

Características do déficit cognitivo em idosos segundo as condições sociodemográficas

Maria Vieira de Lima Saintrain¹
Marcia Maria Gonçalves Felinto Chaves²
Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho³
Suzanne Vieira Saintrain⁴
Francisco Rogério Rodrigues Costa⁵
Lúcio Hélio Pereira de Almeida⁶

1. Cirurgiã dentista. Pós-doutorado em Saúde Coletiva, Professor do Programa de Pós-Graduação da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. mariavieira@bol.com.br
2. Fisioterapeuta. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. marciafchaves@gmail.com
3. Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. gflamarion@hotmail.com
4. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. suzannevieira@hotmail.com
5. Cirurgião dentista. Universidade de Fortaleza. rogerio_rodrygues@hotmail.com
6. Cirurgião dentista. . Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. luciohpalmeida@gmail.com

Resumo

Introdução. A longevidade populacional é um dos fenômenos atuais, favorecida pelos avanços científicos e tecnológicos.

Objetivo. Caracterizar o déficit cognitivo segundo características sociodemográficas de idosos usuários da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde em um município de grande porte no Nordeste brasileiro.

Material e Métodos: Pesquisa transversal, descritiva e analítica, constituída por pessoas com 60 anos ou mais. Os dados foram coletados por meio de questionário contendo dados sociodemográficos (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, trabalho e renda) e o instrumento Mini Exame do Estado Mental - (MEEM).

Os dados foram analisados com auxílio do Software “Statistical Package for Social Science” – SPSS versão 20 (SPSS Co., Chicago, USA). Consideram-se estatisticamente significantes as análises cujo valor “p” foi menor que 0,05. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COETICA - Parecer 200/2009.

Resultados: Participaram da pesquisa 297 idosos, cuja idade variou de 60 a 97 anos, com média 71,7 anos ($DP \pm 9,0$). Prevaleceram: faixa etária de 60 a 69 anos (142; 47,8%); gênero feminino (230; 77,4%); casados (137; 46,1%); raça branca (140; 47,1%); não trabalham (208; 70%); renda mensal até dois salários mínimos (130; 43,8%) e baixa escolaridade (130; 43,8%). Concernente ao teste MEEM, 74 idosos (24,9%) exprimiram déficit cognitivo. Os escores variaram de oito a 30 pontos, média 24,4% ($DP \pm 4,3$). Detectaram-se associações significativas entre ter déficit cognitivo e as variáveis sociodemográficas: faixa etária ($p=0,009$; $RP=2,05$), renda ($p<0,001$; $RP=2,48$), escolaridade ($p<0,001$; $RP=4,20$).

Conclusão: Os resultados observados demonstram prevalência razoavelmente alta de idosos com déficit no desempenho cognitivo sendo detectado relação com as condições sociodemográficas tais como a idade, renda e o nível educacional.

Introdução

A longevidade populacional é um dos fenômenos atuais que se sobressaem na escala mundial. Os avanços científicos e tecnológicos, dentre outros fatores contribuíram para melhoria das condições de vida e assistência à saúde favorecendo uma maior expectativa de vida da população.

Observa-se então, que o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido. Em Fortaleza, capital do Ceará, dados do DATASUS (2012) mostram que o número absoluto de idoso chega a 242.430, revelando um crescimento dessa população em relação a 2008, quando apresentava um total de apenas 202.814. Entretanto, cresce o desafio em consequência da transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque, aumentando a necessidade de adequar as políticas sociais, particularmente àquelas voltadas para atender às crescentes demandas nas áreas da saúde, previdenciária e assistência social (MENDES, 2011).

Dentre estes problemas de saúde, o comprometimento cognitivo pode ter consequências direta sobre a qualidade de vida deste estrato etário. Nesta conjuntura, sabe-se que tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à perda da independência e autonomia considerando assim fatores de riscos para mortalidade (GURIAN, 2012). Na lição de Nascimento et al. (2015), as ações direcionadas a atenção a saúde do idoso devem fortalecer o cuidado, a prevenção e o controle das perdas cognitivas, principalmente na atenção primária.

