pessoa acima de 60 anos.

A OMS vem observando tendência de mudança na composição da população, principalmente, nos países desenvolvidos em relação ao envelhecimento. O Brasil segue esta mesma tendência mundial, devido a uma maior expectativa de vida e diminuição da

taxa de fecundidade. Antes conhecido como um país de jovens, atualmente vive uma mudança na sua composição populacional. O envelhecimento da população brasileira vem aumentando de maneira expressiva: em 2002 eram 14,1 milhões de idosos e em 2025 serão 33.4 milhões. ⁽⁴⁾ Nesse sentido, é importante dirigir a atenção para esse contingente populacional, visando à prevenção de doenças, em especial, as incapacitantes que diminuem a autonomia e a função cognitiva dos idosos. ⁽⁵⁾

Com o envelhecimento existe um declínio de memória normal sendo difícil fazer a distinção entre declínio cognitivo na pessoa idosa de idade avançada e a demência inicial. Para isso, criou-se um termo clínico que descreve a transição entre o envelhecimento normal e outras doenças demenciais: o comprometimento cognitivo leve (CCL). ⁽⁶⁾ Já a demência, é uma doença que pode ser ou não uma evolução do CCL, caracteriza-se pela deterioração intelectual progressiva que interfere nas funções sociais e funcionais do dia a dia, tais como memória, orientação, capacidade de aprender, dentre outras. ⁽⁶⁾

Apesar de ainda controverso, o diagnóstico precoce de déficit cognitivo no idoso possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz riscos de acidentes, prolonga autonomia e talvez, em alguns casos, evite ou retarde o início do processo demência. ⁽⁷⁾

Os fatores que levam ao surgimento do déficit cognitivo ao longo dos anos ainda não estão bem estabelecidos, mas é sabido que a depressão ⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ bem como alguns comportamentos como praticar exercícios físicos regulares antes dos 65 anos ⁽¹¹⁾⁽¹⁾, ter uma dieta equilibrada para prevenção de hipertensão arterial sistêmica (HAS) ⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾, diabetes mellitus ⁽¹⁵⁾, além do estímulo contínuo da atividade cerebral através de interações sociais podem contribuir para evitar a perda cognitiva em idosos. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Neste estudo foi usado como instrumento de avaliação o MEEM, comumente usado na prática clínica para avaliar a cognição, o qual foi elaborado por Folstein ⁽¹⁸⁾⁽⁶⁾⁽¹⁹⁾, sendo um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira, considerando a escolaridade no resultado do teste. ⁽²⁰⁾

Esse teste é composto por duas partes: a primeira que exige apenas resposta verbal e orientação, memória e atenção com o máximo de pontos 21 e; a segunda parte testa a habilidade de nomear, seguir comandos verbais e escritos, escrever frases espontaneamente e copiar um polígono complexo com o máximo de nove pontos. Trata-se de um teste breve de rastreio cognitivo para identificação de déficit cognitivo avaliando a memória recente, a atenção e a orientação têmporo-espacial. O teste tem o total de 30

pontos. No presente estudo este teste não será usado para dar diagnóstico, mas sim avaliar o nível de cognição do paciente, considerando déficit presente para analfabetos quando a pontuação for menor 13 para analfabetos, <18 para baixa e média escolaridade e <26 para alta escolaridade, sendo baixa escolaridade 1 a 4 anos incompletos; média escolaridade, 4 a 8 anos incompletos; alta escolaridade, 8 ou mais anos.⁽²⁰⁾

Diante do exposto, levando-se em conta a transição demográfica no Brasil e o impacto das disfunções cognitivas nos idosos, chama-se atenção para este problema, sobretudo, dos profissionais de saúde, uma vez que sua atuação pode colaborar para a prevenção e identificação precoce do déficit. Desta forma, espera-se contribuir para evitar ou minimizar desconforto pessoal, perda da autonomia e aumento dos custos sociais, garantindo melhor qualidade de vida nessa faixa etária.⁽²¹⁾ Portanto, o objetivo do estudo atual foi verificar a frequência de déficit cognitivo em pacientes idosos acompanhados no ambulatório de clínica médica no IMIP e fatores associados à sua ocorrência.

