

## Fatores associados ao declínio cognitivo de idosos residentes na comunidade de Patos de Minas-MG

**Luiz Henrique Stüssi Dias Fortes**

Acadêmico do curso de Psicologia do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM)

**Dóris Firmino Rabelo**

Orientadora. Psicóloga. Mestre em Gerontologia.  
Professora da Faculdade de Ciências da Saúde do UNIPAM

**Resumo:** Este trabalho buscou identificar a ocorrência de Declínio Cognitivo Leve (DCL) entre os idosos residentes na comunidade do município de Patos de Minas - MG e dos possíveis fatores associados a esta condição. O Declínio Cognitivo Leve pode ser definido como um declínio cognitivo maior do que o esperado para idade e escolaridade do indivíduo, mas que não interfere de forma significativa nas atividades da vida diária. Para a realização do trabalho foram entrevistados 70 moradores de um bairro cuja concentração de idosos era maior, neste caso, o centro da cidade. Tratou-se de um estudo descritivo, de campo, quantitativo e com delineamento transversal. Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Contrariando alguns aspectos da literatura e indo ao encontro de outros, notou-se a escassez de mais dados e resultados comparativos, uma vez que muitos destes resultados ao contrariar a literatura demonstram que o estilo de vida dos idosos, a região e seus costumes interferem maciçamente no desenvolvimento ou não de um declínio.

**Palavras-chave:** Declínio Cognitivo Leve. Idosos. Estilo de Vida

**Abstract:** This study aimed at identifying the occurrence of Mild Cognitive Decline (DCL) among elderly residents in the city of Patos de Minas/MG and the possible factors associated with this condition. The Mild Cognitive Decline can be defined as a cognitive decline greater than expected for the age and the education of an individual, but it does not significantly interfere in the activities of daily life. To fulfill the present study we interviewed 70 residents of the city district where the concentration of older people was higher, that is, downtown. This was a descriptive quantitative and cross-sectional field study. The data were statistically analyzed though the use of SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Contrary to some aspects of literature, we noted the lack of more data and comparative results, since many of these findings contradict the literature and show that the lifestyle of the elderly, the region and its customs may intervene or not massively in the development of a decline.

**Keywords:** Mild Cognitive Decline. Elderly. Lifestyles

### Introdução

A sociedade brasileira está passando por um processo veloz de envelhecimento populacional. Como uma parcela da população cada vez mais representativa, os idosos ganham legitimidade no campo das preocupações sociais, econômicas e de saúde,

constituindo-se em desafios para o Estado, a sociedade e a família. Este contexto acarreta novas exigências de serviços sociais e de saúde e cada vez mais atenção dos órgãos públicos, da comunidade e dos profissionais que lidam diretamente com esta camada etária. No entanto, nota-se a ausência de políticas públicas, a carência de programas e serviços especializados e um despreparo de profissionais que atuam com esta população (CAMARANO, 2002).

Tornam-se evidentes as demandas de saúde, com o maior peso das doenças crônico-degenerativas, entre elas as demências, e as mudanças na estrutura de atenção aos cuidados hospitalares, ambulatoriais e domiciliares, o que acaba viabilizando o maior acesso do idoso aos cuidados do psicólogo (RAMOS, 2002).

Do mesmo modo que todos os órgãos do organismo quando envelhecem diminuem suas funções, o cérebro envelhecido também sofre perda na sua capacidade. Como exemplo disso, podemos notar o raciocínio mais lento, os esquecimentos, o empobrecimento da linguagem, a habilidade psicomotora prejudicada, entre outras funções diminuídas (SAVONITTI, 2006).

O declínio da capacidade cognitiva também pode decorrer devido a um estágio de transição para as demências. Estudos epidemiológicos indicam que os idosos com o chamado Declínio Cognitivo Leve (DCL) estão mais susceptíveis a desenvolver uma demência, em especial a doença de Alzheimer (DA) (CHARCHAT-FICHMAN, 2005). Pode-se dizer que esse comprometimento é caracterizado por um grau de perda cognitiva quando o idoso é comparado a uma pessoa normal da mesma faixa etária, mas não preenche os critérios necessários para demência (CLEMENTE, RIBEIRO-FILHO, 2008).

