



FACULDADES DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARY ELLEN VALOIS DA MOTA CÂNDIDO

**VERIFICAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS E ELABORAÇÃO DE
UM GUIA PREVENTIVO**

JOÃO PESSOA
2018

C223v

Cândido, Mary Ellen Valois da Mota

Verificação de déficit cognitivo em idosos e elaboração de um guia preventivo / Mary Ellen Valois da Mota Cândido. – João Pessoa, 2018. 112f.; il.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Kay Francis Leal Vieira

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Idoso. 2. Envelhecimento. 3. Déficit Cognitivo. 4. Educação em Saúde. I. Título.

CDU: 616-053.9

MARY ELLEN VALOIS DA MOTA CÂNDIDO

**VERIFICAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS E ELABORAÇÃO DE
UM GUIA PREVENTIVO**

Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, sob a orientação da Prof^a Dra Kay Francis Leal Vieira e da Co-Orientadora Prof^a Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

JOÃO PESSOA
2018

MARY ELLEN VALOIS DA MOTA CANDIDO

**VERIFICAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS E ELABORAÇÃO DE
UM GUIA PREVENTIVO**

Dissertação apresentada pela aluna Mary Ellen valois da Mota Cândido do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, tendo obtido o conceito de _____, conforme apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado(a) em: 26/03/2018

**Profª Drª Kay Francis Leal Vieira
(Orientadora – FACENE)**

**Profª Drª Adriana de Andrade Gaião e Barbosa
(Membro Externo Titular – UFPB)**

**Profª Drª Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro
(Membro Interno Titular - FACENE)**

**Profª Drª Maria do Socorro Vieira Pereira
(Membro Interno Suplente– FACENE)**

**Profª Drª Ana Cláudia Torres de Medeiros
(Membro Externo Suplente – UFCG)**

**Dedico este trabalho aos
idosos com de Déficit
Cognitivo.**

AGRADECIMENTOS

A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), direção e administração que oportunizaram uma base de conhecimentos para meu futuro profissional.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família por todos os ensinamentos e conhecimentos não apenas racional, mas a manifestação do caráter e efetividade com mais uma formação.

A minha Co-Orientadora Prof^ª Débora, que foi de fundamental importância para o término deste trabalho científico, creio que sem suas significantes contribuições não teria chegado até aqui. O MEU MUITO OBRIGADO por todo tempo, paciência, dedicação disponibilizados.

A minha orientadora pela colaboração, paciência, parceria, disponibilidade e de seus conhecimentos repassados durante a efetivação deste trabalho.

A Deus por ter me proporcionado chegar até aqui com saúde. Gratidão a ti sempre.

A meus pais, que me ajudaram diretamente, fazendo parte deste estudo como idosos com déficit cognitivo leve. A vocês, na carne e no afeto imenso, toda minha gratidão.

Ao meu irmão, que, com sua arte de desenhar a mão, me presenteou com as ilustrações do guia preventivo, produto tecnológico desenvolvido a partir deste estudo.

A família, em especial aos primos (Ana, Jonathan, Beto) que tanto contribuíram, incentivando-me a chegar até aqui.

Aos amigos Nelson e Rosângela por também fazerem parte de minha vida e da disponibilidade de contribuírem para este estudo.

A Lisiane Dias e Letícia Alves, amigas do projeto de pesquisa da UFPB, pela disponibilidade, atenção, carinho e profissionalismo, sem vocês eu não teria conseguido chegar até o fim. A minha eterna GRATIDÃO.

A minha mãe torta, Adriana, que me acompanha desde meu primeiro filho acadêmico, por sempre me incentivar, guiar, dar carões, conselhos, amor, por ser meu exemplo de profissional, mulher, mãe. Por acreditar em mim como nem mesmo eu acredito. Meu amor e amizade será sempre eterna por ti. Mais uma vez, MUITO OBRIGADA, por está fazendo parte e contribuindo com mais esse trabalho acadêmico.

Ao pai torto, Genário, que ganhei no decorrer de minha vida profissional, por acreditar em meu trabalho sem medir esforços para me fazer sempre uma melhor profissional.

Aos idosos que aceitaram participar desta pesquisa, fornecendo tempo e contribuindo no processo de coleta e armazenamento dos dados.

A todos que, de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho.

A VELHICE NA ÓTICA DE UM IDOSO COM DÉFICIT COGNITIVO

Nem a tempos. Nem a idades. Os sonhos que já tivemos levam da velhice à eternidade. Falar já não cobre a diferença, porque passamos de uma beleza plástica que, se não tem nada de deslumbramento, pelo menos parece limpa e grandiosa. Bem no fundo das aparências e dos nossos delírios abraçamos com convicção, a ideia de que tudo deu certo, não queremos ir embora, mas somos obrigados. E o mundo começa então a mudar, a encher-se de estrelas, readquirindo o brilho original . Tal qual a primeira vez que desabrochou até alcançar o triunfo final: a morte próxima. O que nos dar de início, uma sensação estranha de liberdade, e, mesmo, de um enorme murmúrio, de uma enorme força sobre a qual não temos mais domínio. O tempo, contudo, ainda é muito bom. Nos deixa ainda andar, embora que capengando, conversar com lucidez e sabedoria, sobre a vida, perceber que o abandono e a fragilidade humana nos levam à solidão e a segurança emocional, a despeito de sabermos que sempre há alguém pra cuidar de nós e se preocupa conosco. Ao recompor a imaginação sentimos que alguma coisa está acontecendo e nos lembramos então que ganhamos um resto de vida, que o tempo vai consumindo em intervalos cada vez mais menores. Se fecharmos os olhos agora sossegamos, perdemos os medos e alcançamos as certezas, porque os olhares da velhice são metáforas de uma espera inevitável, que vai nos acontecer e agoniar, como as idades que nos humilham e nos castigam .quando descobrimos que não há mais esperança para ninguém.

Gemi Cândido
(Meu Pai)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico, familiar e clínico dos idosos entrevistados; verificar o grau de déficit cognitivo em idosos que acessam um serviço de referência no município de João Pessoa-PB; avaliar a associação entre déficit cognitivo e as variáveis sexo, faixa etária e grau de escolaridade; e elaborar um guia preventivo de déficit cognitivo para atenção primária à saúde. Para viabilizar os objetivos, fez-se necessário a utilização de uma pesquisa mista composta por uma abordagem inicial quantitativa com investigação de campo – exploratória e descritiva, e, posteriormente, um estudo metodológico com o propósito de elaborar um produto tecnológico (GUIA) para prevenir e intervir no déficit cognitivo de idosos usuários na Atenção Primária a Saúde (APS). A fase I correspondeu a verificação de déficit cognitivo, realizada no Centro de Saúde Nova Esperança, com 30 idosos com faixa etária entre 60 a 80 anos, utilizando-se um questionário contendo variáveis sociodemográficas e testes psicológicos de inteligência, atenção, memória recente, raciocínio e velocidade de processamento (TIG-NV; AC; PICTÓRICO; BETA III) e do Mini Mental do Estado Mental (MEEM) com a finalidade de rastrear preservação ou não de um déficit cognitivo. Os dados foram analisados de forma descritiva através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas, sendo analisados inferencialmente através dos testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, Mann-Whitney e Shapiro-Wilk, sendo 5% a margem de erro utilizada na decisão dos testes. Os dados foram digitados na planilha *Excel* e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23. A fase II de elaboração do produto tecnológico compreendeu as etapas de realização de pesquisa literária científica sobre déficit cognitivo para apropriação teórica do objeto com documentos do Ministério da Saúde; levantamento de informações para compor os elementos do guia; formação do padrão de prevenção e intervenção; e organização dos itens e orientações em um modelo de tecnologia aplicável. Do total de idosos (n=30), 63,3% são casados, 50% com nível de escolaridade fundamental, 63,3% com situação econômica média. Encontrou-se escores inferiores no tocante as funções executivas (atenção, memória, inteligência, velocidade processamento, memória recente, raciocínio) em uma significativa porcentagem (60%) dos idosos. Após constatação do deficit cognitivo, o guia foi organizado de forma objetiva, abordando exercícios para as funções executivas de atenção; raciocínio; linguagem; memória e algumas orientações a respeito de escolas especialistas em reabilitação cognitiva, bem como profissionais especialistas na área. Conclui-se que os resultados do presente estudo servirão de subsídio para dar visibilidade aos idosos com comprometimento cognitivo e pretende-se com o guia preventivo promover sistematicamente, na atenção primária, ações de orientação e prevenção, no intuito de manter a consciência e conhecimento, independência e autonomia cognitiva do idoso.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Disfunção Cognitiva; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to characterize the sociodemographic, family and clinical profile of the elderly interviewed; to verify the degree of cognitive deficit in the elderly who use a reference service in the city of João Pessoa-PB; to evaluate the correlation between cognitive deficit and gender, age and schooling settings; and to prepare a preventive guide of cognitive deficit for health care. In order to achieve the objectives, we carried out a quantitative research, composed by a field-exploratory and descriptive approach, and later a methodological study with the objective of elaborating a technological product (GUIA) to prevent and intervene in the cognitive deficit in elderly APS users. For phase I, a cognitive deficit check was carried out at the Nova Esperança Health Center, with 30 elderly people aged 60 to 80 years, using variables containing sociodemographic variables and psychological tests of intelligence, attention, recent memory, reasoning and speed of processing (TIG-NV, AC, PICTORIC, BETA III) and Mini Mental, for the purpose of tracking the preservation or not of a cognitive deficit. Data was analysed by means of absolute and percentage frequencies for the categorical, mean and standard deviation and median variables for the numerical variables. Also, data was inferred from statistic tests, such as the Pearson's Chi-square, Fisher's Exact and Mann-Whitney and Shapiro-Wilk, with 5% being a margin of error in the decision of the tests. The data was entered in an Excel worksheet and the program used to obtain the statistical calculations was the IBM SPSS version 23. Phase II, related to the elaboration of the technological product, concerned a literature review about cognitive deficit in order to theoretically adapt the object to the Ministry documents; information gathering to compose the elements of the guide; formation of the prevention and intervention standard; and organization of items and guidelines into an applicable technology model. Of the total number of elderly people (n = 30), 63.3% are married, 50% have primary education, 63.3% are middle-aged. We found lower scores for executive functions (attention, memory, intelligence, processing speed, recent memory, reasoning) in a significant percentage (60%) of the elderly. After finding the deficit, the guide was organized in an objective way, dealing with exercises for the executive functions of attention, reasoning, language and memory. Additionally, there are some guidelines regarding schools specialised in cognitive rehabilitation as well as professional experts in the field. It is concluded that the results of the present study will serve as a subsidy to give visibility to the elderly with cognitive impairment and to promote systematically, in primary care, actions of orientation and prevention, in order to maintain awareness and knowledge, independence and cognitive autonomy of the elderly.

Keywords: Elderly; Aging; Cognitive Dysfunction; Health Education.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como caracterizar el perfil sociodemográfico, familiar y clínico de los ancianos entrevistados; verifiquen el grado de déficit cognitivo en isodos que acceden a un servicio de referencia en el municipio de João Pessoa-PB; evaluar la asociación entre déficit cognitivo y las variables sexo, grupo de edad y grado de escolaridad; y elaborar una guía preventiva de déficit cognitivo para atención primaria a la salud. Para viabilizar los objetivos, se hizo necesario la utilización de una investigación mixta compuesta por un abordaje inicial cuantitativo con investigación de campo - exploratoria y descriptiva, y posteriormente un estudio metodológico con el propósito de elaborar un producto tecnológico (GUIA) para prevenir e intervenir en el déficit cognitivo en ancianos usuarios en la APS. La fase I correspondió la verificación de déficit cognitivo, realizada en el Centro de Salud Nueva Esperanza, con 30 ancianos en el grupo de edad entre 60 y 80 años, utilizando un cuestionario que contenía variables sociodemográficas y pruebas psicológicas de inteligencia, atención, memoria reciente, raciocinio y la velocidad de procesamiento (TIG-NV, AC, PICTÓRICO, BETA III) y del Mini Mental con el fin de rastrear preservación o no de un déficit cognitivo. Los datos fueron analizados de forma descriptiva a través de frecuencias absolutas y porcentuales para las variables categóricas, y media, desviación estándar y mediana para las variables numéricas, siendo analizados inferencialmente a través de las pruebas estadísticas Qui-cuadrado de Pearson, Exacto de Fisher, Mann-Whitney y Shapiro-Wilk, siendo el 5% el margen de error utilizado en la decisión de las pruebas. Los datos fueron digitados en la hoja de Excel y el programa utilizado para obtener los cálculos estadísticos fue el IMB SPSS en la versión 23. La fase II de elaboración del producto tecnológico comprendió las etapas de realización de investigación literaria científica sobre déficit cognitivo para apropiación teórica del objeto con documentos del Ministerio; el levantamiento de informaciones para componer los elementos de la guía; formación del estándar de prevención e intervención; y la organización de los elementos y orientaciones en un modelo de tecnología aplicable. Del total de ancianos ($n = 30$), 63,3% están casados, 50% con nivel de escolaridad fundamental, 63,3% con situación económica media. Se encontraron scores inferiores en cuanto a las funciones ejecutivas (atención, memoria, inteligencia, velocidad de procesamiento, memoria reciente, raciocinio) en un significativo porcentaje (60%) de los ancianos. Después de constatación del déficit, el guía fue organizado de forma objetiva, abordando los ejercicios para las funciones ejecutivas de atención; razonamiento; idioma; memoria y algunas orientaciones acerca de escuelas especialistas en rehabilitación cognitiva, así como profesionales especialistas en el área. Se concluye que los resultados del presente estudio servirán de subsidio para dar visibilidad a los ancianos con compromiso cognitivo y se pretende con el guía preventivo promover sistemáticamente, en la atención primaria, acciones de orientación y prevención, con el fin de mantener la conciencia y el conocimiento, independencia y autonomía cognitiva del anciano.