MÉTODO

Foi realizado estudo tipo corte transversal, no ambulatório de clínica médica do IMIP local no qual durante o ano de 2017 foram atendidos 1377 idosos com 60 anos ou mais. O estudo foi realizado no período entre agosto de 2018 a julho de 2019 envolvendo pacientes idosos atendidos no ambulatório de clínica médica do IMIP.

O cálculo do tamanho da amostra tomou como base o número total de idosos com 60 anos ou mais atendidos no ambulatório de clínica médica no ano de 2017⁽²¹⁾. Considerando a frequência de déficit cognitivo de 18,7% encontrado por Aparecida *et al*⁽⁴⁾ e um nível de significância de 5,0%, encontrou-se o número de 200. Acrescentando-se 20,0% a este número por eventuais perdas chegou-se ao número final de 240 participantes. A amostragem foi por conveniência.

Foram incluídos pacientes idosos com 60 anos ou mais atendido no ambulatório de Clínica Médica do IMIP e excluídos pacientes idosos com diagnóstico de demência e/ou outra doença neurodegenerativa informada pelo médico acompanhante e/ou pelo prontuário médico.

Os participantes foram identificados pelas pesquisadoras no ambulatório de clínica médica do IMIP. Os mesmos foram convidados a participar da pesquisa, após verificação dos critérios de elegibilidade e das explicações sobre os objetivos da mesma, bem como a concordância após leitura e explicação do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido (PCLE). Foram coletadas informações sobre as condições

sociodemográficas, presença de sedentarismo, hipertensão e diabetes obtidas nos prontuários médicos e questionário elaborado especificamente para a pesquisa atual. A presença de déficit cognitivo e depressão foram avaliados pelas escalas MEEM e a Escada de Depressão Geriátrica (GDS). Essa escala foi proposta com Yesavage composta originalmente com 30 itens, elaborada para rastreio de depressão em idosos. Nesse estudo será usada a GDS reduzida composta por 15 itens, validada para uso no Brasil, tendo como pontuação maior ou igual a 6 indicando depressão. ⁽²²⁾

Foi elaborado banco de dados em dupla entrada no programa Excel versão 10.0 e posteriormente verificada a consistência dos dados por meio do módulo Data Compare do Epi Info. Os dados foram analisados no Programa Stata 12.1. Foi verificada a distribuição de frequência (percentuais) das variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas (mediana e seus quartis conforme a normalidade dos dados). Para verificação da associação para as variáveis categóricas foi realizada a análise univariada de Poisson, e as variáveis que apresentaram valores $< 0,20^{28}$ habilitaram-se para entrar na análise multivariada de Poisson. O nível de significância considerado foi $< 5,0\%$. Para as variáveis contínuas foi utilizada a comparação de medianas por meio do teste de Mood. A análise de associação foi baseada no modelo teórico exposto na figura 1.

O projeto de pesquisa foi elaborado seguindo as normas da resolução 510/16 e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira com o CAAE: 96988518.4.0000.520.