O Declínio Cognitivo Leve (DCL) pode ser definido como um declínio cognitivo maior do que o esperado para idade e escolaridade do indivíduo, mas esse declínio não interfere de forma significativa nas atividades de vida diária. Pessoas com DCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas mais da metade progride para uma demência dentro de cinco anos. Sendo esta condição um estado de risco para demência, sua identificação pode levar a uma prevenção secundária pelo controle dos fatores de risco associados (GAUTHIER et. al., 2006).

Uma questão importante é a verificação dos indivíduos que apresentam potencial risco de desenvolver demência e dos fatores que estão associados ao declínio cognitivo em idosos. Identificar precocemente estes casos possibilita uma intervenção terapêutica, reduz o risco de acidentes preserva a autonomia por um tempo maior, além de aumentar a chance de retardar ou até mesmo evitar o processo demencial (CHARCHAT-FICHMAN et. al., 2005).

Para ser diagnosticada a ocorrência de DCL, pode-se utilizar como base os critérios da *Mayo Clinic Alzheimer's Disease Research Center* que incluem: comprometimento da memória do idoso identificado por meio da média em relação a todo o grupo pesquisado; preservação de todas as outras funções cognitivas; desempenho independente nas atividades da vida diária; e ausência de síndrome demencial (DAMASCENO, 2006).

O declínio cognitivo em idosos pode ser medido por meio de testes objetivos que relacionem situações do cotidiano. Quando um idoso apresenta nível educacional mais elevado estudos mostraram que este diferencial torna-se preventivo para o embotamento do estado mental durante o envelhecimento normal (ARGIMON; STEIN, 2005).

A cognição envolve todo o funcionamento mental como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Embora ocorram mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios com

o envelhecimento, estes prejuízos não chegam a afetar a vida cotidiana dos idosos e seus familiares. Para um grande número de idosos as capacidades cognitivas permanecem preservadas, embora se torne mais difícil armazenar e recuperar informações. Existe grande variabilidade intra e inter individual no funcionamento cognitivo na terceira idade sendo possível o declínio em áreas diferentes e até mesmo o aperfeiçoamento em outras (PAPALIA; OLDS, 2000).

A memória é a função cognitiva mais estudada, pois o declínio desta é fonte de grande preocupação auto-relatada por idosos vivendo em comunidade, além de ser critério fundamental para o diagnóstico de síndromes demenciais, como a do tipo Alzheimer. Com o envelhecimento, a memória prospectiva é a mais afetada, prejudicando a evocação livre e tardia de materiais verbais que foram aprendidos. Testes de evocação tardia são considerados mais úteis para a verificação e diferenciação entre envelhecimento normal e DCL ou DA incipiente, mas, para que estes testes sejam mais eficientes, é preciso verificar outras variáveis que podem afetar o desempenho mnêmico, como a ansiedade ou depressão, por exemplo. A perda de memória pode passar despercebida pelos familiares, cuidadores e profissionais. Embora seja um indicativo de algumas demências, o declínio na memória do idoso é ignorado devido à crença de que estas mudanças são normais do processo de envelhecimento. Este tipo de postura impossibilita um tratamento mais eficaz pela ausência de um diagnóstico precoce (SÉ; QUEROZ; YASSUDA, 2004).

Outra função cognitiva que tem sido muito estudada e deve ser observada é a atenção. A alteração desta função influencia no desempenho de outros domínios cognitivos, pois trata-se da capacidade de concentrar-se na tarefa em questão, de prestar atenção a mais de uma fonte de informação e processá-la, e lembrar-se de itens apesar de estímulos distrativos. Pelo declínio neural geral, as pessoas mais velhas sofrem de uma perda na capacidade de prestar atenção simultaneamente em várias coisas (STUART-HAMILTON, 2002).

As funções executivas envolvem o planejamento, a iniciação, o seguimento e o monitoramento de comportamentos complexos, e implicam uma variedade de funções cognitivas superiores como atenção, auto-regulação, *insight*, capacidade de abstração, flexibilidade, autocontrole, concentração, seletividade de estímulos, formulação de objetivos e conceitos. Ao longo da vida, o desempenho executivo apresenta uma queda em idade avançada (ARGIMON et. al., 2006).

Também podem ocorrer alterações nas habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas. É esperado que os idosos mantenham a capacidade de reconhecer figuras e objetos. Observa-se em idosos a partir dos 70 anos de idade uma dificuldade crescente na organização visuoperceptiva, uma tendência a simplificar desenhos livres e uma menor precisão na cópia de desenhos geométricos (VIEIRA; KOENIG, 2002).