Palabras clave: Ancianos; Envejecimiento; Disfunción Cognitiva; Educación en Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas do grupo pesquisado.....	45
Tabela 2 - Autoavaliação da situação econômica, de saúde, do relacionamento com a família, esquecimentos, uso de medicamentos e comorbidades (doenças que possui) no grupo total.....	46
Tabela 3: Avaliação dos aspectos cognitivos segundo o gênero dos pesquisados.....	48
Tabela 4: Avaliação dos aspectos cognitivos segundo a faixa etária dos pesquisados.....	50
Tabela 5: Avaliação dos aspectos cognitivos segundo o grau de escolaridade dos pesquisados.....	51
Tabela 6: Média, desvio padrão e mediana dos percentis segundo o sexo.....	53
Tabela 7: Média, desvio padrão e mediana dos percentis segundo a faixa etária.....	53
Tabela 8: Média, desvio padrão e mediana dos percentis segundo a escolaridade.....	54

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Apresentação das quatro áreas de competências da vida e seus elementos.....	57
Quadro 2: Apresentação dos alimentos essenciais para prevenção do Déficit Cognitivo.....	58
Quadro 3: Apresentação das estimulações cognitivas para prevenção do déficit cognitivo.....	60
Quadro 4: Apresentação de técnicas para memorização.....	61
Quadro 5: Apresentação da técnica de reminiscência e estratégias compensatórias para realização diária.....	63
Quadro 6: Apresentação da técnica de estimulação cognitiva que engloba orientações e estratégias da família.....	64

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Problematização	16
1.2 Objetivos	18
2 QUADRO TERICO	20
2.1 DESENVOLVIMENTO DA VELHICE	21
2.1.1 ENVELHECIMENTO NO BRASIL	23
2.1.2 PROCESSOS NATURAIS DO ENVELHECIMENTO	24
2.2 O ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	25
2.3 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO CEREBRAL	29
2.4 ASPECTOS COGNITIVO DO ENVELHECIMENTO	30
2.5 RASTREAMENTO DO DÉFICIT COGNITIVO	31
2.6 PRODUTO TECNOLÓGICO	33
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	36
FASE I – VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO	37
3.1 TIPO DE PESQUISA	37
3.2 LOCAL DA PESQUISA	37
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	38
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	39
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	40
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	40
FASE II - ELABORAÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO	40
3.8 TIPO DE ESTUDO	40
3.8.1 ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA	41
3.8.2 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
FASE I – VERIFICAÇÃO DO DÉFICIT COGNITIVO	45
4.1 Perfil Sóciodemográfico	45
4.2 Rastreio Cognitivo	47
4.3 DISCUSSÃO	54
FASE II – ELABORAÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO	56
5 PRODUTO FINAL	67
6 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	72

ANEXOS	82
ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	83
APÊNDICES	85
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCCLE).....	86
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO.....	88
APÊNDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA.....	90
APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL.....	91
APÊNDICE E – GUIA PREVENTIVO.....	92

INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) vem alertando, por meio de indicadores sociais e demográficos divulgados anualmente, que a estrutura etária do país está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo, em termos absolutos, e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. Disso, decorre uma série de novas exigências e de demandas relacionadas a políticas públicas de saúde, inclusive a inserção ativa dos idosos na vida social.

A definição tradicional da Organização Mundial de Saúde considera o idoso, segundo critério da idade cronológica, como uma pessoa com idade a partir dos 60 anos, em países em desenvolvimento, e a partir dos 65 anos, em países desenvolvidos. Destarte, considerando o aspecto cronológico, no Brasil, são consideradas idosas as pessoas com idade a partir dos 60 anos (RUBERT; HIGA; FARIAS, 2016).

É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, à participação em atividades e aos níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005). Assim, as definições de velhice e de pessoa idosa são complexas e envolvem diversos fatores, como cronológico, físicos, psicológicos e biológicos.

O envelhecimento da população é apontado como um dos problemas cruciais do século XXI. As alterações demográficas e o aumento da expectativa média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, em nível individual, no aumento da longevidade e, em nível coletivo, nas mudanças e deficiências das relações sociais e familiares bem como nas implicações econômicas (POCINHO, 2014).

As consequências do crescente número de idosos implicam o aumento das demandas sociais e passam a representar um grande desafio político, social, de saúde e econômico. O envelhecimento populacional, aliado à falta de políticas públicas voltadas a essa nova realidade mundial, preocupa todos os segmentos da sociedade os quais vivenciam este processo nos dias atuais. É relevante mencionar que viver mais é importante, desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida, quando o processo natural de envelhecimento pode acarretar limitações, aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Ademais, como consequência do envelhecimento, o declínio físico e, muitas vezes, o intelectual comprometem a qualidade de vida do idoso e

continuam sendo um grande desafio para a ciência (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; MOTA; OLIVEIRA; BATISTA, 2017; SANTOS, 2011).

As políticas de saúde em relação ao idoso tiveram início nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir daquele momento, iniciou-se a expansão da saúde dos idosos, objetivando, predominantemente, uma organização de trabalho centrada no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônicas degenerativas. Chegou-se a esse entendimento, por um lado, devido ao aumento das doenças crônicas e degenerativas na década de 80 e, por outro, à forma como o Brasil se desenvolveu, para promover a saúde da população idosa (COSTA; CIOSEK, 2010).

Todo ser humano, a partir do nascimento, vivencia em seu corpo o envelhecer, que passa a ser um processo contínuo e progressivo, em que ocorrem algumas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas, sociais e psicológicas (DUARTE, 2009). A capacidade funcional dos idosos é um aspecto central de sua autonomia, envolvendo a integridade física, a capacidade de realizar as atividades da vida diária, a função cognitiva, as atitudes em relação a si mesmo, a vida emocional e social e o exercício de papéis (NERI, 2014).

Além dos aspectos físicos, a capacidade funcional refere-se ao *status* cognitivo. Caracterizam-se por danos cognitivos, funcionais e comportamentais as demências degenerativas e vasculares, que têm se transformado em um problema de saúde pública, e sua prevalência aumenta com a idade, sendo de 1 a 5% aos 65 anos, 20% aos 80 anos e 45% em indivíduos acima de 90 anos. No envelhecimento normal, a depressão e a ansiedade costumam acompanhar o déficit cognitivo, podendo dificultar um diagnóstico diferencial (DAMASCENO, 2011).

Com relação ao envelhecimento cognitivo, é importante salientar que fatores relacionados ao estilo de vida, como a hipertensão, o diabetes, o cigarro, as doenças cardíacas e a obesidade, aumentam o risco para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer.

A APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, satisfazendo suas necessidades de saúde, e só não alcança os casos muito incomuns, que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados, quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Os seguintes atributos são sugeridos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Assim, a APS é direcionada também para a prevenção de agravos, como o déficit cognitivo, sendo a maioria das pessoas que mais acessam a APS,

os idosos, por isso devem ser percebidos na sua integralidade, fazendo com que a elaboração de um instrumento de prevenção possa ser bastante eficaz nessa população (LAVRAS, 2011).

O déficit cognitivo interfere negativamente no desempenho de tarefas de compreensão no dia a dia do idoso, ou seja, dos pontos de vista psicológico, biológico e social, é possível esperar que idosos com déficits cognitivos tenham maiores chances de desenvolver doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer, demência vascular, entre outras, aparecendo, assim, mais dificuldades na vida laboral e nas demais fases de sua vida.

O interesse em estudar o déficit cognitivo em idosos surgiu a partir de estudos e práticas laborais (atendimento psicoterápico domiciliar a idosos com síndromes demenciais degenerativas e não degenerativas vinculado a um plano de saúde público) exercidos pela pesquisadora, em que foi observada uma série de déficit cognitivo que acarretava doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, situação piorada com a própria falta de informação por parte dos idosos, dos profissionais, dos familiares e dos cuidadores a respeito do processo de envelhecimento e das perdas funcionais e cognitivas.

Dessa forma, o presente estudo objetiva verificar o déficit cognitivo em idosos, para justificar a elaboração de uma proposta de guia preventivo. Esta pesquisa busca orientar sobre os conhecimentos acerca do assunto e intervir nas práticas necessárias, para minimizar os sintomas relativos às demências. Serão trabalhados exercícios de atenção, de memória, de raciocínio, de introdução a uma alimentação saudável, de orientações a familiares ou cuidadores envolvidos na assistência ao idoso, a serem utilizados na APS, por se tratar de um nível que garante a prevenção de agravos da população, a fim de melhorar a qualidade de vida dos idosos com déficit cognitivo e dos idosos saudáveis, como forma de evitar um possível déficit cognitivo.

1.2 Objetivos

Geral:

- Elaborar um guia preventivo de déficit cognitivo para Atenção Primária à Saúde.

Específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, familiar e clínico dos idosos entrevistados;

- Verificar o déficit cognitivo em idosos que acessam um serviço de referência no Município de João Pessoa-PB;
- Avaliar a associação entre déficit cognitivo e variáveis sociodemográficas de sexo, faixa etária e grau de escolaridade.

QUADRO TEÓRICO

2.1 DESENVOLVIMENTO DA VELHICE

O processo de envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradativo para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. O conceito “biológico” relaciona-se com aspectos nos planos molecular, celular, tecidual e orgânico do indivíduo, enquanto o conceito psíquico é a relação das dimensões cognitivas e psicoafetivas, interferindo na personalidade e no afeto. Dessa maneira, falar de envelhecimento é abrir o leque de interpretações que se entrelaçam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Sendo assim, o processo de envelhecimento é um conjunto de fatores que vão além do fato de ter mais de 60 anos. Devem-se levar em consideração também: as condições biológicas, que estão intimamente ligadas à idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo o conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado quanto maior a idade; as condições sociais, o momento histórico e o cultural; as condições econômicas, que são marcadas pela aposentadoria; a intelectual, que é evidenciada quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; e a funcional, em que há perda da independência e da autonomia, precisando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas do dia a dia (OLIVEIRA, 2014; SANTOS, 2017; DIAS, 2007).

Quanto à velhice, o seu conceito necessita ser visualizado como a última fase do processo do envelhecer humano, pois a velhice não é apenas um processo do envelhecimento em si, é, antes, um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso. O registro corporal é aquele que fornece as características do idoso: cabelos brancos, calvície, rugas, diminuição dos reflexos, compressão da coluna vertebral, enrijecimento e tantos outros. Essas características, no entanto, podem estar presentes em certas pessoas, sem, necessariamente, serem idosas, como também é possível ser idoso e, por meio de plásticas, uso de cremes e ginásticas específicas, mascarar a idade. Torna-se, então, difícil fixar a idade para entrar na velhice, pois não dá para determinar a velhice exclusivamente pelas alterações corporais (SANTOS, 2010).