Nesta conjuntura, este experimento teve como objetivo caracterizar o déficit cognitivo segundo características sociodemográficas de idosos usuários da Atenção Primária em Saúde do Sistema Único de Saúde em um município de grande porte no Nordeste brasileiro.

Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva e analítica com abordagem quantitativa. O universo da pesquisa foi constituído por pessoas idosas (60 anos ou mais) frequentadoras da atenção básica do Sistema de Saúde do Município de Fortaleza - Ceará. Para calcular a amostra, relativamente à aplicação do teste MEEM, foi considerado o total dos habitantes idosos no ano de 2010 (N=202.814) da cidade de Fortaleza, extraído do Relatório DATASUS (2010).

Considerou-se tamanho mínimo de amostra para estimar proporção populacional com proporção máxima esperada de 20%, nível de significância de 5% (intervalo de confiança de 95%) e erro máximo admissível de 5%. Para tal, considerou-se a fórmula para população finita:

$$n = \frac{N \cdot k^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N-1) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

onde: n = tamanho da amostra; N= população; k = parâmetro correspondente ao nível de significância; p = % de ocorrência; q = diferença de 1 – p; e = erro amostral. Desta forma obtiveram-se o tamanho da amostra de 246 idosos. Entretanto, para suprir eventuais perdas de dados foram acrescidos 20% sobre este valor, totalizando 297, os quais foram avaliados nas seis regionais de saúde do Município de Fortaleza.

Os dados foram coletados por meio de um questionário com dados sociodemográfico (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, trabalho e renda) e o instrumento Mini Exame do Estado Mental - (MEEM).

O Teste MEEM não fornece diagnóstico, porém serve para fazer rastreio e indicar, quando necessário, que funções cognitivas devem ser melhor investigadas. Contém 11 itens, dividido em 2 seções, sendo a primeira relativa às respostas verbais e a segunda relacionada à leitura e escrita. As questões são organizadas em sete categorias com escores variando de 0 a 30 pontos. Compreende orientação temporal (5pts), orientação espacial (5 pts), memória imediata (3 pts), atenção e cálculo (5 pts), memória de evocação (3 pts), capacidade construtiva visual (1 pt) e linguagem (8 pts). O escore mínimo de 0 ponto indica o maior grau de comprometimento cognitivo e quanto maior for o escore, melhor será a capacidade cognitiva. Avaliação dos resultados consiste em: Normal: acima de 27 pontos; Déficit Cognitivo: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de 4 anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24.

Todas as questões foram realizadas na ordem listada e receberam escores imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa completada com sucesso (Ministério da Saúde, 2006).

Os dados foram digitalizados e analisados por meio do Software “Statistical Package for Social Science” – SPSS versão 20 (SPSS Co., Chicago, USA), para o processamento, tabulação e análise dos dados. As variáveis foram submetidas à análise descritiva (com finalidade de determinar sua distribuição) e analítica (para verificar a associação entre elas).

Consideraram-se estatisticamente significantes as análises cujo valor de “p” foi menor a 0,05 (p<0,05). O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COETICA - Parecer 200/2009.

Resultados

Participaram da pesquisa 297 idosos, cuja idade variou de 60 a 97 anos, com média 71,7 anos ($DP \pm 9,0$). Prevaleram: faixa etária de 60 a 69 anos (142; 47,8%); gênero feminino (230; 77,4%); casados (137; 46,1%); raça branca (140; 47,1%); não trabalham (208; 70%); renda mensal até dois salários mínimos (130; 43,8%) e baixa escolaridade (130; 43,8%).

No que concerne ao teste do MEEM, 74 idosos (24,9%) apresentaram déficit cognitivo. Os escores variaram de oito a 30 pontos, média 24,4% ($DP \pm 4,3$).

Observam-se na Tabela, relativamente às análises bivariadas, o destaque para associações significativas entre ter déficit cognitivo e as variáveis sociodemográficas: faixa etária ($p=0,009$; $RP=2,05$), renda ($p<0,001$; $RP=2,48$), Escolaridade ($p<0,001$; $RP= 4,20$).