O efeito do envelhecimento sobre as habilidades linguísticas também têm recebido bastante suporte empírico, embora seja um aspecto frequentemente ignorado. A linguagem também apresenta aspectos significativos para a identificação de declínio. O empobrecimento do vocabulário ou a troca de palavras podem indicar DA incipiente. A linguagem compreende a produção e a compreensão da fala, da escrita e da leitura. Os declínios na visão, na audição e na saúde afetam as habilidades linguísticas, pois diminuem as oportunidades de utilização e treino destas capacidades. De forma geral, percebe-se uma alteração na prática da leitura, no reconhecimento de palavras, processamento sintático e recordação de histórias. Estas alterações são explicadas pela lentificação geral e pela inteligência, pela mudança nos hábitos de leitura após a aposentadoria e, especialmente, pelo fato de que muitos dos testes utilizados não se equiparam às

experiências da vida real (STUART-HAMILTON, 2002).

A idade é outro fator importante e que não deve ser desconsiderado. Com o avançar da idade, principalmente após os 60 anos, acelera-se o processo de atrofia cerebral, em que a dilatação de sulcos, ventrículos e a perda de neurônios torna-se mais acentuada (DAMASCENO, 2006). Por essa razão é essencial que os indivíduos sejam classificados também por idade.

O desenvolvimento de declínio cognitivo em idosos tem sido associado a fatores intrínsecos e extrínsecos. A literatura destaca fatores como a baixa escolaridade, idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular encefálico (MAGALHÃES et. al., 2008), predominância em mulheres, associação com incapacidade funcional (MACHADO et. al., 2007), comorbidades, pouco contato social, atividade intelectual pobre, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo e saúde percebida negativamente (OLIVEIRA et. al., 2007). A depressão também se constitui em fator de risco, podendo preceder o desenvolvimento da demência ou coexistir com a doença (CARTHERY-GOULART et. al., 2007).

Segundo Yassuda e Ribeiro (2007), estudos atuais têm demonstrado relações entre o estilo de vida e a capacidade cognitiva. Ao que parecem certos estilos de vida têm potencial para proteger os idosos do declínio cognitivo. Os elementos mais estudados incluem o engajamento social, as redes sociais e o envolvimento em atividades mentais, de lazer e físicas.

Estudo longitudinal de Scarmeas et. al. (2001) com o objetivo de determinar em que medida atividades de lazer modificam o risco para demência incipiente em idosos americanos, mostrou que aqueles indivíduos com alto engajamento em atividades de lazer tinham menor risco de desenvolver demência. Habilidades práticas e muitas vezes simples como a capacidade de administrar o próprio dinheiro, fazer compras, realizar tarefas domésticas, isto é, de viver independentemente, também estão relacionadas com a competência cognitiva (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

Os fatores de risco podem apresentar diferenças regionais e culturais. Existem poucos estudos desta natureza no Brasil. Sendo assim, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre os fatores de risco associados ao declínio cognitivo e da incidência de Declínio Cognitivo Leve em idosos na comunidade. Dados desta natureza podem ser úteis aos profissionais de saúde e aos planejadores de saúde pública.

Nesse sentido, este trabalho buscou identificar a ocorrência de Declínio Cognitivo Leve e dos fatores associados a esta condição entre os idosos residentes na comunidade do município de Patos de Minas-MG, a fim de se obter dados que posteriormente poderão ser utilizados em práticas clínicas, pesquisa e medidas preventivas. Acredita-se que estes dados são importantes para fomentar investigações e estudos futuros, além de possibilitar ao idoso e a seus familiares tomar providências que possam evitar ou retardar a manifestação dos prejuízos sociais e emocionais que o desenvolvimento de uma demência pode acarretar.

## **Método**

### ***Tipo de Estudo***

Tratou-se de um estudo descritivo, de campo, quantitativo, com delineamento transversal. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas (protocolo no. 58/08).

## **Amostra**

O processo adotado para a determinação da amostra foi a técnica de amostragem probabilística estratificada para a construção de um subconjunto delimitador do universo adotado. Utilizando-se o censo demográfico do ano 2000, para um nível de confiança de 95%, com um erro amostral tolerável de 5% e para um universo de 8494 idosos residentes em Patos de Minas, foram calculadas amostras estratificadas considerando-se sexo e três faixas etárias (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos e mais). Pelo cálculo feito, a proporção adotada foi de 4,3%. Por questões de viabilidade técnica e financeira, escolhemos o bairro com maior concentração de pessoas acima de 60 anos do município de Patos de Minas. O Centro representa 19% dos idosos residentes na cidade.