MODELO TEÓRICO CONCEITUAL

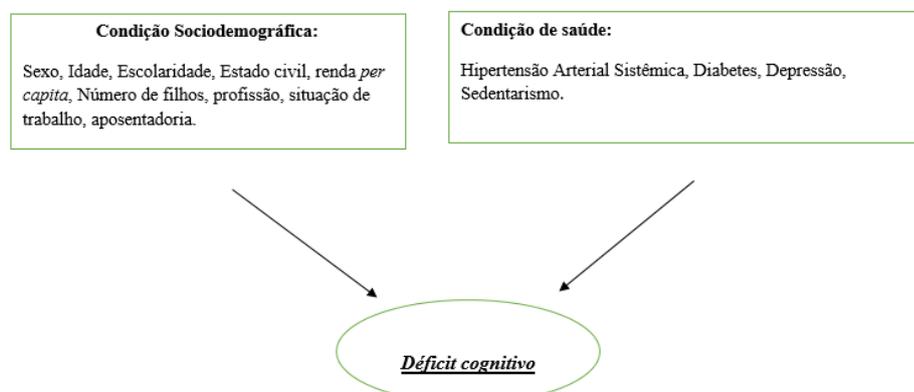


Figura 1: Modelo Teórico de associação entre variáveis da condição sociodemográfica e da condição de saúde e presença de déficit cognitivo

RESULTADOS

No presente estudo, durante o período destinado à coleta de dados, foram identificados 174 pacientes com os critérios e inclusão, desses, nove se recusaram em participar, um foi excluído por já ter o diagnóstico de déficit cognitivo e houve uma perda por impossibilidade de finalização do preenchimento do formulário. No total participaram do estudo 165 idosos correspondendo a 87,0% do total de 200 definidos pelo cálculo do tamanho da amostra.

Em relação ao déficit cognitivo, considerando os anos de escolaridade, 22 pacientes estavam na faixa de analfabetos e apenas um apresentava DC (escore <13), correspondendo a 4,5%, 95 estavam na faixa de 1 a 8 anos e 16 apresentavam DC (escore <18), correspondendo a 16,8%. Já na faixa 8 ou mais anos de escolaridade foram identificados 48 pacientes, desses 22 tinham déficit cognitivo (escore < 26), correspondendo a 45,8%. No total foram identificados 39 pacientes com déficit cognitivo, correspondendo e um total de 23,6%.

Quanto às características de base, a maior parte dos pacientes era do sexo feminino (69,7%), a idade variou de 60 a 90 anos com mediana de 67 anos (IQR= 64 - 75 anos). Quanto ao estado civil, 46,1% eram casados, sendo um terço viúvo(a) (30,3%). Apenas um paciente referiu morar só. No entanto a maioria não morava com o companheiro (53,3%). (Tabela 1)

A renda familiar total variou de R\$50 a 2333,33 com mediana de R\$1.636,00 (IQR: R\$477,00 - 954,00), a escolaridade variou entre nenhum e 17 anos, com mediana de 4 anos (IQR= 3 - 8 anos).

Em relação à aposentadoria, a maioria dos pacientes idosos estava aposentada (73,95%), e apenas 14,5% estava trabalhando quando responderam à entrevista. A maior parte dos pacientes não praticava atividade física, segundo os prontuários médicos, tinha o diagnóstico de hipertensão, não tinha o diagnóstico de depressão e não fazia uso de drogas antidepressivas (respectivamente 69,1%, 86,6%, 86,5% e 87,1%). Aproximadamente um terço apresentavam diabetes mellitus (36,2%). (Tabela 1)

Segundo a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) utilizada, 33,9% dos pacientes avaliados apresentaram escore ≥ 6 compatível com depressão.

Na análise de associação entre as variáveis da condição sociodemográfica e clínica foi observada associação, considerando a análise de regressão multivariada, apenas entre diabetes e déficit cognitivo, indicando proteção, ou seja, os pacientes idosos com diabetes

estariam protegidos de apresentarem déficit cognitivo na amostra estudada ($p < 0,001$ – Odds Ratio 0,10 - IC:0,02-0,42). (Tabela 2)

Em relação às variáveis contínuas, por meio da comparação de medianas utilizando o teste de Mood, não foi observada associação com DC. (Tabela 3)

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar a frequência de déficit cognitivo (DC) em idosos acompanhados no ambulatório de clínica médica no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e analisar fatores associados a essa ocorrência.