Tabela 1 – Relação quanto ao Déficit cognitivo em idosos, segundo características sociodemográficas. Fortaleza-CE, 2016

Características sociodemográficas	Com déficit cognitivo N = 74 (24,9%)	Sem déficit cognitivo N = 223 (75,1%)	RP (IC 95)	Valor p
Faixa etária				
60 a 69 anos	27 (19,0)	115 (81,0)	1,00	0,009*
70 a 79 anos	22 (24,2)	69 (75,8)	1,27 (0,77 - 2,09)	
80 ou mais anos	25 (39,1)	39 (60,9)	2,05 (1,30 - 3,24)	
Estado Civil				
Solteiro	12 (27,3)	32 (72,7)	1,38 (0,77 - 2,49)	0,141*
Divorciado	7 (21,9)	25 (78,1)	1,11 (0,53 - 2,32)	
Viúvo	28 (33,3)	56 (66,7)	1,69 (1,07 - 2,66)	
Casado	27 (19,7)	110 (80,3)	1,00	
Sexo				
Feminino	60 (26,1)	170 (73,9)	1,25 (0,75 - 2,09)	0,387*
Masculino	14 (20,9)	53 (79,1)	1,00	
Raça				
Branca	40 (28,6)	100 (71,4)	1,57 (0,62 - 3,96)	0,530**
Morena	29 (22,1)	102 (77,9)	1,22 (0,47 - 3,13)	
Outros	1 (25,0)	3 (75,0)	1,38 (0,2 - 9,33)	
Negra	4 (18,2)	18 (81,8)	1,00	
Trabalha				
Não	52 (25,0)	156 (75,0)	1,01 (0,66 - 1,56)	0,959*
Sim	22 (24,7)	67 (75,3)	1,00	
Renda				
Até 2 salários	18 (13,8)	112 (86,2)	1,00	<0,001*
2 - 5 salários	44 (34,4)	84 (65,6)	2,48 (1,52 - 4,06)	
Acima de 5 salários	12 (30,8)	27 (69,2)	2,22 (1,18 - 4,2)	
Escolaridade				
Baixa escolaridade	12 (9,2)	118 (90,8)	1,00	<0,001*
Média escolaridade	24 (34,8)	45 (65,2)	3,77 (2,01 - 7,06)	
Alta escolaridade	38 (38,8)	60 (61,2)	4,20 (2,32 - 7,61)	

Fonte: dados da pesquisa

Discussão

Considerar a função cognitiva de pessoas idosas constitui diferencial por tratar de um tema pouco explorado no Nordeste do Brasil. Sabe-se, entretanto, que viver mais, implica no declínio fisiológico em virtude da maior probabilidade de doenças crônicas, manifestação a vulnerabilidade que envolve capacidade funcional, equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, deficiências sensoriais e que podem comprometer a autonomia (LACAS e ROCKWOOD, 2012; BURLÁ et al, 2013).

Por meio do MEEM destacou-se nesta pesquisa maior participação do gênero feminino. Esta desigualdade pode ser considerada pela menor procura dos homens ao serviço de saúde, fato este relacionado às amarras culturais da masculinidade (Gomes *et. al.*, 2007) e também por interferência dos horários de trabalho, pelo fato de coincidirem com os das unidades de saúde, dificultam a busca pelo tratamento (SILVA *et. al.*, 2010).

Os dados mostraram que quanto maior idade, maior foi o percentual de idosos com déficit cognitivo, demonstrando uma Razão de Prevalência de 2,05 para os idosos com 80 anos ou mais quando comparado aos de 60 a 69 anos, achados estes, corroborados por pesquisadores como Nascimento et al. (2015) e Machado et al. (2007).

A relação da renda com o déficit cognitivo vem ao encontro dos dados do estudo que demonstram ser a maioria dos idosos (70%) dependentes da aposentadoria. O fato de esta população prevalecer com uma renda de até dois salários-mínimos, torna-se possível que a baixa condição socioeconômica esteja associada ao maior comprometimento cognitivo entre idosos, vista que os caracteriza como população de baixa renda (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o estudo de Sabbah et al. (2009), utiliza educação e pobreza-renda como marcadores de posição socioeconômica, valendo a pena mencionar Lund (2014) ao afirmar que a saúde mental é um fim e um meio para o desenvolvimento social e econômico. No entanto, o autor enfatiza que, apesar desses links, a saúde mental e a pobreza continuam a serem negligenciadas no desenvolvimento de políticas nacional e internacional.