Nos dias hordienos, a velhice surge como uma possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser velho, justificada essa afirmação pelo fato de que os idosos estão se organizando em movimentos que avançam, politicamente, na discussão de seus direitos. A velhice, vista como representação coletiva, começa, mesmo que de forma tímida, a mostrar

outro estilo de vida para os idosos, que, ao invés de ficarem em casa, isolados, saem em busca do lazer, saem para bailes, viagens, teatros, bingos, grupos, clubes e universidades abertas à terceira idade. O movimento referido emerge com uma força ainda desconhecida por aqueles que o vivenciam, de seres humanos que tornam visível a possibilidade de modificação da velhice, tirando os rótulos e contestando os mitos (SANTOS, 2010; NATUME; PILLOTTO; STRAPAZZON, 2018).

Neste novo milênio, é interessante tomar consciência de que, para sobreviver, tem-se de mudar o paradigma do desenvolvimento econômico para um paradigma de desenvolvimento a favor do ser humano. Para alcançar tal intento, a busca da hominização que é o desenvolvimento das potencialidades psíquicas, espirituais, éticas, culturais e sociais poderá ser uma solução. Para que isso ocorra, torna-se desejável se ter como meta do desenvolvimento o viver melhor, o viver verdadeiramente, significando viver com compreensão, solidariedade e compaixão (SANTOS, 2010).

Assim, pode-se definir o envelhecer como um processo natural, que caracteriza uma etapa da vida do homem e acontece por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem, de forma particular, cada indivíduo com sobrevida prolongada (LANZI; CASTRO; DÁTILLO, 2016).

Os fenômenos do envelhecimento e da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física. Mas, é importante que se perceba que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos que passam por essa etapa da vida (SANTOS, 2010). Considerando a relação do todo com as partes e vice-versa, o ser idoso não pode ser definido só pelo plano cronológico, pois outras condições - tais como físicas, funcionais, mentais e de saúde - podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso. Porém, no Brasil, vê-se como necessária uma uniformização com base na cronologia do ser humano idoso, utilizando-se a faixa etária a partir dos 60 anos.

O aumento da proporção de idosos na população é um fenômeno mundial e tem recebido o nome de "revolução demográfica". Tal fenômeno, antes observado exclusivamente em países desenvolvidos, passou a ser característico nos países em desenvolvimento. No último meio século, a expectativa de vida aumentou cerca de 20 anos, ou seja, se considerados os últimos dois séculos, ela quase dobrou (FURLAN, 2017; MILLER, 2012).

Esse processo ainda pode estar longe do fim. Juntamente com a longevidade, a redução nas taxas de natalidade e o avanço da medicina são fatores que contribuem, para

que os indivíduos que estão acima de 60 anos representem aproximadamente 6,9% da população mundial (SOEIRO, 2010).

Estima-se que, em 2025, o Brasil — que até há pouco tempo era considerado um país jovem — atinja a sexta posição mundial em número de idosos, e as consequências econômicas e sociais desse fenômeno podem se tornar graves, caso seja ignorado (IBGE, 2002). Uma das consequências do envelhecimento populacional tem sido o aumento da prevalência dos problemas de saúde característicos do idoso.

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas na estrutura e no papel da família. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal, tudo isso significa menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos (COSTA; CIOSEK, 2010).

Entendendo o processo do envelhecimento e as dificuldades físicas, biológicas, psíquicas, cognitivas e sociais que atingem a vida dos idosos, buscar-se-á, por meio deste estudo, a construção de um guia de prevenção e de intervenção em relação ao Déficit Cognitivo.

2.1.1 ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Segundo Kalache (2010), os fatores determinantes do envelhecimento, em nível de população de um país, são fundamentalmente ditados pelo comportamento de suas taxas de fertilidade e, de modo menos importante, de suas taxas de mortalidade. Para que uma população envelheça, é necessário, primeiro, que haja uma queda da fertilidade, pois um menor ingresso de crianças na população faz com que a proporção de jovens diminua. Se, simultânea ou posteriormente, houver também uma redução das taxas de mortalidade, o processo de envelhecimento de tal população torna-se ainda mais acentuado.

O Brasil está em franco processo de envelhecimento, tendo já atravessado as etapas iniciais dessa transição epidemiológica e, no caso de algumas áreas localizadas em regiões metropolitanas mais desenvolvidas, até mesmo atingido seu estágio final. Até a década de 50 ou mesmo 60, as características demográficas do país indicavam uma população bastante jovem, com altas taxas de fertilidade e taxas de mortalidade que começavam a diminuir (KALACHE, 2010).

O envelhecimento populacional, hoje, é um fenômeno mundial. No Brasil, o processo iniciou-se a partir de 1960, e as mudanças, desde então, dão-se a largos passos. Em 1940, a população brasileira era composta por 42% de jovens com menos de 15 anos,

enquanto os idosos representavam apenas 2,5%. No último censo realizado, a população de jovens foi reduzida a 24% do total. Por sua vez, os idosos passaram a representar 10,8% do povo brasileiro, ou seja, mais de 20,5 milhões de pessoas possuem mais de 60 anos, e isso representa incremento de 400%, se comparado ao índice anterior. A estimativa é de que, nos próximos 20 anos, esse número mais que triplique. Nesse contexto, prevalecem as doenças crônicas e suas complicações: hipertensão arterial, doença coronariana, sequelas de acidente vascular cerebral, limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocadas pelo diabetes, além da dependência determinada pelas demências (IBGE, 2010).

Considerando-se que o envelhecimento da população é uma realidade constatada em um grande número de nações de hoje, não é surpreendente que ele venha se posicionando, com maior intensidade, como desafio também no Brasil. Dadas as melhorias em vários aspectos da realidade brasileira, também não surpreende o fato de ter havido queda do índice de mortalidade infantil e aumento da longevidade. A compreensão da realidade atual, contudo, demanda atenção para um traço original e decisivo: a freada brusca no índice de natalidade, que se encontra na raiz de uma mudança rápida e problemática no quadro populacional. Ainda que dados não sejam o objeto direto do presente estudo, para se buscar uma compreensão mais adequada e completa da situação hodierna, e, sobretudo, de se evidenciar, mais claramente, onde se encontram os maiores desafios, com alternativas de enfrentamento, fazem-se necessários, ao menos, alguns leves acenos para alguns dados (OLIVEIRA, 1999).

2.1.2 PROCESSOS NATURAIS DO ENVELHECIMENTO

Envelhecer é um processo natural, que ocorre desde que nascemos, porém fica mais evidente, à medida que os anos vão avançando. A qualidade do envelhecimento está relacionada diretamente com a qualidade de vida à qual o organismo foi submetido. O envelhecimento é constituído de um conjunto de modificações fisiológicas irreversíveis e inevitáveis, acompanhadas de mudança do nível de homeostasia do corpo. O fenômeno biológico do envelhecimento representa a última das três fases do ciclo vital do organismo, sendo as duas primeiras a infância e a maturidade. Há duas décadas, acreditava-se que o processo de envelhecimento só seria motivo de controle ou tratamento após os sessenta anos, período de caracterização do envelhecimento, mas esse conceito encontra-se superado atualmente. Hoje, sugere-se acompanhamento das diferentes fases do

envelhecimento por meio de medidas profiláticas ou curativas, com a finalidade de conservar a qualidade de vida do organismo (MACHADO; CAVALIÉRE, 2012).

O envelhecimento é uma parte importante de todas as sociedades humanas, refletindo as mudanças biológicas mas também as convenções sociais e culturais. Envelhecer diz respeito às perdas das funções normais, as quais ocorrem com o passar dos anos. Essas perdas começam a ficar mais evidentes após os 60 anos.

Envelhecer é diferente de adoecer. O envelhecimento “normal” (senescência) inclui eventos “normais”/naturais que ocorrem mediante o tempo e que levam a um declínio funcional, aumentando a vulnerabilidade. Para um idoso acostumado a se exercitar, as alterações normais do envelhecimento tendem a ser mais suaves, ou seja, as “perdas” relacionadas ao envelhecimento podem ser minimizadas pelo investimento pessoal em funções e atividades em idades mais precoces (CAIXETA, 2012).

A velhice tornou-se, pela primeira vez na história da humanidade, uma parte da vida pela qual se espera. Pode-se descrever a população mais velha abordando várias dimensões, incluindo suas características sociais, de saúde, funcionamento e situação financeira, sendo cada uma dessas áreas relevante na avaliação e no tratamento. O envelhecimento tem sido conceituado como um declínio na eficiência dos mecanismos que mantêm a homeostase, que é continuamente ameaçada por eventos desestabilizadores (CAIXETA, 2014).

O processo natural do envelhecimento é caracterizado pela dualidade de envelhecimento bem-sucedido e declínio. Algumas pessoas envelhecem bem, enquanto outras se deparam com problemas e contratemplos que as levam à degeneração de seu funcionamento. A tensão entre esses aspectos positivos e negativos do envelhecer constitui o fundamento da saúde mental (DENDENA et al, 2011).

Em outras palavras, o processo do envelhecimento não torna as pessoas tolas, nem sábias, nem neuróticas. Na verdade, as histórias de vida das pessoas idosas, suas experiências e circunstâncias sociais, além de uma ampla influência geracional e histórica, afetam os resultados observados na velhice.

2.2 O ENVELHECIMENTO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Segundo a OMS (2002), o envelhecimento populacional é uma conquista e um triunfo da humanidade no século XX, ocasionados pelo sucesso das políticas de saúde públicas e sociais, portanto não pode ser considerado como problema. Para as nações desenvolvidas ou em desenvolvimento, entretanto, o envelhecimento populacional poderá

se tornar um problema, caso não sejam elaborados e executados políticas e programas que promovam o envelhecimento digno e sustentável e que contemplem os direitos, as necessidades, as preferências e a capacidade das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O envelhecimento ativo, que adiciona qualidade de vida, fortalece as políticas e os programas de promoção de uma sociedade inclusiva e coesa para todas as faixas etárias. Assim, o reconhecimento do direito à vida, à dignidade e à longevidade deve ser objeto da agenda oficial dos governos.

De acordo com Paiva (2014), a partir de dados fornecidos pelas Nações Unidas, a população idosa tem crescido de forma expressiva, considerando que, em 2000, o número estimado de pessoas com mais de 60 anos era de 605 milhões. Em 2011, passou-se para 893 milhões, com uma perspectiva de se atingirem, em 2050, 2 bilhões de idosos em todo o mundo. Neste período, há a probabilidade de os idosos se equipararem, em número, com a população infantil de 0-14 anos. O crescimento da população idosa e o declínio da infantil irão marcar a primeira vez na história em que o número de crianças e pessoas idosas será semelhante.

O processo de envelhecimento e a velhice, portanto, revelam-se como uma questão nova e urgente, ocorrendo, assim, um apuramento nos debates, sejam eles no âmbito acadêmico, sejam nas políticas públicas, visando à busca por soluções viáveis que contribuam para um melhor enfrentamento dessas questões social, pública e da saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao considerar um conceito ampliado do processo de saúde e doença, o qual leva em conta os seus diferentes determinantes e condicionantes, e ao estabelecer políticas que direcionam uma nova forma de agir frente às necessidades de saúde da população também delimita que a ênfase está na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta última é definida pelo Ministério da Saúde (MS) como ações de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação (MARIN; PANES, 2015; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A APS oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, além de coordenar ou integrar a atenção fornecida em algum outro nível, que deve ser pautado na continuidade, na integralidade, na atenção centrada na família, na orientação para a comunidade e na competência profissional. Dessa forma, é na APS que se organiza e se proporciona a otimização de recursos, tanto básicos como especializados, e que se mantêm o vínculo e a responsabilização pelas necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade (MARIN; PANES, 2015).

Em meio às novas políticas, em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, pela Lei nº 10.741/2003, que prevê as prioridades e as normas de proteção aos direitos do idoso, indo desde o atendimento permanente e o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral (BRASIL, 2006).

Para responder às crescentes demandas da população que envelhece, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), a partir da regulamentação do SUS, com o objetivo de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criar condições para promover sua autonomia e reafirmar seu direito à saúde, nos níveis de atenção à saúde (COSTA; CIOSAK, 2010; BRASIL, 1994).

Em 2006, foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e à referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidades. Logo após, foi a vez da Política Nacional de Atenção Básica, caracterizada por desenvolver um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, as quais abrangem promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A Atenção Básica deve estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa por meio do desenvolvimento de práticas gerenciais sanitárias democráticas, participativas e sob a forma de trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território (BRASIL, 2006).