A seleção da amostra foi realizada pelos acadêmicos participantes do projeto, que foram treinados para este fim. Estes foram até o Centro e identificaram nos domicílios os indivíduos relevantes para a pesquisa. Foi feita a explanação da pesquisa, objetivos, expectativas e processo para que o sujeito da amostra aceite ou não participar do processo. Para a aplicação dos testes e realização da pesquisa foi apresentado o termo de consentimento para o idoso ou familiar que o acompanhou durante o processo.

Na primeira fase da pesquisa, foram entrevistados 70 moradores deste bairro, sendo 35 na faixa etária de 60 a 69 anos, 23 entre 70 a 79 anos e 12 com 80 anos e mais. Não foram incluídos na pesquisa idosos institucionalizados, idosos com déficit cognitivo severo, déficit auditivo ou visual grave ou estado de saúde que impossibilitasse a participação na pesquisa.

Na segunda fase da pesquisa, participaram deste estudo os idosos com Declínio Cognitivo Leve. Os critérios (DAMASCENO, 2006) adotados para a presença de Declínio Cognitivo Leve foram:

- 1) O indivíduo não está normal, mas não preenche critérios para demência;
- 2) Evidência de declínio demonstrado objetivamente em testes neuropsicológicos;
- 3) As atividades básicas da vida diária estão preservadas e as instrumentais minimamente comprometidas.

Considerando que o DCL pode ser classificado em diversas modalidades, neste estudo foram considerados os tipos: amnésico puro (apenas a memória está comprometida) ou amnésico de múltiplos domínios (a memória e outros domínios cognitivos apresentam déficits).

## **Instrumentos**

- a) Anamnese para caracterizar os sujeitos quanto a: idade, sexo, estado civil, escolaridade, histórico de saúde (indicado por índice de hospitalização no último ano, doenças crônicas, eventos que deixam sequelas, medicação), engajamento

- social (participação em atividades sociais e de lazer), estilo de vida (atividades físicas, alimentação, histórico de etilismo e tabagismo), saúde percebida;
- b) Questionário de queixas subjetivas de memória - MAC-Q (ARGIMON et. al., 2004). Avalia a percepção subjetiva de disfunção de memória. Contém seis itens nos quais o sujeito deve comparar sua memória atual com sua memória no passado, em uma escala que varia de 1 = Muito melhor agora, até 5 = muito pior agora. A pontuação do teste pode variar de 7 até 35 pontos, sendo a nota de corte 22 pontos (maior ou igual a 22 indica percepção subjetiva de disfunção de memória);
- c) Para avaliar o suporte social:
- APGAR de Família (BRASIL, 2006). É uma medida unidimensional de satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção do idoso quanto aos itens: adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive. São cinco questões avaliadas de 0 (nunca), 1 (algumas vezes) ou 2 (sempre). O escore de 0 a 4 indica elevada disfunção familiar, 5 e 6 moderada disfunção familiar e 7 a 10 boa funcionalidade familiar;
  - ISEL Reduzido - *Interpersonal Support Evaluation* (FORTES, 2005): avalia a percepção de suporte social em uma escala de 1 (nunca) a 4 (sempre);
- d) Para avaliar o desempenho nas atividades de vida diária será utilizado:
- *Para idosos que não vivem sozinhos*, o Questionário de PFEFFER (BRASIL, 2006). Escala com 11 questões aplicada ao familiar da pessoa idosa para avaliar a capacidade desse em desempenhar atividades da vida diária. As respostas seguem o padrão: se é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. Associada ao Mine Exame do Estado Mental indica uma maior especificidade para medida de declínio cognitivo;
  - *Para idosos que vivem sozinhos*, a Escala de Lawton (BRASIL, 2006). Avalia o desempenho funcional em termos de atividades instrumentais e os idosos são classificados como independentes, dependentes parcialmente ou dependentes no desempenho de nove funções;
- e) Para avaliar a saúde mental o *Self-Report Questionnaire* - SRQ-20 (MARI; WILLIAMS, 1986; SMAIRA; KERR-CORRÊA; CONTEL, 2003). Instrumento desenhado pela Organização Mundial de Saúde, composto por 20 questões que têm duas possibilidades de resposta (Sim/Não) e abordam sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. Pontuação igual ou maior que sete indica maior probabilidade de desenvolver quadros psiquiátricos;
- f) Para verificar a presença de quadro depressivo a Escala de Depressão Geriátrica - GDS (BRASIL, 2006). Questionário com 15 perguntas objetivas (sim ou não) a respeito de como o idoso tem se sentido durante a última semana. Pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa;
- g) Miniexame do Estado Mental (BERTOLUCCI et. al., 1994; BRUCKI et. al., 2003). É um teste de rastreamento e permite uma avaliação global do funcionamento cognitivo. É composto por uma avaliação objetiva da orientação, memória, cálculo e linguagem. Funciona como indicador de déficit cognitivo. O escore mínimo esperado por escolaridade: para analfabetos, 19; para escolaridade de 1 a 4