A relevância estatística mantendo associação com o declínio cognitivo e escolaridade ($p<0,001$) vem ao encontro do Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o qual corrobora com os dados encontrados sobre a baixa escolaridade da população idosa, haja vista que seus achados revelaram um percentual de 59,4% dos idosos responsáveis pelos domicílios brasileiros tinham, no máximo, três anos de estudo (IBGE, 2010).

Todavia, é importante enfatizar que com os programas federais de alfabetização de adultos destacados nas últimas décadas pode-se perceber uma melhoria nos percentuais do nível educacional, indicando maior adesão ao estudo por essa faixa etária.

Associação entre escolaridade, renda em relação às perdas cognitivas também foi observada em levantamento conduzido por Nascimento, et al (2015) e nesta conjuntura os autores ressaltam que o acesso a escolaridade, a renda e aos hábitos de vida saudáveis, aliado ao acompanhamento da população geriátrica na atenção primária a saúde podem influenciar positivamente na preservação da capacidade cognitiva dos idosos.

O fato de o universo da pesquisa ter focalizado um único município expressa limitações do estudo, o que impede de extrapolar seus resultados. Entretanto, por este ser um município de grande porte, espera-se que os achados sejam verdadeiros em outros locais, possibilitando dimensionar seu impacto em benefício de políticas públicas de saúde.

Conclusão:

Os resultados observados mostram que os escores do instrumento baseado no MEEM demonstram prevalência razoavelmente alta de idosos com déficit no desempenho cognitivo (24,9%) se relacionando com as condições sociodemográficas, tais como a idade, renda e o nível educacional da pessoa idosa. Outros estudos, contudo, precisam ser considerados.

Agradecimento ao *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq*) pelo financiamento do Projeto, processo número: 478645/2013-9.

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa n.º 265**, de 19/08/2011. Brasília: ANS, 2011. Disponível em: **Error! Hyperlink reference not valid.** Acesso em: fev/2015.

BURLÁ, Claudia; CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele; NUNES, Rui; Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2013.

DATASUS. Informações de Saúde. População residente por faixa etária, segundo Município. Período 2010. [Accessed on 09 Jan 2015] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a01.def>.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, 2007, v. 23, n. 3, p. 565-574.

GURIAN, M.B.F.; OLIVEIRA, R.C.; LAPREGA, M.R.; RODRIGUES JUNIOR, A. L. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**. [online]. 2012, vol.15, n.2, pp.275-284. ISSN 1809-9823.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sinópse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. Disponível em:: C:\Documents and Settings\Administrador\Desktop\IBGE Censo 2010. mht. Acesso Abril 06, 2016.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. Londres: **BMC Med**. v. 10, n. 4, 11/ jan/2012.

LUND C. Poverty and mental health: Towards a research agenda for low and middle-income countries. Commentary on Tampubolon and Hanandita (2014). *Social Science & Medicine* 2014; 111: 134-136.

MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L.; LEAL, P. F. G.; COTTA, R. M. M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):592-60.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENEZES et al .Perfil de pacientes Idosos atendidos.... revista brasileira de geriatria e gerontologia. 2007

NASCIMENTO R.A.S, BATISTA R.T.S., ROCHA S.V., VASCONCELOS L.R.C. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; v.64, n.3, p.187-92, 2015.

SABBAH W, WATT RG, SHEIHAM A, TSAKOS G. The Role of Cognitive Ability in Socioeconomic Inequalities in Oral Health. J Dent Res. 2009; 88 (4): 351–5. [PubMed: 19407156].

SILVA, K. C.; SOUSA, A. S.; CARNUT, L., *et. al.* Percepção sobre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde bucal: uma perspectiva de gênero. J Manag Prim Health Care, 2010, v. 1, n. 1, p. 1-7.