A Política Nacional do Idoso (PNSPI) apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso no seio familiar e reforça o importante papel da família como determinante nos resultados do processo de reabilitação, colocando em contraponto a assistência domiciliar à asilar, em que a família representa um papel essencial de assistência e proteção, geralmente assumido pelo cuidador familiar. A função de cuidador é avocada por uma única pessoa, denominada cuidadora principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Esta pessoa assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Essa política tem como meta final proporcionar uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para aquela parcela da população longeva que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006).

Na atenção à saúde do idoso, deve-se considerar que as doenças crônicas e suas incapacidades não são consequências inevitáveis do envelhecimento, mas sim a falta de um

trabalho voltado à prevenção que é efetiva e eficaz em qualquer nível, mesmo em fases tardias da vida (MARIN; PANES, 2015).

O grande desafio é implementar a política do envelhecimento ativo, que é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas. O fato mais significativo que influenciará o aumento da frequência de utilização dos serviços de saúde é o rápido crescimento da proporção de pessoas com mais de 85 anos. Esse grupo frequentemente apresenta mais doenças crônicas e limitações funcionais. O efeito da idade avançada somado a certas condições causadas pela dependência muito frequente entre idosos, como demência, fraturas de quadril, acidentes vasculares cerebrais e deficiências visuais, reduzem a superação dos obstáculos diários (MINAS GERAIS, 2006).

Para o SUS, este novo perfil epidemiológico do país torna crescente a demanda por prevenção e assistência aos idosos, por procedimentos diagnósticos e terapêuticos das doenças crônicas, por serviços de reabilitação física e mental e por programas que incluam equipes multidisciplinares que trabalhem o homem de forma global, favorecendo a percepção do equilíbrio entre mente e corpo, por meio de atividades físicas, artísticas e culturais (CHAIMOWICZ, 2013).

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde e imprimir nova dinâmica aos serviços oferecidos, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade por intermédio da humanização (BRASIL, 1997).

Nessa perspectiva, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a ser denominada Unidade de Saúde da Família (USF) e tem como ações identificar os problemas de saúde dos indivíduos e das famílias, propor intervenções a esses problemas, consolidar o planejamento estratégico local e as ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e morrer, além de outras, de caráter individual e coletivo (COSTA; CIOSAK, 2010).

A USF funciona segundo algumas diretrizes operacionais, como adstrição da clientela, integralidade e hierarquização, além de assegurar referência e contrareferência para níveis superiores de complexidade, garantindo, assim, a atenção integral aos indivíduos e às famílias. Em relação a uma equipe básica, a composição mínima é formada por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um técnico em higiene bucal, um auxiliar de consultório dentário e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (FAGUNDES, 2015).

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde, principalmente os mais carentes. Qualquer dificuldade se torna muito, para bloquear ou interromper a continuidade da assistência a sua saúde, por isso é extremamente importante uma ação educativa por princípios de educação em saúde, para que o idoso sinta-se estimulado a pensar a relação corpo/vida e atuar na direção do fazer individual e coletivo na sua saúde.

2.3 ASPECTOS DO ENVELHECIMENTO CEREBRAL

O envelhecimento do cérebro é um dos principais fatores de risco para doenças degenerativas e demências diversas (vasculares, senilidade, entre outras), e ambos os sinais, subjetivos e patológicos, do envelhecimento cerebral começam a aparecer na meia-idade (RIBEIRO, 2006).

Segundo Castro (2014) e Ribeiro (2013), envelhecimento é um processo gradual e inevitável. Diversas teorias discutem de que forma o organismo envelhece, e a mais aceita diz respeito a um progressivo encurtamento de telômeros conforme nossas células passam pelas sucessivas mitoses, associado a uma lesão cumulativa causada por radicais livres e processos de oxidação. O envelhecimento fisiológico é linear e não obrigatoriamente igual em todos os sistemas do corpo humano. Cada um inicia seu envelhecimento em um dado momento e perde a sua função (ou demonstra a sua perda de função) em seu próprio ritmo, mas linear.

O envelhecimento cerebral, por sua vez, também apresenta todo um ritmo especial. Quanto mais o cérebro for utilizado em atividades intelectuais, mais tempo ele demorará, para perder suas conexões e, conseqüentemente, apresentar uma perda sintomática, tendo em vista sua excepcional capacidade plástica. Inevitavelmente, o envelhecimento ocorre. São diversos os processos de envelhecimento cerebral: atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos; perda de neurônios; degeneração granulovacuolar; presença de placas neuríticas; formação de corpos de Lewy a partir da alfa sinucleína (BRUGNERA, 2014).

O cérebro é um dos órgãos que sofre alterações importantes como: morte das células nervosas (neurônios), o que acarreta uma diminuição no volume e peso cerebral; diminuição na concentração cerebral de neurotransmissores, como a serotonina e a acetilcolina, importantes para o humor e para novas aprendizagens e o comportamento motor, respectivamente; aumento na quantidade de alterações microscópicas no cérebro, como os emaranhados neurofibrilares e placas senis. Essas alterações no cérebro, aliadas às mudanças que ocorrem na visão e na audição, geram algumas perdas nas principais funções mentais, como a memória, a linguagem, as funções executivas e visuoespaciais,

mesmo na ausência de doenças neurológicas. Um achado universal que afeta todas as funções é a diminuição da velocidade de processamento de informações. Assim, pessoas idosas precisam de mais tempo para aprender novos dados, para lembrar-se de informações e realizar ações rotineiras (YASSUDA et al, 2011).

As mudanças no sistema nervoso central (SNC), por constituir o sistema mais complexo da biologia, são mais profundas e têm implicações mais extensas no comportamento. Para ampliar a concepção da maneira como este sistema envelhece e degenera seu processo de desconstrução, é necessário entendê-lo por meio dos níveis de organização, desde o mais elementar (molecular) até o mais complexo, o órgão encéfalo (CAIXETA, 2014).

Segundo o autor supracitado, no nível molecular genético, há a maior possibilidade de expressão gênica associada a doenças degenerativas. No nível molecular bioquímico, há modificação da concentração de neurotransmissores, especialmente a noradrenalina e o ácido gama-aminobutírico (GABA), além de alterações na neurotransmissão de acetilcolina e dopamina. No nível microscópico celular, há perda de sinapses, árvore dendrítica e mielina e aumento de glicose com o envelhecimento. No nível macroscópico, há redução do volume encefálico total, porém algumas regiões atrofiam mais do que outras, como, por exemplo, os hipocampus e os lobos frontais, e se perde mais substância branca do que cinzenta. A substância branca reduz em torno de 12%, com o envelhecimento. Além disso, ocorre diminuição progressiva no fluxo sanguíneo cerebral, sobretudo na região orbitofrontal medial e na porção anterior do giro do cíngulo e aumento da resistência cerebrovascular, provavelmente devido a modificações na microvasculatura primariamente associada à arteriosclerose sistêmica.

Assim, entende-se que, durante o envelhecimento, há alterações e degeneração biopsicossocial nos indivíduos, a partir da meia-idade, entre elas, neurológicas (na velocidade do processamento das informações), cognitivas (atenção, inteligência, compreensão, percepção, memória), comportamentais (abrangem questões de estilos de vida, havendo uma redução das oportunidades de estimulação cognitiva em virtude da reforma ou do isolamento social) e neuropsicológicas. Adiante serão detalhados, especificamente, os aspectos cognitivos do envelhecimento.

2.4 ASPECTOS COGNITIVOS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento normal é marcado pela presença de déficit cognitivo, que deve ser cuidadosamente avaliado no sentido de se perceber a sua gravidade e impedir a sua evolução para quadros mais graves. A alteração cognitiva relacionada ao envelhecimento é

denominada “declínio cognitivo relacionado a idade” (DCRI). Idosos com DCRI exibem escores alterados em testes psicométricos normatizados para sua faixa etária e escolaridade (CAIXETA; TEIXEIRA, 2014).

Alterações características do envelhecimento levam aos déficits cognitivos comumente observados como naturais no envelhecimento: esquecimento de fatos recentes, dificuldades de cálculo, alterações de atenção. Muitas vezes, a perda só pode ser observada, se o paciente requerer mais de sua memória que o comum; pessoas com uma rotina estabelecida, sem necessidade de muita atividade intelectual, só perceberão, quando a perda for mais pronunciada, o que pode atrasar o diagnóstico de algo mais grave. Diversas causas podem levar à perda cognitiva: acidente vascular encefálico, trauma craniano, encefalopatia metabólica, infecção, estado confusional agudo (perda momentânea), demências, alcoolismo, hipotireoidismo, câncer e até mesmo utilização de medicamentos, como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos com ação anticolinérgica e anticonvulsivantes (BERTOLUCCI; MINETT, 2007).

Alterações discretas e não necessariamente progressivas de outras funções cognitivas também podem ocorrer, como aquelas observadas no funcionamento executivo, as quais se associam a decrementos atencionais (atenção dividida, atenção sustentada), controle mental e geração de palavras sob demanda semântica. Seguramente, o nível de escolaridade e a reserva cognitiva exercem influência relevante no desempenho do sujeito em avaliações neuropsicológicas (MALLOY-DINIZ; FUENTES; COSENZA, 2013).

2.5 RASTREAMENTO DO DÉFICIT COGNITIVO

O processo de envelhecimento normal pode conduzir a alterações no funcionamento cognitivo, e isso inclui dificuldades de atenção, modificações nos subsistemas de memória, diminuição da velocidade de processamento da informação e da capacidade de resolução de problemas, sem categorização patológica e sem perda ou prejuízo funcional. A literatura sinaliza que um déficit cognitivo já pode ser percebido após os 45 anos, acelerando com o aumento da idade. Possíveis explicações para essas alterações estão ancoradas nas modificações neuroanatômicas percebidas com o avançar da idade, tais como a redução do volume do encefalo e a diminuição da densidade das conexões sinápticas (FREITAS; BARBOSA; NEUFELD, 2016).

Ainda de acordo com os autores supracitados, o envelhecimento populacional trouxe preocupações para os profissionais da saúde, dentre elas, entender o que está por

trás dos lapsos de memória. Os idosos frequentemente reclamam de esquecerem o nome de pessoas conhecidas, comentam que o nome de objetos está na ponta da língua e não vem à tona, não se recordam do nome de lugares que frequentaram, sendo essas queixas comuns dentro de uma lista cada vez mais numerosa. Basta saber se essas dificuldades representam déficit cognitivo associado ao envelhecimento, se as queixas fazem parte do diagnóstico de déficit cognitivo, ou se realmente representam uma outra condição degenerativa.

O déficit cognitivo associado à idade, às influências genéticas, à baixa escolaridade e aos hábitos inadequados de saúde podem se converter em modificações importantes do *status* cognitivo leve até quadros demenciais graves. Essas condições constituem frequente demanda de atendimento clínico, avaliação psicológica, diagnóstico, reabilitação e treino cognitivo. O comprometimento cognitivo leve inclui relato de déficit cognitivo, desempenho pior do que o esperado para a idade em testes de memória, atividades de vida diária (AVD) intactas, funções cognitivas globais preservadas e ausência de demência (FREITAS; BARBOSA; NEUFELD, 2016).

Os critérios do diagnóstico para a desordem neurocognitiva leve incluem queixa de déficit cognitivo autorrelatada ou realizada por um informante confiável ou prejuízo na cognição percebido pelo médico, valendo-se da comparação de desempenho atual do idoso com suas próprias capacidades anteriores, preservação de AVDs básicas e instrumentais, ou do uso de estratégias compensatórias satisfatórias de possíveis perdas instrumentais e ausência de demência (APA, 2014).

Além das queixas de déficit cognitivo observadas em exame clínico, existe um processo de suma importância que auxilia na exploração das imperfeições da memória e da cognição em geral e ajuda os profissionais da área da saúde a diagnosticar o problema. Para isso, utiliza-se da Avaliação Psicológica (AP), que, segundo Pasquali (2001, p. 29), significa “[...] coleta de dados e interpretação de informações psicológicas, resultantes de um conjunto de procedimentos confiáveis que permitam ao psicólogo julgar um comportamento. Aplica-se ao estudo de casos individuais ou de grupo ou situações”. A AP revela-se central para o exercício da atividade profissional do psicólogo, uma vez que, mais do que saber aplicar testes ou provas, o psicólogo deve saber optar pelo instrumento mais adequado face à situação com que se depara bem como interpretar os resultados e extrair conclusões válidas e úteis para o diagnóstico e intervenção.