anos, 23; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29. Esta é a escala mais amplamente utilizada na avaliação de declínio cognitivo em idosos;

- h) Para avaliação da memória o teste de recordação tardia do CERAD (BERTOLUCCI et. al., 2001). Avalia memória imediata e memória verbal. O teste é feito em duas fases. Primeiro é apresentada uma lista com 10 palavras lidas em voz alta. Terminada a leitura solicita-se que o sujeito fale todas as palavras que conseguir lembrar. O procedimento é repetido mais duas vezes com as palavras em outra ordem. São 30 pontos no total, sendo 14 o ponto de corte. É apresentado outro teste (teste de atenção). Em seguida é solicitada a evocação da lista de palavras. O ponto de corte é de três palavras corretas (entre as 10 apresentadas no início do teste);
- i) Para avaliação da atenção o Teste de Trilhas – Forma A (CHARCHAT-FICHMAN, 2003). Avalia atenção, acuidade visual, coordenação motora e rapidez de processamento. Folha com 25 círculos numerados (1 a 25), distribuídos ao acaso, que devem ser unidos com linha contínua em ordem crescente;
- j) Para avaliação da linguagem o Teste de Nomeação de Boston (BERTOLUCCI et. al., 2001). Avalia vários aspectos da linguagem como produção, nomeação, fluência verbal. São apresentadas ao sujeito 15 pranchas, uma a uma, e ele deve nomeá-las em voz alta;
- k) Para avaliação das funções executivas Teste de Fluência verbal categoria semântica (animais/minuto) (BRASIL, 2006). Avalia linguagem, atenção sustentada, organização, estratégia, perseveração. Consiste em solicitar à pessoa que diga o maior número possível de animais em um minuto. Teste de Trilhas – Forma B (CHARCHAT-FICHMAN, 2003). É solicitado que o indivíduo conecte, sequencialmente, círculos com números e com letras, alternando entre as duas sequências (exemplo: 1-A; 2-B);
- l) Para avaliar conceituação e abstração: Teste de Interpretação de Provérbios (SIVIERO, 1997). Avalia Raciocínio, abstração e julgamento. São apresentados sete provérbios e é solicitado ao sujeito que ele explique o significado. Subteste de Semelhanças da NEUROPSI (ABRISQUETA-GOMES, 1999). É solicitado ao entrevistado que diga a semelhança entre três pares de substantivos (laranja e pera, cachorro e cavalo, olho e nariz);
- m) Para avaliar as habilidades construtivas o Teste de Praxia Construtiva do CERAD (BERTOLUCCI et. al., 2001). São apresentados quatro desenhos para serem copiados, um a um, em ordem crescente de dificuldade. São 11 pontos no total, sendo 7 o ponto de corte. Avalia função motora, habilidade visuoestrutiva.

## **Procedimentos**

A coleta dos dados foi feita no domicílio do idoso em duas fases. Optou-se por este procedimento porque a avaliação proposta neste estudo é extensa, mas também é fundamental que todos os instrumentos fossem aplicados para o cumprimento dos objetivos propostos. Para que o idoso não se cansasse e para evitar a interferência das primeiras avaliações no desempenho dos testes neuropsicológicos, consideramos que seriam necessárias duas fases para a coleta dos dados.