Foram **estudados** 165 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão determinados. **Desse total, 39 apresentaram DC (23,6%). Esse achado foi um pouco mais elevado** do que o encontrado em estudo realizado na Bahia em 2014 envolvendo 310 idosos, o qual avaliou a prevalência e os fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição socioeconômica e encontrou prevalência de 18,7%.⁽¹⁾ Assim como, a outro estudo envolvendo 341 idosos da comunidade, realizado no Rio de Janeiro em 2003, o qual identificou prevalência de DC de 16,6%.⁽²³⁾ Esse pequeno aumento observado no estudo atual pode ser devido à variações nos pontos de corte utilizado na escala MEEM.

Em relação à escolaridade, **foi observada uma mediana de 4 anos**, semelhante a escolaridade dos idosos no Brasil que corresponde a 4,1 anos, existindo 5,5 milhões de analfabetos, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE.⁽²⁵⁾

Quando avaliado o déficit cognitivo, considerando os anos de escolaridade foi observado que: **22 pacientes estavam na faixa de analfabetos e apenas um apresentava DC (score <13), correspondendo a 4,5%, 95 estavam na faixa de 1 a 8 anos e 16 apresentavam DC (score <18), correspondendo a 16,8%. Já na faixa 8 ou mais anos de escolaridade foram identificados 48 pacientes, dos quais 22 tinham déficit cognitivo (score < 26), correspondendo a 45,8%, ou seja, houve um aparente aumento do DC com o aumento da escolaridade.** Entretanto, estudo transversal realizado em Viçosa, Minas Gerais, em 2006, com 74 idosos, que avaliou a prevalência do DC em idosos, demonstrou associação entre DC e baixa escolaridade.⁽²⁶⁾

Acreditamos que a explicação para esse dado se deva a baixa qualidade do ensino do nosso país, e a pouca homogeneidade entre as regiões brasileiras, de forma que, maior número de anos de estudos não signifique necessariamente melhor instrução. Tendo em vista esse fator, é importante destacar que na nossa pesquisa não foram aplicados métodos que avaliassem e nivelassem a qualidade da educação dos participantes, determinando melhor o nível educacional, antes de ser aplicado os escores do MEEM. **Acreditamos que esse achado deva ser mais bem investigado, pois talvez exista a necessidade de se rever os parâmetros utilizados pela MEEM no contexto dos nossos pacientes.**

Importante destacar também que, inicialmente, foi aventada a possibilidade de que na faixa de mais anos de escolaridade estivessem os pacientes com maior faixa etária, entretanto essa possibilidade foi descartada, **pois na faixa de analfabetos a mediana de idade foi de 74,5 anos e na de 8 ou mais anos de escolaridade foi de 66 anos.**

Quanto às características de base dos pacientes envolvidos foi observado que a maioria era do sexo feminino (69,7%) e, isso pode ser explicado pelo processo de “feminização do envelhecimento” brasileiro, com 56% dos idosos composta por mulheres, segundo o IBGE⁽²⁷⁾ e pela maior procura pelos serviços de saúde pelo público feminino, arraigado no aspecto historicamente cultural do homem ser mais forte e, portanto, ter menos probabilidade de adoecer.⁽²⁸⁾

Estudo realizado, em 2011, em serviços de saúde pública de Ribeirão Preto, São Paulo, entrevistou 320 pessoas selecionadas de forma aleatória com o objetivo de compreender as possíveis diferenças pela procura aos serviços de saúde, considerando o contexto sociocultural e aspectos relacionados a sexo e gênero. Foi observada maior procura dos serviços por mulheres, e se atribuiu a esse achado uma explicação ancorada, cultural e socialmente, na ideia de maior fragilidade e possibilidade de adoecer da mulher e, portanto, sua maior busca pelos serviços de saúde. Além disso, o homem por ter ocupado a posição de provedor da família tendo que trabalhar o dia todo durante grande parte da vida, não adquiriram a cultura de procurar o serviço da saúde, diferente da mulher que teria maior disponibilidade/flexibilidade de horário para ir a consultas médicas.⁽²⁹⁾