A avaliação psicológica tem como um de seus objetivos rastrear áreas cognitivas em prejuízo ou não, podendo indicar um déficit cognitivo no contexto do envelhecimento, salientando a necessidade da detecção precoce das alterações cognitivas patológicas, no espectro da demência.

De uma forma geral, pode-se afirmar que a AP refere-se ao modo de conhecer fenômenos e processos psicológicos — por meio de procedimentos de diagnóstico e prognóstico — e, ao mesmo tempo, aos procedimentos de exame propriamente ditos, para criar as condições de aferição ou dimensionamento dos fenômenos e processos psicológicos conhecidos (ALCHIERI; CRUZ, 2003).

A AP é composta por testes — em geral testes psicométricos — os quais induzem o indivíduo a perfazer tarefas que requerem uso de funções isoladas. Os Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo, em decorrência do que dispõe o § 1º do Art. 13, da Lei nº 4.119/62. Assim, os testes são procedimentos sistemáticos de observação e registro de amostras de comportamentos e respostas de indivíduos com o objetivo de descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos (Resolução CFP nº 002 de 2003). A interpretação dos resultados ocorre por meio da análise qualitativa e, principalmente, da quantitativa na execução dos testes (PASQUALI; PRIMI, 2003).

2.6 PRODUTO TECNOLÓGICO

A ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer a lógica do ‘trabalho morto’, aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas ‘tecnologias leves’. As tecnologias têm sempre como referência o trabalho que se revela como ação intencional sobre a realidade, na busca de produção de bens/produtos que, necessariamente, não são materiais, duros, palpáveis, mas podem ser simbólicos (ROJAS et al, 2016).

A tecnologia é analisada em relação tanto ao saber quanto aos seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde, as quais são as ações e os serviços dos quais os sujeitos precisam, para terem melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer

tecnologias materiais. As tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais (MERHY, 2005).

As tecnologias leves são tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho.

A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico, em contínuo movimento, não mais estático, passivo ou reduzido a um corpo físico. Esse objeto exige dos profissionais da saúde uma capacidade específica no olhar a ele concedido, a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível (RIBEIRO; BARRETO; SILVA, 2013).

A efetivação da tecnologia leve do trabalho em saúde se expressa como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, que é o encontro com o sujeito, representante da necessidade de saúde como sua intencionalidade, o qual portanto, pode, com seu interesse particular, publicizar as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena no trabalho em saúde. É no encontro do trabalho com o sujeito que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde, sendo essas tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores e das relações. Desse modo, pode-se caracterizar o formato de realização da tecnologia das relações como um mecanismo analisador estratégico dos modelos de atenção em saúde (MERHY, 2005).

Dessa forma, deve-se fazer uso das tecnologias leves de maneira a oportunizar a qualidade da assistência, dando importância também para as necessidades e os valores dos sujeitos, visto que priorizar a técnica e esquecer o ser humano que necessita dela e de informações é desumanizar o cuidado. Por meio desta pesquisa, construiu-se uma tecnologia leve-dura, representada por um guia preventivo direcionado ao usuário idoso da APS acerca do déficit cognitivo, contribuindo para o conhecimento do problema e promovendo a prevenção com o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários.

Na construção ou validação de um instrumento a ser aplicado na prática profissional, principalmente, requerem-se muita atenção e cautela, pois se tratará da situação de saúde de um indivíduo ou de um conjunto de pessoas, o que levantará novos dados, e, assim, novas políticas poderão ser formuladas, a fim de responder aos

questionamentos futuros e de melhorar os dados encontrados (ALMEIDA; SPÍNOLA; LANCAMAN, 2009).

Para o autor Pasquali (2001), alguns itens tornam-se indispensáveis para a formulação dos instrumentos, que são:

- Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração;
- Critério de simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;
- Critério de relevância: o item deve referir-se ao atributo que o define;
- Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no atributo a que pertence e ser distinto dos demais itens;
- Critério de clareza: o item deve ser facilmente compreendido por todos os indivíduos da população-alvo, não havendo dualidade nas interpretações;
- Critério de variedade: os mesmos termos em todos os itens devem ser evitados, pois provoca monotonia, cansaço e aborrecimento;
- Critério de modalidade: formular frases que expressem situação circunstancial, condicional, não expressões extremadas;
- Critério de tipicidade: o item deve ser construído mediante as expressões referentes ao atributo.

Assim, é improtelável a necessidade de implantar um produto tecnológico na APS, por meio da elaboração de novos materiais que facilitem a prevenção e a intervenção do déficit cognitivo em idosos, para que possa contribuir para o conhecimento da problemática. É de grande valia, portanto, um instrumento inédito como um guia preventivo sobre o déficit cognitivo em idosos.

Partindo desse contexto, por meio deste estudo e de uma revisão da literatura, foi desenvolvido um material didático instrucional (GUIA), baseado em dados empíricos, adotando uma linguagem de fácil entendimento e podendo ser facilmente aplicado ao idoso e aos familiares. Um guia tem o objetivo de guiar, portanto a finalidade de elaborar um guia preventivo neste estudo é orientar por meio de cada item apresentado, discutindo e abordando a aplicabilidade do produto tecnológico ao idoso e a seu familiar inserido na APS, que tem como base uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população idosa, integrando ações preventivas e interventivas.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

De modo a alcançar os objetivos traçados para o presente estudo — verificar o déficit cognitivo em idosos e elaborar uma tecnologia de prevenção deste agravo —, fez-se necessária a utilização de uma pesquisa mista, composta por uma abordagem inicial quantitativa, com investigação de campo (exploratória e descritiva), e, posteriormente, por um estudo metodológico com o propósito de elaborar um produto tecnológico (GUIA), para prevenir o déficit cognitivo em idosos usuários da APS bem como intervir no agravo, sendo desenvolvida, assim, por duas fases:

FASE I – VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO

3.1 TIPO DA PESQUISA

Este estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratória e descritiva. Conforme Gil (2017), a pesquisa exploratória busca ressaltar maior familiaridade com o problema por meio do contato com informações importantes, utilizando os dados e os conhecimentos como instrumento para análise de confirmação ou não da hipótese, se existe ou não déficit cognitivos em idosos, e tendo como objetivo o aprimoramento de ideias. Para Minayo (2010), a abordagem quantitativa é definida por uma população e busca um critério numérico que possibilite gerar e generalizar conceitos teóricos que se pretendem testar. Segundo Barros e Lehfeld (2007), a pesquisa descritiva irá descrever o objeto em estudo, procurará descobrir a natureza do fenômeno, características, origem etc.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A coleta de dados foi realizada no Centro de Saúde Nova Esperança, localizado na Av. Frei Galvão, nº12, Gramame, CEP: 58067-695, na cidade de João Pessoa- PB. A escolha do local se deu em virtude de ser uma instituição que realiza atendimento contínuo a usuários idosos da Atenção Primária à Saúde na comunidade onde o Programa de Pós-Graduação está inserido, além de disponibilizar espaço adequado para a aplicação dos testes psicológicos utilizados nas entrevistas.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é composta por uma média de 60 idosos que acessam mensalmente o Centro de Saúde referido anteriormente, optando-se por uma amostra de 50% da população, para constituir um teste piloto apenas para verificação, sem o intuito de generalizações, por se tratar de idosos, havendo alguns com limitações para participar do estudo, por apresentarem dificuldade de concluírem um quantitativo de testes psicológicos em tempo hábil para a finalização da pesquisa, perfazendo um total de 30 idosos selecionados de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade, compreendendo uma faixa etária de 60 a 85 anos de idade, residentes no município de João Pessoa/PB. Todos os selecionados concordaram em participar da entrevista e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além de estarem em condições de saúde satisfatórias, para responder ao questionário oralmente.

Os encontros foram semanais, sendo 3 (três) com duração de 1(uma) hora cada, seguindo critérios de inclusão — idosos com plena capacidade cognitiva e alfabetizados, indivíduos que estavam em acompanhamento no Centro de Saúde Nova Esperança, com capacidade oral e manual de fornecer dados fidedignos — e critérios de exclusão — indivíduos com comprometimento neurológico ou qualquer diagnóstico de doença mental ou neurológica, indivíduos abaixo dos 60 anos de idade e acima de 85 anos.

3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Como instrumentos para coleta de dados, foram utilizados, inicialmente:

- Questionário sociodemográfico com: questões referentes a idade, religião, situação conjugal, escolaridade, atividades laborais e renda familiar; perguntas objetivas referentes às suas funções executivas, as quais foram elaboradas pela pesquisadora, com o objetivo de identificar outros fatores significativos, como condições de saúde, memória e atenção.

Posteriormente, foram aplicados testes psicológicos, para rastrear algum déficit cognitivo. Esses testes psicológicos foram selecionados pela pesquisadora, por atenderem desde a validação pelo Conselho Federal de Psicologia e a rapidez de aplicação em relação a extensas baterias até a precisão em alcançar o objetivo de rastreamento das funções cognitivas. Os instrumentos utilizados na pesquisa como identificadores de possível déficit cognitivo foram:

- a) **Mini Exame do Estado Mental (MEEM):** traduzido por Bertolucci et. al. (1994), instrumento de avaliação clínica prática de estado cognitivo em idosos (FOLSTEIN, 1975).
- b) **Teste Pictórico de Memória (TEPIC-M):** instrumento utilizado para avaliar a memória visual de pessoas por meio de estímulos figurais, representando substantivos concretos, caracterizado como uma medida de memória de curta duração (RUEDA, 2007).
- c) **Teste de Inteligência Não-Verbal (TIG-NV):** tem por objetivo avaliar desempenhos característicos dos testes de inteligência não verbais, permite identificar os tipos de raciocínios errados e os processamentos envolvidos na sua execução, além das classificações habituais do potencial intelectual (TOSÍ, 2008).
- d) **Teste de Inteligência Geral BETA III (subteste Raciocínio Matricial e Códigos):** tem como objetivo avaliar o raciocínio geral e velocidade de processamento (KELOGG; MORTON, 2011).
- e) **Teste de Atenção Concentrada (AC):** tem como objetivo avaliar a capacidade do sujeito de manter a atenção concentrada na atividade realizada sob pressão do tempo (CAMBRAIA, 2003).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi formalizada mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. O procedimento para coleta de dados foi realizado durante os meses de novembro e dezembro de 2017, em três momentos. Os instrumentos foram coletados de forma individual em local reservado e livre de interrupções, com boa iluminação, levando em consideração o tempo necessário bem como o horário mais adequado para aplicação dos testes psicológicos. No primeiro momento, a pesquisadora esteve em sala devidamente estruturada, conforme horário e dia previamente acordados com cada idoso, sendo apresentado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE bem como a proposta e objetivos da pesquisa. O idoso assinou o TCLE e recebeu o questionário sociodemográfico. O tempo médio utilizado por cada participante foi 20 minutos. Logo após o preenchimento do questionário, houve os dois últimos encontros para a aplicação dos testes psicológicos.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com os dados analisados a partir das entrevistas, foram armazenados descritivamente, por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas; média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas e foram analisados inferencialmente por testes estatísticos.

Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. Quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada e para a comparação entre categorias em relação às variáveis numéricas, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. A escolha do teste de Mann-Whitney foi devido à falta de normalidade em, pelo menos, uma das categorias, e a verificação da normalidade foi por meio do teste de Shapiro-Wilk.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL, e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS, na versão 23.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada obedecendo aos princípios éticos contidos na Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2017). Nesse sentido, a pesquisadora responsável declara, no termo de compromisso, que conhece e cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras e suas complementares em todas as fases desta pesquisa (Apêndice A).

FASE II – ELABORAÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO

3.8 TIPO DE ESTUDO

Segundo Polit e Beck (2011), os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa. As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados têm levado a um aumento do interesse pela pesquisa metodológica.

Configurou-se, assim um estudo metodológico com o propósito de elaborar um produto tecnológico (GUIA) para prevenir o déficit cognitivo em idosos usuários na APS, bem como intervir nele, direcionado aos familiares e idosos. Para Gil (2017), esse tipo de estudo utiliza princípios de pesquisa metodológica os quais agregam os caminhos, as maneiras bem como os procedimentos para a estruturação de um instrumento coesivo.