*Primeira Fase:* Nesta visita inicial foi feita a anamnese, a avaliação do suporte social, das queixas de memória, da saúde mental, do quadro depressivo e o teste de rastreamento de declínio cognitivo (Miniexame do Estado mental). Uma parte da Anamnese foi destinada à entrevista com um acompanhante ou familiar que acompanha a rotina do idoso (que pode viver com ele ou não). O sujeito foi avisado de que uma segunda visita seria necessária, e esta foi agendada.

Neste momento, a amostra foi dividida em dois grupos: 1) idosos sem declínio cognitivo e 2) idosos com declínio cognitivo. A divisão do grupo foi indicada inicialmente pelo teste de rastreamento (Miniexame do estado mental). Poderiam ocorrer nesta divisão inicial casos de falsos-positivos e de falsos-negativos, apesar da alta sensibilidade e especificidade apresentadas pelo teste em sua utilização na população brasileira (ALMEIDA, 1998b; BERTOLUCCI et. al., 1994; BRUCKI et. al., 2003). Nesta fase, o teste de rastreamento indicou que 10 idosos (14,3%) obtiveram escore abaixo do esperado para sua idade e escolaridade.

*Segunda Fase:* Foi feita a avaliação neuropsicológica no sentido de confirmar os casos, redirecionando-os para seus grupos no momento da análise dos dados. A bateria de testes neuropsicológicos foi aplicada.

Nesta fase, foram identificados 26 idosos (37,1%) com DCL amnésico, todos de múltiplos domínios. O aumento no número de casos indica a importância de uma avaliação mais acurada para a identificação do declínio cognitivo em idosos. A idade média destes idosos foi de 75,8 anos (DP= 8,1).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística com a utilização do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Foram feitas tabelas de frequência para as variáveis categóricas bem como estatísticas descritivas das variáveis contínuas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo e mediana). Para analisar a relação entre as variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja,  $p < 0.05$ .

## **Resultados e discussão**

O maior índice de DCL, segundo os dados coletados, está entre os idosos mais velhos. Idosos entre 60 e 69 anos representaram 23% da amostra com DCL, enquanto idosos entre 70 e 79 anos 38%, assim como os maiores de 80 anos, também com 38%. A literatura indica que a idade é um fator importante a ser considerado e que a prevalência de DCL e de demência aumenta com o avançar da idade.

Os homens foram identificados como a maioria (57%), embora estudos na área apontem que as mulheres são o principal grupo de risco para o desenvolvimento de declínio cognitivo. A ocorrência dessa diferença com a literatura talvez possa ser explicada pela atividade doméstica exercida pelas mulheres e seus afazeres diários não cessarem como cessa o trabalho do homem após a aposentadoria. Na amostra a grande maioria dos homens não possuía nenhuma atividade pós-aposentadoria, nem mesmo religiosa. Por sua vez, as mulheres continuavam a tomar conta da casa e em alguns casos até mesmo dos filhos; essa atividade é um fator que pode ser considerado preventivo para o desenvolvimento de DCL.

Verificou-se que a maioria é casada (57,7%), contrariando outra vez a literatura, que aponta, além de fatores como baixa escolaridade e status financeiro, viver sozinho

como um dos grandes fatores de risco. Algo que possa explicar a ocorrência dessa contradição com a literatura é a idade. A maioria das pessoas casadas contava com mais de 70 anos, e esse fator pode ter contribuído nos resultados. Com relação à escolaridade, idosos com menor estudo foram 80,8% da amostra com DCL.

Idosos que não trabalham representaram 88,5% do total com DCL. O envolvimento em atividades mentais é um dos fatores que auxiliam na prevenção de algum declínio, e idosos que não trabalham tendem a não desenvolver mais tais atividades, o que contribui para o aparecimento do declínio.

Idosos que acreditam ter uma saúde melhor hoje comparada com outros idosos representaram 34,6% da amostra com DCL, enquanto que aqueles que consideraram a saúde igual tiveram uma porcentagem maior, de 61,5%, e aqueles que se diziam com a saúde percebida como pior foram os menos representativos entre todos, representando 3,8% do total de idosos com DCL.

Idosos que não praticam nenhuma atividade física ou a fazem raramente representaram 46,2% da amostra, indicando o que a literatura já havia informado: atividades físicas podem reduzir o risco de se desenvolver DCL. Idosos que não praticam exercícios apresentam maior probabilidade em relação aos que praticam alguma atividade.