A maioria dos participantes possuía aposentadoria (73,9%), o que era esperado tendo em vista a faixa etária estudada. Não foi encontrada associação entre DC e aposentadoria. Resultados semelhante foi encontrado em um estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2008 com 1593 idosos, que avaliou os fatores associados ao DC, onde

71,7% eram aposentados e também não havia relação com o DC.⁽³⁰⁾ Porém, é importante destacar que atualmente a terceira idade tem ocupado presença cada vez maior no mercado de trabalho. Motivos como aumento da expectativa de vida, necessidade de contribuição na renda familiar e ser trabalhador autônomo influenciam a permanência do idoso em atividades laborais.⁽³¹⁾

A maior parte dos idosos participantes da pesquisa não praticava atividade física (69,1%), diversos motivos podem ser descritos para explicar essa baixa adesão ao exercício físico na população de idosos em geral como o fato de possuir doença cardíaca ou déficit visual, lesão óssea ou muscular, sentir-se muito cansado, o medo de lesionar-se, baixa motivação, falta de infraestrutura pública e acessível ao idoso, além da baixa educação em saúde que conscientize o idoso sobre a importância da atividade física⁽¹¹⁾

A prática regular de atividade física proporciona inúmeros benefícios relacionados à saúde, podendo ainda exercer um efeito positivo sobre vários processos cognitivos em idosos.⁽²⁶⁾ Por outro lado, o declínio cognitivo pode estar relacionado ao comprometimento da capacidade funcional destes indivíduos, acarretando perda de autonomia e independência, e conseqüente redução prática de atividade física.⁽³²⁾

Em relação a HAS, alguns estudos^(33, 34, 35) indicam que essa comorbidade está relacionada ao declínio das funções cognitivas, sendo que níveis elevados de pressão arterial são considerados como fator de risco para o acidente vascular encefálico. Logo, no processo aterosclerótico induzido pela hipertensão pode-se observar isquemia cerebral o que possui relação direta com altos e baixos níveis tensionais levando a declínio da função cognitiva e por conseqüente a demência.⁽³⁴⁾

Um estudo de revisão analisou onze trabalhos científicos nacionais e internacionais entre os anos de 1996 a 2006, visando responder ao questionamento sobre a relação entre a HAS e a cognição em idosos. Esse estudo observou que a HAS predispõe ao declínio cognitivo e a associação com o desenvolvimento de demência.⁽³³⁾ No presente estudo, entretanto, essa relação não foi observada em que pese a maior parte dos pacientes apresentarem HAS. Acreditamos que esse fato pode ser explicado pelo tamanho da amostra.

No que se refere ao núcleo familiar, 46,1% dos idosos eram casados e a grande maioria moravam com algum membro da família (99,4%), apenas um paciente referiu morar sozinho. É importante destacar que as relações familiares e de amizade são

significativas para enfrentamento das situações cotidianas e do sentimento de solidão que pode emergir da velhice. ⁽⁸⁾ Um estudo realizado no município de Santa Cruz do Sul no Rio Grande do Sul, entre 2009-2010 com 207 idosos, que avaliou as relações familiares entre idosos, demonstrou que 85,0% dos idosos apresentaram interferência positiva no humor devido as relações familiares e 46,0% mencionaram que sua satisfação com a família aumentou com o passar dos anos. ⁽³⁶⁾

No Brasil, o avanço da expectativa de vida têm favorecido o aumento do uso de antidepressivos em idosos e é considerado um desafio, pois as evidências sugerem que há grande variabilidade de características dos medicamentos e de resposta ao tratamento, visto que a população idosa é diferenciada, pois somente pode usar determinadas medicações por causa da metabolização e dos efeitos colaterais. ⁽⁹⁾

No presente estudo a maior parte dos pacientes, de acordo com os prontuários médicos, não tinha o diagnóstico de depressão (86,5%) e também não faziam uso de drogas antidepressivas (87,1%), mas de acordo com a GDS, 33,9% dos pacientes avaliados apresentaram escore maior ou igual a 6, compatível com depressão. A depressão também se constitui em fator de risco, podendo preceder o desenvolvimento da demência ou coexistir com a doença. As taxas de prevalência de depressão geriátrica diferem consideravelmente, dependendo da definição de depressão, do critério diagnóstico e da população envolvida ⁽³⁷⁾