3.8.1 ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

Os procedimentos de análise dos dados e a identificação dos indicadores empíricos envolveram a leitura e a releitura de artigos, *sites* da área de saúde, com posterior análise dos conteúdos e itens dos artigos para definição dos tópicos temáticos que favoreceram a construção do produto tecnológico.

3.8.2 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

O produto tecnológico desenvolvido neste estudo caracteriza-se como leve-duro, por se tratar de um saber estruturado, baseado em teoria e recursos materiais desenvolvidos por meio de um guia preventivo ao usuário idoso.

A elaboração do guia tomou como referência os idosos que fizeram parte desse estudo pioneiro, levando em consideração a realidade do envelhecimento populacional em que foi constatado déficit em funções executivas significativas para uma provável demência. Este guia destina-se ao usuário idoso, a fim de contribuir para o conhecimento do problema e de promover a prevenção e a intervenção, bem como oferecerá alguns subsídios técnicos específicos sobre as funções executivas inerentes ao ser humano.

Assim, o guia será direcionado a usuários idosos com ou sem déficit cognitivo, com o escopo de orientar e intervir de modo simples, ilustrando os pontos comuns do déficit cognitivo e ressaltando que, apesar de todas as orientações contidas, é indispensável a orientação do profissional da saúde.

O instrumento retratou as seguintes etapas:

ETAPA 1: PRETEXTO DA TEMÁTICA
Foi realizada uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratória, descritiva, para avaliar a existência de uma possível problemática, sendo este trabalho embasado em instrumentos psicológicos que identificaram o grau de perda cognitiva, e se verificou que o nível inferior das funções executivas constatadas no estudo evidenciou um prejuízo cognitivo.
ETAPA 2: PRINCÍPIO TEÓRICO
Realização de pesquisa literária sobre o déficit cognitivo, em que o pesquisador responsável apossou-se, de forma teórica e prática, do objeto de intervenção e prevenção, em busca de variáveis objetivas e incontestáveis com o objetivo de desenvolver as variáveis em concordância com tais componentes.
ETAPA 3: LEVATAMENTO DE INFORMAÇÕES
Foram catalogados e investigados documentos do Ministério da Saúde e artigos

referentes a guias sobre déficit cognitivo em idosos, para respaldar a construção do instrumento em questão, porém não foi encontrado nem um documento dessa temática. Por se tratar de um produto inédito, o estudo fundamentou-se em outros documentos do Ministério da Saúde, como a Cartilha do Idoso: Guia Prático e Normas Correlatas, de abril de 2009, 2ª Edição, a qual se trata de uma cartilha que tem por objetivo divulgar os direitos da pessoa idosa e ressaltar a responsabilidade do Poder Público, assim como a da família e da sociedade, visando garantir os direitos contidos no Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003.

GUIA DA PESSOA IDOSA: Informações úteis para o seu dia a dia, 2ª edição de 2010, tem por objetivo oferecer recomendações sobre saúde, serviços, benefícios e leis. Reúne um conjunto de orientações a serem utilizadas no dia a dia pelo idoso e seus familiares. A cartilha de atenção ao idoso com déficit cognitivo, de 2016, foi publicada na Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde (BRASIL, 2010).

ETAPA 4: PROGRESSO DAS VARIÁVEIS

A partir da seleção dos materiais analisados pelo Ministério da Saúde e artigos mencionados anteriormente na etapa 3, foram definidos, pela pesquisadora, os elementos importantes que formam cada item de execução do guia preventivo, apresentando os componentes e as variáveis de cada item, ilustrado no Apêndice E. No item a, foi abordado o ser idoso; no item b, enfatizou-se o déficit cognitivo; no item c, foram elencados os 10 passos para prevenção do déficit cognitivo; no item d, foram trabalhados exercícios para prevenção e qualidade cognitiva no idoso; no item e, foram abarcados serviços de saúde e de reabilitação cognitivo disponíveis; no item f, foram especificadas dicas à família de como lidar com o idoso acometido do déficit cognitivo; no item g, listaram-se quais profissionais devem ser procurados, para realizar o diagnóstico; por fim, no item h, foi catalogado alimentação saudável, totalizando 8 variáveis.

ETAPA 5: FORMAÇÃO DO PADRÃO DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO

Cada item especificado foi sistematicamente ponderado para obtenção de uma variedade de opções que atentem a todas as possibilidades de prevenção e intervenção.

ETAPA 6: EDIÇÃO DOS RESULTADOS

Organização de itens e orientações em um modelo de instrumento aplicável, prático, diretivo e compreensível.

Nomeado como “DÉFICIT COGNITIVO: UM GUIA PREVENTIVO PARA IDOSOS”, tal tecnologia é de ordem preventiva e informativa e tem por objetivo oferecer informações, dicas e recomendações sobre saúde, serviços, benefícios a pessoas idosas, a fim de construir mudanças de comportamento, aquisição de novos hábitos, melhora na

qualidade de vida biopsicossocial e cognitiva, para que haja um envelhecimento ativo e saudável. É a junção de várias orientações a serem utilizadas no dia a dia do idoso com déficit cognitivo ou para idosos saudáveis, visando prevenir um futuro declínio das funções executivas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

FASE I – VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO

4.1 Perfil sociodemográfico

Foram investigados 30 idosos usuários do Centro de Saúde Nova Esperança em João Pessoa – PB, por meio de um questionário para coleta de dados sociodemográficos, com o escopo de traçar o perfil da amostra em relação à faixa etária, gênero, filhos, estado civil, tempo de aposentadoria, religião, escolaridade, renda e estrutura familiar, além de questões referentes às suas funções executivas, como condições de saúde, memória e atenção.

Nas Tabelas de 1 a 3, apresentam-se os resultados univariados dos dados pesquisados.

Na Tabela 1, destaca-se que mais da metade (56,7%) dos entrevistados são do gênero feminino; as duas faixas etárias prevalentes foram entre 60 e 64 anos e 75 e 79 anos, cada um com 30,0%, seguido de 70 a 74 anos cada, com 20,0%, e os percentuais das outras duas faixas etárias variaram de 6,7% a 13,3%; a maioria (63,3%) composta de casados(as), e o restante, de viúvos(as) (20,0%) ou solteiros(as) (16,7%); a maioria correspondente a 2/3 (66,7%) da amostra de religião católica, 23,3% evangélicos, 3,3% espíritas e 6,7% não tinham religião; exatamente a metade com ensino fundamental, 1/3 (33,3%) com ensino superior e os 16,7% restantes com ensino médio; a maioria (86,7%) era composta de aposentados; com exceção de um pesquisado, todos os demais têm filhos.

Tabela 1: Características sociodemográficas do grupo pesquisado (n = 30). João Pessoa-PB, 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	17	56,7
Masculino	13	43,3
Total	30	100
Faixa Etária		
60 a 64 anos	09	30
65 a 69 anos	04	13,3
70 a 74 anos	06	20
75 a 79 anos	09	30
80 anos ou mais	02	6,7
Total	30	100
Estado Civil		
Casado(a)	19	63,3
Viúvo(a)	06	20
Solteiro(a)	05	16,7

Total	30	100
Religião		
Católica	20	66,7
Evangélica	07	23,3
Espírita	01	3,3
Nenhuma	02	6,7
Total	30	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental	15	50
Ensino Médio	05	16,7
Ensino Superior	10	33,3
Total	30	100
Aposentado(a)		
Sim	26	86,7
Não	04	13,3
Total	30	100
Filhos(as)		
Sim	29	96,7
Não	01	3,3
Total	30	100

Nota: N (Frequência da amostra); % (Frequência da amostra em porcentagem). Fonte: Própria Pesquisa

Dos resultados contidos na Tabela 2, salienta-se que a maioria (63,3%) classifica a sua situação econômica média como boa (30%) e como má (6,7%); em relação à saúde, 43,3% se autoavaliam na condição boa (43,3%), 26,7% como nem má nem boa, 23,3% como má, e o restante, como muito má (3,3%) e muito boa (3,3%).

O menor percentual (6,7%) autoavalia o relacionamento com a família regular, e os percentuais classificados como bom, muito bom e excelente variaram de 30,0% a 33,3%. Questionados sobre o quesito de ter esquecimentos, 80,0% responderam afirmativamente, e, desse valor, 53,3% esquecem objetos, 16,7%, nomes e pessoas, e 10,0%, atividades recentes. As duas doenças mais frequentes entre os idosos são hipertensão arterial (36,7%), diabetes Mellitus (30,0%), 20,0% não têm doenças, e artrite, neoplasia e depressão foram registradas cada uma em um participante.

Tabela 2: Autoavaliação da situação econômica, de saúde, do relacionamento com a família, esquecimentos, uso de medicamentos e comorbidades (doenças que possui) no grupo total (n = 30). João Pessoa-PB, 2017.

Variáveis	n	%
Como classifica sua situação econômica		
Má	02	6,7
Média	19	63,3
Boa	09	30
Total	30	100
Como considera sua saúde		
Muito má	01	3,3
Má	07	23,3

Nem má nem boa	08	26,7
Boa	13	43,3
Muito boa	01	3,3
Total	30	100
Como considera o relacionamento com a família		
Regular	02	6,7
Bom	09	30
Muito bom	09	30
Excelente	10	33,3
Total	30	100
Costuma ter esquecimentos		
Sim	24	80
Não	06	20
Total	30	100
Caso sim, quais? (n=24)		
Nomes e pessoas	05	16,7
Atividades recentes	03	10
Objetos	16	53,3
Total	30	100
Medicamentos de uso contínuo		
Sim	25	83,3
Não	05	16,7
Total	30	100
Que tipo de doenças possui		
Hipertensão arterial	11	36,7
Diabetes Mellitus	09	30
Artrite	01	3,3
Neoplasia	01	3,3
Depressão	01	3,3
Outra	01	3,3
Nenhuma	06	20
Total	30	100

Nota: N (Frequência da amostra); % (Frequência da amostra em porcentagem). Fonte: Própria Pesquisa

4.2 Rastreio Cognitivo

O rastreio cognitivo por meio de testes psicológicos e neuropsicológicos é um dos métodos mais utilizados e o que tem contribuído para a detecção precoce do déficit cognitivo. Efetivamente, a capacidade para distinguir situações “normais” e “patológicas” entre o processo de envelhecimento normal e os quadros patológicos é melhorada por meio da avaliação neuropsicológica e psicológica. Todavia, os resultados a seguir mostram porcentagens consideradas relevantes para as funções cognitivas, como atenção, inteligência, memória, velocidade de processamento, raciocínio, que, juntos, de acordo com a classificação de cada um, caracterizam a existência ou não de um déficit cognitivo.

Contudo, nas tabelas abaixo, constam os resultados das funções cognitivas, avaliadas mediante testes de atenção concentrada (AC); Beta III (raciocínio geral e

velocidade de processamento); TEPIC-M (memória recente); TIG (Inteligência não verbal); Mini Mental/MEEM (estado cognitivo em idosos).

Nas Tabelas 3 a 5, são analisados os aspectos cognitivos segundo as variáveis de caracterização: sexo, faixa etária e escolaridade.

Dos aspectos cognitivos, a Tabela 3 mostra que os dois maiores percentuais corresponderam aos idosos que fazem uma autoavaliação da sua memória recente como nem boa nem má (43,3%) e boa (36,7%); o maior percentual da avaliação da atenção foi boa (46,7%), e, referente às categorias má e nem boa nem má, cada uma teve 23,3% da amostra. Na questão que considera a sua compreensão dos fatos corriqueiros do dia a dia, foi boa para 43,3%, nem boa nem má para 33,3% e má para 20,0%. A maioria (86,7%) foi classificada como inferior no BETA III, e, no subteste código Beta III, a maioria aproximada de $\frac{3}{4}$ (76,7%) foi inferior.

Na classificação do TIG, os dois maiores percentuais foram o extremamente baixo (30,0%) e o inferior (26,7%), já o menor percentual correspondeu à média superior (3,3%), e as categorias média inferior e média tiveram percentuais respectivos iguais a 16,7% e 23,3%. Mais da metade (56,7%) foi classificada no AC como inferior, o menor, como superior, e as outras categorias tiveram percentuais iguais a 13,3%, sendo que, para percentual igual, não foi possível realizar a classificação; a maioria (73,3%) foi classificada com TEPIC inferior, e os percentuais das outras categorias variaram de 3,3% a 13,3%; a maioria (60,0%) foi avaliada com déficit cognitivo pelo MINI MENTAL.