Em relação à memória, idosos que não relataram problemas e disseram que consideravam a mesma boa obtiveram os maiores escores, ficaram com 65,4%. Isto demonstra a percepção subjetiva sobre a própria memória não é um bom indicador de declínio real, um dado importante que deve ser sempre considerado durante as avaliações. Idosos que relataram ter bom sono e bom apetite representam a maior porcentagem em relação à amostra. Indivíduos que disseram dormir bem representaram 57,7% da amostra e aqueles que relataram ter bom apetite 61,5%.

Com relação a eventos estressantes a maioria (84,6%) relatou não estar passando por nenhum atualmente; desta forma, não é possível afirmar que exista uma associação entre evento estressante e desenvolvimento de DCL.

Parentes ou pessoas próximas dos idosos que relataram alguma mudança no comportamento dos mesmos, em específico um aumento de tristeza, forneceram um dado importante. Estes idosos ditos mais tristes obtiveram a maior porcentagem de toda a amostra, sendo que restrição do convívio social, desânimo e dependência obtiveram 3,8%.

Embora o histórico de acidente vascular encefálico seja um fator de risco importante, nesta amostra, nenhum dos idosos sofreu esse dano. Quando perguntados sobre casos na família a maioria não relatou nenhum caso de AVC, 88,5%.

O uso de bebidas alcoólicas ao longo da vida não parece ter afetado no desenvolvimento de DCL, apenas 26,9% relataram ter consumido bebidas contra 73,1 que nunca beberam.

De acordo com a literatura a hipertensão arterial é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCL e, segundo os dados, 57,7% dos idosos com DCL relataram ter esse problema.

A grande maioria dos idosos com DCL fazem uso de alguma medicação no momento (80,8%), sendo que o mais utilizado foi para a hipertensão (30,8%).

As análises bivariadas (correlação de Spearman) indicou que o DCL está correlacionado à maior idade ( $p=0,002$ ), à menor escolaridade (0,000) e à menor frequência de atividades físicas (0,009).

Por fim, um dado importante foi obtido. A prevalência de DCL na amostra foi de 37,1%, um número bastante expressivo e bem significativo de idosos nesta condição.

### Considerações finais

No presente trabalho o DCL foi identificado sob vários fatores que não correspondem aos da literatura como predominantes. De acordo com os resultados obtidos nessa pesquisa verificamos que alguns aspectos citados em trabalhos que nos serviram de referência, como a maior incidência de casos de DCL ser em mulheres, em indivíduos separados e com histórico de AVC. Isso mostra que a abrangência do nosso território e a falta de mais pesquisas na área, deixa a desejar, para que se tenha um maior consenso sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do DCL. É claro que outros resultados corroboraram a literatura, como a idade e a escolaridade. Fica evidente que o estilo de vida dos idosos, a região e seus costumes interferem maciçamente no desenvolvimento ou não de um declínio.

É importante que mais pesquisas sejam feitas, ainda mais com o aumento exponencial dessa classe. Contrariando alguns aspectos da literatura e indo ao encontro de outros, nota-se a escassez de mais dados e resultados comparativos.

Em vista dos resultados, podemos compreender que a falta de escolaridade tem influência no desenvolvimento de DCL, e que, dessa forma, um nível maior da mesma pode atuar como um fator de proteção. Tanto a escolaridade quanto as atividades que visem aos fatores que proporcionam o envelhecimento saudável e os enfoquem mais amplamente são essenciais para a saúde do idoso.

### Referências bibliográficas

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.

CHARCHAT-FICHMAN, H. et al. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 12, p. 79-82, 2005.

GAUTHIER, S. et al. Mild cognitive impairment. *Lancet*, v. 15, p. 1262-1269, 2006.

RAMOS, L. R. et. al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev. Saúde Pública*, v. 32, n. 5, p. 397-407, 1998.

SÉ, E. V. G.; QUEROZ, N. C.; YASSUDA, M. S. Envelhecimento do cérebro e memória. In: NERI, A. L; YASSUDA, M. S. (org.); CACHIONI, M. (colab.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus, 2004, p. 141-162.

STUART-HAMILTON, I. *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 280p.

VIEIRA, E. B.; KOENIG, A. M. Avaliação cognitiva, in: FREITAS, E. V. et. al. (org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 921-928.

CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Versão Brasileira da Escala Cornell de depressão em demência. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 65, n. 3-B, p. 912-915, 2007.