No presente estudo foi verificada associação apenas entre diabetes melitos (DM) e a presença de DC, como fator protetor, ou seja, os pacientes que possuíam DM teriam menos chance de apresentar o déficit. No entanto, esse resultado contrasta com os dados de outros estudos que mostraram maior frequência de ocorrência de DC entre os idosos diabéticos, como o estudo de revisão de Pitito sobre a associação entre déficit cognitivo e DM, estudo realizado no Rio de Janeiro, em 2010, com 346 pacientes com DM tipo 2 demonstrou não apenas a associação, mas também que quanto maior era o tempo da doença pior o desempenho no MEEM(14), em outro estudo, transversal, do tipo exploratório, realizado em Belo Horizonte, com 40 idosos acima de 60 anos, sendo um grupo com DM tipo 2 e outro sem DM foi demonstrado que pessoas com idade superior a 65 anos com DM tipo 2 apresentavam uma forte associação entre deficit psicomotores e a deficiência cognitiva.(24) levar esse parágrafo para após a apresentação dos resultados do DC.

Acreditamos que nosso achado possa ser explicado, considerando o fato de a população estudada estar em acompanhamento hospitalar e os indivíduos portadores de DM, em geral, poderem estar em acompanhamento clínico e tratamento mais frequentes e regulares, demonstrando um maior cuidado à saúde o que poderia ter influenciado na prevenção do declínio cognitivo. No entanto, não se sabe sobre o grau de controle desses pacientes em relação ao DM, e não se descarta a possibilidade de ser essa uma associação espúria.

No presente estudo não foi encontrada associação entre depressão e déficit cognitivo, todavia, um estudo realizado no México em com 1142 idosos, que avaliou a prevalência e associação entre DC e depressão, observou que 25,0% dos pacientes com depressão apresentavam DC e 52,0% dos que apresentavam DC tinham associado depressão.⁽³⁸⁾

Acreditamos que a diferença entre os estudos ocorra devido um provável subdiagnóstico da depressão, tendo em vista que apesar de apenas 13,5% da nossa amostra apresentar diagnóstico de depressão no prontuário médico, 33,0% possuíam resultado indicativo dessa doença no GDS. Portanto, podemos perceber a importância da implementação de rotina de rastreio, na consulta clínica, dessa comorbidade tão prevalente na sociedade atual, principalmente na população idosa. (Aguardar a revisão da análise)

CONCLUSÃO

Os idosos estudados apresentaram, no geral, 23,6% de DC, eram na sua maioria mulheres, com mediana de 67 anos de idade, com mediana de renda de R\$1.936,00 e aposentados. Apenas um deles referiu morar sozinho. A maior parte não praticava atividade física e tinha HAS. Aproximadamente um terço tinha DM e depressão de acordo com os resultados do GDS. Foi observada associação de proteção entre ter DM e não ter DC. Ressalta-se a importância do exame mental de rotina na consulta clínica do idoso e do rastreio para a presença de depressão. Aventa-se a possibilidade de associação espúria entre DM e proteção para DC.