Para a margem de erro fixada (5%), não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$) entre sexo e aspectos cognitivos analisados, conforme resultados apresentados na Tabela 5.

Tabela 3: Avaliação dos aspectos cognitivos segundo o sexo dos pesquisados. João Pessoa-PB, 2017.

Complicação	Sexo				Total		Valor de p
	Feminino		Masculino		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Total	17	100,0	13	100,0	30	100,0	
Como considera sua memória recente							$p^{(1)} = 0,651$
Muito má	1	5,9	1	7,7	2	6,7	
Má	2	11,8	2	15,4	4	13,3	
Nem boa nem má	6	35,3	7	53,8	13	43,3	
Boa	8	47,1	3	23,1	11	36,7	
Como considera sua atenção							$p^{(1)} = 0,854$
Muito má	1	5,9	1	7,7	2	6,7	
Má	3	17,6	4	30,8	7	23,3	
Nem boa nem ma	4	23,5	3	23,1	7	23,3	
Boa	9	52,9	5	38,5	14	46,7	

Como considera a atenção aos fatos do dia a dia							$p^{(1)} = 0,831$
Muito má	0	0,0	1	7,7	1	3,3	
Má	3	17,6	3	23,1	6	20,0	
Nem boa nem má	6	35,3	4	30,8	10	33,3	
Boa	8	47,1	5	38,5	13	43,3	
Classificação Beta III							$p^{(1)} = 0,742$
Inferior	14	82,4	12	92,3	26	86,7	
Médio	1	5,9	1	7,7	2	6,7	
Médio superior	2	11,8	0	0,0	2	6,7	
Classificação subteste código BETA III							$p^{(1)} = 0,885$
Inferior	12	70,6	11	84,6	23	76,7	
Médio inferior	1	5,9	1	7,7	2	6,7	
Médio	3	17,6	1	7,7	4	13,3	
Superior	1	5,9	0	0,0	1	3,3	
Classificação TIG							$p^{(1)} = 0,318$
Extremamente baixo	3	17,6	6	46,2	9	30,0	
Inferior	6	35,3	2	15,4	8	26,7	
Médio Inferior	2	11,8	3	23,1	5	16,7	
Médio	5	29,4	2	15,4	7	23,3	
Médio superior	1	5,9	0	0,0	1	3,3	
Classificação AC							$p^{(1)} = 0,276$
Inferior	8	47,1	9	69,2	17	56,7	
Médio inferior	2	11,8	2	15,4	4	13,3	
Médio	4	23,5	0	0,0	4	13,3	
Superior	0	0,0	1	7,7	1	3,3	
Impossível classificação	3	17,6	1	7,7	4	13,3	
Classificação PEPIC							$p^{(1)} = 0,370$
Inferior	12	70,6	10	76,9	22	73,3	
Médio inferior	2	11,8	2	15,4	4	13,3	
Médio	3	17,6	0	0,0	3	10,0	
Superior	0	0,0	1	7,7	1	3,3	
Classificação MINI MENTAL							$p^{(2)} = 0,098$
Normal	9	52,9	3	23,1	12	40,0	
Déficit cognitivo	8	47,1	10	76,9	18	60,0	

(1) Por meio do teste Exato de Fisher.

(2) Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

Dos resultados contidos na Tabela 4, verifica-se a associação significativa entre faixa etária e cada uma das variáveis: classificação do subteste código BETA III, classificação do TEPIC e classificação do MINI MENTAL, e, para as citadas variáveis, enfatiza-se que o percentual especificado na categoria inferior na classificação do subteste de código BETA III foi mais elevado entre os participantes com 70 anos ou mais do que os que tinham de 60 a 69 anos (94,1% x 53,8%), e o contrário ocorreu nas outras categorias: médio inferior, médio e superior, que tiveram percentuais mais elevados na faixa 60 a 69 anos (15,4% x 0,0% no médio inferior, 23,1% x 5,9% no médio e 7,7% x 0,0% no superior).

Na classificação de TEPIC, o percentual na categoria inferior foi mais elevado entre os participantes com 70 anos ou mais do que entre os que tinham de 60 a 69 anos (94,1% x

46,2%), e o contrário ocorreu nas outras categorias: médio inferior, médio e superior, que tiveram percentuais mais elevados na faixa 60 a 69 anos (30,8% x 0,0% no médio inferior, 15,4% x 5,9% no médio e 7,7% x 0,0% no superior); o percentual com déficit cognitivo foi bem mais elevado na faixa dos 70 anos ou mais do que na faixa de 60 a 69 anos (76,5% x 38,5%).

Tabela 4: Avaliação dos aspectos cognitivos segundo a faixa etária dos pesquisados. João Pessoa-PB, 2017.

Complicação	Faixa etária				Total		Valor de p
	60 a 69		70 ou mais		n	%	
	N	%	n	%			
Total	13	100,0	17	100,0	30	100,0	
Como considera sua memória recente							$p^{(1)} = 0,831$
Muito má	1	7,7	1	5,9	2	6,7	
Má	1	7,7	3	17,6	4	13,3	
Nem boa nem má	5	38,5	8	47,1	13	43,3	
Boa	6	46,2	5	29,4	11	36,7	
Como considera sua atenção							$p^{(1)} = 0,476$
Muito má	0	0,0	2	11,8	2	6,7	
Má	2	15,4	5	29,4	7	23,3	
Nem boa nem má	3	23,1	4	23,5	7	23,3	
Boa	8	61,5	6	35,3	14	46,7	
Como considera atenção aos fatos do dia a dia							$p^{(1)} = 0,940$
Muito má	0	0,0	1	5,9	1	3,3	
Má	2	15,4	4	23,5	6	20,0	
Nem boa nem má	5	38,5	5	29,4	10	33,3	
Boa	6	46,2	7	41,2	13	43,3	
Classificação Beta III							$p^{(1)} = 0,419$
Inferior	10	76,9	16	94,1	26	86,7	
Médio	1	7,7	1	5,9	2	6,7	
Médio superior	2	15,4	0	0,0	2	6,7	
Classificação subteste código BETA III							$p^{(1)} = 0,034^*$
Inferior	7	53,8	16	94,1	23	76,7	
Médio inferior	2	15,4	0	0,0	2	6,7	
Médio	3	23,1	1	5,9	4	13,3	
Superior	1	7,7	0	0,0	1	3,3	
Classificação TIG							$p^{(1)} = 0,146$
Extremamente baixo	2	15,4	7	41,2	9	30,0	
Inferior	2	15,4	6	35,3	8	26,7	
Médio Inferior	3	23,1	2	11,8	5	16,7	
Médio	5	38,5	2	11,8	7	23,3	
Médio superior	1	7,7	0	0,0	1	3,3	
Classificação AC							$p^{(1)} = 0,377$
Inferior	5	38,5	12	70,6	17	56,7	
Médio inferior	3	23,1	1	5,9	4	13,3	
Médio	2	15,4	2	11,8	4	13,3	
Superior	1	7,7	0	0,0	1	3,3	
Impossível classificação	2	15,4	2	11,8	4	13,3	
Classificação TEPIC							$p^{(1)} = 0,003^*$

Inferior	6	46,2	16	94,1	22	73,3	
Médio inferior	4	30,8	0	0,0	4	13,3	
Médio	2	15,4	1	5,9	3	10,0	
Superior	1	7,7	0	0,0	1	3,3	
Classificação MINI MENTAL							$p^{(2)} = 0,035^*$
Normal	8	61,5	4	23,5	12	40,0	
Déficit cognitivo	5	38,5	13	76,5	18	60,0	

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Por meio do teste Exato de Fisher.

(2) Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 5 mostra uma associação significativa ($p < 0,05$) do grau de escolaridade com cada uma das seguintes variáveis: “como considera sua memória recente”, “como considera atenção aos fatos do dia a dia”, classificação do subteste código BETA III e classificação AC. Para essas variáveis, ressaltam-se: as maiores diferenças percentuais entre as duas categorias da escolaridade ocorreram nos que consideram sua memória recente nem boa nem má, com valor mais elevado nos que tinham mais escolaridade (60,0% x 26,7%), e nos que consideram má, com valor mais elevado entre os que tinham ensino fundamental (26,7% x 0,0%); na questão “como considera atenção dos fatos do dia a dia”, as duas categorias com maiores diferenças percentuais ocorreram nas categorias boa, com valor mais elevado nos que tinham ensino médio/superior (66,7% x 20,0%), e na categoria má, com valor mais elevado nos que tinham ensino fundamental (33,3% x 6,7%).

Na questão da classificação do subteste código BETA III, todos com ensino fundamental foram classificados na categoria inferior, enquanto o percentual na referida categoria foi 53,3% dentre os que tinham ensino médio/superior, e o segundo maior valor dentre os que tinham escolaridade mais elevada ocorreu na categoria médio, com 26,7%; na classificação AC, as maiores diferenças percentuais ocorreram nas categorias inferior, com valor mais elevado nos que tinham ensino fundamental (73,3% x 40,0%), e no médio inferior e inferior, com 26,7% em cada categoria nos que tinham escolaridade médio/superior, e nulo dentre os tinham ensino fundamental, além dos que não foram possíveis classificar, com 26,7% dentre os que tinham ensino fundamental, e nulo dentre os que tinham ensino médio/superior.

Tabela 5: Avaliação dos aspectos cognitivos segundo o grau de escolaridade dos pesquisados. João Pessoa-PB, 2017.

Complicação	Escolaridade				Total	Valor de p
	Fundamental		Médio/superior			
	n	%	n	%		
Total	15	100,0	15	100,0	30	100,0
Como considera sua memória recente						$p^{(1)} = 0,044^*$

Muito má	2	13,3	0	0,0	2	6,7	
Má	4	26,7	0	0,0	4	13,3	
Nem boa nem má	4	26,7	9	60,0	13	43,3	
Boa	5	33,3	6	40,0	11	36,7	
Como considera sua atenção							$p^{(1)} = 0,084$
Muito má	2	13,3	0	0,0	2	6,7	
Má	5	33,3	2	13,3	7	23,3	
Nem boa nem má	1	6,7	6	40,0	7	23,3	
Boa	7	46,7	7	46,7	14	46,7	
Como considera atenção aos fatos do dia a dia							$p^{(1)} = 0,041^*$
Muito má	1	6,7	0	0,0	1	3,3	
Má	5	33,3	1	6,7	6	20,0	
Nem boa nem má	6	40,0	4	26,7	10	33,3	
Boa	3	20,0	10	66,7	13	43,3	
Classificação Beta III							$p^{(1)} = 0,100$
Inferior	15	100,0	11	73,3	26	86,7	
Médio	0	0,0	2	13,3	2	6,7	
Médio superior	0	0,0	2	13,3	2	6,7	
Classificação subtteste código BETA III							$p^{(1)} = 0,006^*$
Inferior	15	100,0	8	53,3	23	76,7	
Médio inferior	0	0,0	2	13,3	2	6,7	
Médio	0	0,0	4	26,7	4	13,3	
Superior	0	0,0	1	6,7	1	3,3	
Classificação TIG							$p^{(1)} = 0,337$
Extremamente baixo	4	26,7	5	33,3	9	30,0	
Inferior	6	40,0	2	13,3	8	26,7	
Médio Inferior	3	20,0	2	13,3	5	16,7	
Médio	2	13,3	5	33,3	7	23,3	
Médio superior	0	0,0	1	6,7	1	3,3	
Classificação AC							$p^{(1)} = 0,001^*$
Inferior	11	73,3	6	40,0	17	56,7	
Médio inferior	0	0,0	4	26,7	4	13,3	
Médio	0	0,0	4	26,7	4	13,3	
Superior	0	0,0	1	6,7	1	3,3	
Impossível classificação	4	26,7	0	0,0	4	13,3	
Classificação TEPIC							$p^{(1)} = 0,377$
Inferior	13	86,7	9	60,0	22	73,3	
Médio inferior	1	6,7	3	20,0	4	13,3	
Médio	1	6,7	2	13,3	3	10,0	
Superior	0	0,0	1	6,7	1	3,3	
Classificação MINI MENTAL							$p^{(2)} = 0,136$
Normal	4	26,7	8	53,3	12	40,0	
Déficit cognitivo	11	73,3	7	46,7	18	60,0	

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Por meio do teste Exato de Fisher.