REFERÊNCIAS

1. Aparecida R, Ana S, Tainne R, Batista S, Rocha SV, Renata L, et al. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica : estudo MONIDI.
2. Alberto C, Junior M. Integração de Três Conceitos : Função Executiva , Memória de Trabalho e Aprendizado Integration of Three Concepts : Executive Function , Working Memory and Learning. 2011;27:309–14.
3. Guanabara Koogan. Tratado de geriatria e gerontologia.4.ed. 2016. 1024 p.
4. Antunes HKM, Santos RF, Cassilhas R, Santos RVT, Bueno OFA, Mello T De. Exercício físico e função cognitiva : uma revisão. :108–14.
5. Morais G, Miranda D. O envelhecimento populacional brasileiro : desafios e consequências sociais atuais e futuras. 2010;507–19.
6. Lourenço A, Veras P, Ribeiro C, Cristina P. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. 2008;
7. Ramos C, Silveira C, Paulini J, Simas N. atividade física de idosos. 2015;41:193–202.
8. Exatas IDC. A associação da depressão com as habilidades cognitivas de idosos A associação da depressão com as habilidades cognitivas de idosos. 2011;
9. Graduação DEPÓS, Promoção EM, Saúde DA, Biologia DDE, Da EF. Depressão em idosos : uma revisão sistemática da literatura Depression in the elderly : a systematic review of the literature. 2017;1–7.
10. MANUAL DIAGNÓSTICO DSM-V.
11. Maciel MG, Física EDE, Antipoff FH. Atividade física e funcionalidade do idoso. 2010;1024–32.
12. Azevedo F. Análise da Função Cognitiva e Capacidade Funcional em Idosos Hipertensos. 2006;241–50.
13. Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos Influence of socioeconomic factors on the quality of life of elderly hypertensive individuals. :3497–504.

14. Alencar RC, Cobas RA, Gomes MB. Assessment of cognitive status in patients with type 2 diabetes through the mini-mental status examination : a cross-sectional study. 2010;1–6.
15. Charchat-fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento Decline of cognitive capacity during aging. 27(21):79–82.
16. Rabelo DF. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos : avaliação , fatores associados e possibilidades de intervenção. 12(2):65–79.
17. Galvão O, Ferreira L, Maciel SC, Maria S, Costa G, Oliveira A, et al. ACTIVE AGING AND ITS RELATIONSHIP TO FUNCTIONAL INDEPENDENCE. 2012;21(3):513–8.
18. Practical A, Patients OF. A practical state method for. 1975;12:189–98.
19. Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental : características psicométricas em idosos ambulatoriais Mini-Mental State Examination : psychometric characteristics in. 2006;40(4):712–9.
20. Bertolucci PHF, Campacci SR, Juliano A. O MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL EM UMA POPULAÇÃO GERAL IMPACTO DA ESCOLARIDADE.
21. Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do IMIP – SAME 2017.
22. Martins E, Paradela P, Alves R, Veras P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. 2005;39(Vii).
23. Laks J, Maria E, Batista R, Rocha E, Guilherme L, Lúcia A, et al. O MINI EXAME DO ESTADO MENTAL EM IDOSOS DE UMA COMUNIDADE Dados parciais de Santo Antônio de Pádua , Rio de Janeiro. 2003;61:782–5.
24. Pereira DS, Anjos DMC. Mobilidade funcional e função executiva em idosos diabéticos e não diabéticos *. 2010;14(6):491–6.
25. IBGE. No Title [Internet]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de->

- noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-no-maximo-o-ensino-fundamental-completo
26. Gerais M. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa , Minas Gerais. 2006;109–22.
 27. IBGE. No Title [Internet]. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>
 28. Luiz C, Cesar G. Envelhecimento ativo : prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional Active aging : prevalence and gender and age differences in a population-based study Envejecimiento activo : prevalencia y diferencias de género y edad en estudio de base poblacional. 2018;34(11):1–16.
 29. Levorato CD, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. :1263–74.
 30. Holz AW, Nunes BP, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé , Rio Grande do Sul , Brasil Prevalence of cognitive impairment elderly in Bagé , Rio Grande do Sul , Brazil. 2020;16(4):880–8.
 31. Market L. A Terceira Idade e o Mercado de Trabalho Seniors and the Labor Market. 2011;14:97–100.
 32. Salmazo H. Participação em programas para a terceira idade : impacto sobre a cognição , humor e satisfação com a vida Participation in programs for seniors : 2010;27(2):207–14.
 33. Sashida VT, Fontes SV, Driusso P. Relação entre hipertensão arterial e cognição. 2008;152–6.
 34. Souza C. 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. 2013;

35. Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria A survey on hypertension and. 2003;6:7–17.
36. Relações familiares e o convívio social entre idosos. :184–92.
37. Medicina EP De, Israelita H, Einstein A, Pinho MX. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade : revisão de literatura. 2006;123–40.
38. Ortiz GG, Arias-merino ED, Flores-saiffe E, Vel IE, Mac MA. Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara , Mexico. 2012;2012:1–7.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequência dos idosos participantes do estudo segundo variáveis da condição sociodemográfica e clínica. Recife, 2018- 2019.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	50	30,0
Feminino	115	70,0
Estado Civil		
Casado	76	46,1

Solteiro	20	12,1
Separado	6	3,6
Divorciado	12	7,3
Viúvo	50	30,3
União estável	1	0,6
Mora companheiro		
Sim	77	46,7
Não	88	53,3
Aposentado		
Sim	122	73,9
Não	43	26,1
Trabalha Atualmente		
Sim	24	14,5
Não	141	85,5
Atividade Física		
Sim	51	30,9
Não	114	69,1
Hipertensão		
Sim	142	86,6
Não	22	13,4
Depressão		
Sim	22	13,5
Não	141	86,5
Uso de antidepressivo		
Sim	21	12,8
Não	142	87,2
Diabetes		
Sim	59	36,2
Não	104	63,8

Tabela 2. Associação entre déficit cognitivo e fatores clínicos e sociodemográficos. Análise de regressão logística uni e multivariada.

Variável	Amostra	Déficit cognitivo	OR* _{bruto} (IC95%)	P	OR _{ajustado} (IC95%)	p
	N	N (%)				
Sexo				0.729		
Masculino	50	13 (26.0)	1.15 (0.53 - 2.46)			
Feminino	115	27 (23.5)	1.0			
Moracom**				0.330		
Sim	77	16 (20.8)	1.0			
Não	88	24 (27.3)	1.43 (0.69 - 2.95)			

Aposentado				0.783		
Sim	121	30 (24.8)	1.12 (0.50 - 2.54)			
Não	44	10 (22.7)	1.0			
Trabalho atualmente				0.283		
Sim	24	8 (33.3)	1.0			
Não	140	32 (22.9)	0.59 (0.23 - 1.51)			
Atividade				0.177		
Sim	51	9 (17.6)	1.0			
Não	114	31 (27.2)	1.74 (0.76 - 4.00)			
HAS***				0.844		
Sim	142	35 (24.6)	1.11 (0.38 - 3.23)			
Não	22	5 (22.7)	1.0			
Depressão				0.048		
Sim	22	2 (9.1)	0.27 (0.06 - 1.22)			
Não	141	38 (27.0)	1.0			
Droga dependente				0.218		
Sim	21	3 (14.3)	0.47 (0.13 - 1.70)			
Não	142	37 (26.1)	1.0			
Diabetes				< 0.001		< 0.001
Sim	59	6 (10.2)	0.23 (0.09 - 0.60)		0.23 (0.09 - 0.60)	
Não	104	34 (32.7)	1.0		1.0	

*OR= odds ratio

** Moracom= mora com companheiro

*** HAS= hipertensão arterial sistêmica

Tabela 3. Testes de igual de medianas de idade, tempo de prática de atividade física e GDS, entre os grupos com e sem déficit cognitivo.

Variável	Déficit cognitivo				P*
	Sim		Não		
	N	Mediana (Q1 – Q3)	N	Mediana (Q1 – Q3)	
Idade	40	68.5(63.0 - 74.5)	125	67.0 (64.0 - 75.0)	0.821

Tempativ**	40	0.0(0.0 - 0.0)	125	0.0 (0.0 - 90.0)	0.260
GDS***	40	5.0(3.0 - 7.0)	125	4.0 (3.0 - 6.0)	0.398

*Teste de Mood para igualdade de medianas.

** tempo de prática de atividade física

*** GDS= escala de depressão geriátrica