(2) Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

Nas Tabelas 6 a 8, apresentam-se as estatísticas das variáveis numéricas (percentis das escalas analisadas) segundo sexo, faixa etária e escolaridade.

Na Tabela 6, é possível verificar que, com exceção da variável Percentil AC, houve média mais elevada no sexo masculino. Nas demais variáveis, as médias foram mais

elevadas no sexo feminino, e não foram registradas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os sexos para nem uma das variáveis analisadas.

Tabela 6: Média, desvio padrão e mediana dos percentis segundo o sexo. João Pessoa-PB, 2017.

Variável	Sexo		Valor de p
	Feminino Média ± DP (Mediana)	Masculino Média ± DP (Mediana)	
Percentil BETA	20,35 ± 22,20 (10,00)	14,62 ± 8,77 (10,00)	$p^{(1)} = 0,986$
Percentil Subteste Código BETA III	23,53 ± 20,60 (20,00)	15,38 ± 11,98 (10,00)	$p^{(1)} = 0,135$
Percentil TIG	22,06 ± 21,04 (17,00)	13,69 ± 12,76 (14,00)	$p^{(1)} = 0,293$
Percentil AC	9,35 ± 32,07 (5,00)	9,85 ± 26,16 (5,00)	$p^{(1)} = 0,606$
Percentil TEPIC	21,47 ± 16,18 (10,00)	16,15 ± 12,61 (10,00)	$p^{(1)} = 0,351$

(1) Por meio do teste Mann-Whitney.

A Tabela 7 mostra que as estatísticas de média e mediana foram correspondentemente mais elevadas entre os pacientes que tinham 60 a 69 anos do que os que tinham 70 anos ou mais, entretanto só foram verificadas diferenças significativas entre as faixas etárias nas variáveis percentil BETA, percentil TIG e percentil TEPIC.

Tabela 7: Média, desvio padrão e mediana dos percentis segundo a faixa etária. João Pessoa-PB, 2017.

Variável	Faixa etária		Valor de p
	60 a 69 Média ± DP (Mediana)	70 ou mais Média ± DP (Mediana)	
Percentil BETA	25,00 ± 22,73 (20,00)	12,41 ± 10,25 (10,00)	$p^{(1)} = 0,017^*$
Percentil Subteste Código BETA III	27,69 ± 23,51 (20,00)	14,12 ± 7,95 (10,00)	$p^{(1)} = 0,067$
Percentil TIG	29,31 ± 21,17 (21,00)	10,12 ± 9,56 (6,00)	$p^{(1)} = 0,001^*$
Percentil AC	21,15 ± 30,25 (10,00)	0,71 ± 25,75 (1,00)	$p^{(1)} = 0,107$
Percentil TEPIC	26,15 ± 17,10 (30,00)	13,82 ± 10,24 (10,00)	$p^{(1)} = 0,023^*$

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Por meio do teste Mann-Whitney.

Na Tabela 8, é possível verificar que as médias e medianas foram correspondentemente mais elevadas entre os que tinham ensino médio/superior do que os que tinham ensino fundamental, entretanto foram verificadas diferenças significativas entre as categorias da escolaridade nas variáveis: percentil BETA, percentil subteste código BETA III e percentil AC.

Tabela 8: Média, desvio padrão e mediana dos percentis segundo a escolaridade. João Pessoa-PB, 2017.

Variável	Escolaridade		Valor de p
	Fundamental Média ± DP (Mediana)	Médio /superior Média ± DP (Mediana)	
Percentil BETA	10,73 ± 4,42 (10,00)	25,00 ± 22,76 (10,00)	p ⁽¹⁾ = 0,028*
Percentil Subteste Código BETA III	11,33 ± 3,52 (10,00)	28,67 ± 21,67 (20,00)	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Percentil TIG	19934,27 ± 9,32 (14,00)	22,60 ± 23,63 (16,00)	p ⁽¹⁾ = 0,558
Percentil AC	-5,13 ± 23,56 (1,00)	24,27 ± 27,28 (10,00)	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Percentil TEPIC	14,67 ± 11,25 (10,00)	23,67 ± 16,74 (10,00)	p ⁽¹⁾ = 0,104

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%

(1) Por meio do teste Mann-Whitney.

4.3 DISCUSSÃO

A partir da análise estatística, observou-se que a proporção de casos para o déficit cognitivo é significativamente maior nos grupos etários mais velhos e com escolaridade baixa. Os achados são consistentes com a literatura, que também indica que a prevalência de déficit cognitivo aumenta gradativamente conforme aumenta a idade e é maior naqueles que possuem baixo nível de escolaridade e entre os que vivem sozinhos (ANDRADE et al, 2017).

Estudos epidemiológicos revelam que a prevalência de déficit cognitivo em idosos pode variar de 1 a 2% entre aqueles com idade de 60 a 65 anos, 20% entre os indivíduos com idade de 80 a 90 anos e pode chegar aos 40% entre aqueles mais velhos (acima de 90 anos). Tais resultados corroboram a pesquisa atual, que indicou uma faixa etária entre 60 e 79 anos, cerca de 30%, apresentando um grau de déficit cognitivo constatado na maioria dos instrumentos psicológicos, com classificações inferiores das funções cognitivas, significando prejuízos de inteligência (30%), memória recente (73,3%), atenção (56,7%), raciocínio (86,7%), velocidade de processamento (76,7%) (RABELO, 2009), achados esse,

que se assemelham a outros estudos brasileiros descritos na literatura, como o de Gomes et al. (2011). Diante disso, este estudo evidencia uma população idosa com presença de declínio cognitivo em grau considerado moderado.

Araújo e Oliveira (2010), afirmam que, quando se trata de demências, os fatores de risco variam de acordo com os estressores genéticos e ambientais, além da idade e do histórico clínico. O primeiro sinal ou sintoma é a perda da memória seguida de declínio cognitivo e laboral, podendo ser classificado em estágios ou graus, o que corrobora resultados identificados neste estudo.

O estado de saúde foi avaliado com questões sobre hábitos de saúde e presença de doenças crônicas autorreferidas, assim como o uso contínuo ou não de medicamentos em geral para variadas patologias, presença de esquecimentos e dificuldades nas funções executivas, como atenção, memória e compreensão. Tais variáveis de saúde identificadas neste estudo e com significância ratificam que as doenças crônicas e degenerativas podem ocasionar sequelas que podem comprometer o nível de independência dessa população. Estudos estimam que 13% dos indivíduos entre 64 e 74 anos, 25% dos entre 75 e 84 anos e 46% daqueles acima de 85 anos apresentam algum tipo de incapacidade. Dentre as doenças de caráter crônico, a demência é uma das mais importantes causas de mortalidade e, atualmente, é o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número. As estimativas dessa condição crônica apontam, com o envelhecimento, um aumento na incidência anual da ordem de 0,6% na faixa dos 65-69 anos e 8,4% naqueles com mais de 85 anos. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5% entre os maiores de 60 anos para 20% naqueles com idade superior a 80 anos (MACHADO, 2011).

O risco de desenvolvimento do déficit cognitivo tem sido associado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Têm-se destacado na literatura fatores como baixa escolaridade, idade avançada, hipertensão arterial, história de acidente vascular encefálico (FORONI; SANTOS, 2012), com predominância em mulheres associada com incapacidade funcional, comorbidades, pouco contato social, atividade intelectual pobre, tabagismo, viver sozinho, sedentarismo e saúde percebida negativamente (MACÊDO et al, 2012), o que se assemelha a alguns dos fatores encontrados no presente estudo, como 66,7% que apresentaram algum tipo de doença como a hipertensão e diabetes mellitus, 43,3 % que consideraram sua saúde boa, já 33,3% consideraram sua relação com a família excelente. Em referência à atenção, memória recente e compreensão, evidenciou-se que 46,6% consideraram a situação mais ou menos; 43,3% também mais ou menos, e 43,3% boa, respectivamente.

O déficit cognitivo leve e o estado clínico em que o indivíduo queixa-se de prejuízo do funcionamento cognitivo (geralmente da memória) são confirmados por um informante, sempre que possível, e aparecem alterações na avaliação neuropsicológica (SANTOS, 2013). A demência se constitui em uma síndrome de disfunção adquirida, persistente e que compromete vários domínios da função intelectual, incluindo não apenas memória, raciocínio, compreensão, mas também linguagem e capacidades visuoespaciais e cognitivas.

Ao se avaliarem os dados obtidos do estudo por meio dos testes psicológicos e neuropsicológicos, observa-se que 60% dos idosos apresentam comprometimento cognitivo, sendo uma prevalência bastante importante, o que está de acordo com outras pesquisas, como a desenvolvida por Freitas (2012). Hierarquicamente, as perdas ocorrem de atividades de vida diária para atividades básicas de vida diária (saúde, atividades físicas e laborais, relação familiar, independência).

Em estudo realizado por Machado (2011), o Mini Mental foi aplicado em 74 idosos, dos quais 36,5% dos possuíam prejuízo cognitivo. Um outro estudo realizado por Macêdo et al (2012) com 503 idosos, mostrou que 42,7% dos pacientes tinham déficit cognitivo.

FASE II – ELABORAÇÃO DO PRODUTO TECNOLÓGICO

De acordo com a significativa prevalência do déficit cognitivo e as consequências que ele pode acarretar na vida dos envolvidos, é de suma importância que os profissionais de saúde saibam identificar indivíduos com risco potencial de desenvolver déficit cognitivo, bem como estejam preparados para lidar com as demandas destes idosos. Além disso, precisam saber distinguir entre o envelhecimento normal e o patológico, para que as intervenções sejam adequadas e mais eficazes.

Com base nos dados que mostraram diferenças significativas, foi elaborado um instrumento, um guia de prevenção e intervenção, baseado em aspectos como exercícios, dicas e orientações sobre como lidar ou prevenir funções executivas como memória, atenção, raciocínio, linguagem, qualidade na alimentação.

Diante disso, para se evitar a perda cognitiva em idosos, certas atitudes podem ser tomadas: a prática de exercícios físicos regulares, preferencialmente antes dos 65 anos de idade (quanto mais precoce melhor); a adoção de uma dieta equilibrada e adequada, sendo hipossódica e hipolipídica, visando evitar hipertensão arterial e outras doenças que possam comprometer o sistema cardiovascular; e o estímulo contínuo da atividade cerebral, por meio de interações sociais e atividades intelectuais, como leitura e até mesmo partidas de

xadrez, gamão ou palavras cruzadas. No caso de um idoso com uma perda cognitiva já instalada, a instituição dessas prevenções nunca é tardia demais, visando diminuir o ritmo da progressão da perda cognitiva (NORDON et al, 2009).

Os indivíduos com déficit cogintivo sofrem uma degradação natural ao nível das competências da vida, que podem ser divididas em quatro áreas (CORREIA et al 2015), conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Apresentação das quatro áreas de competências da vida e seus elementos.

CAPACIDADES COGNITIVAS	COMUNICAÇÃO	COMPORTAMENTO SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizagem • Compreensão • Memória • Atenção • Criatividade • Orientação 	<ul style="list-style-type: none"> • Falar com os outros • Compreensão • Competências verbais e não verbais 	<ul style="list-style-type: none"> • Linguagem corporal • Atenção em relação aos outros • Personalidade • Afetos • Reações • Interação

Assim, o presente Guia organiza, de forma objetiva, o que se tem cientificamente construído acerca do déficit cognitivo em idosos quanto à prevenção e a intervenções terapêuticas na progressão da problemática, em particular, e aborda exercícios para as funções executivas de:

- Atenção;
- Raciocínio;
- Linguagem;
- Memória e
- Algumas orientações a respeito de escolas especialistas em reabilitação cognitiva bem como profissionais especialistas na área.

Diversas técnicas podem ser utilizadas na estimulação cognitiva com o idoso, como a terapia de orientação à realidade, que consiste em treino sistemático de informações presentes e contínuas, amparadas por estímulos ambientais de orientação espacial e temporal, pontos que orientam a pessoa com o mundo. Essa terapia utiliza atividades do dia a dia do indivíduo, como ver calendário, jornais, vídeos, fotografias e familiares, o que auxilia na execução de tarefas diárias do idoso (CRUZ, 2011).

Em relação à alimentação, atualmente ainda não existe nem uma intervenção médica que possa prevenir o déficit cognitivo, pensa-se, porém, que um efeito protetor possa advir da melhoria dos estilos de vida, entre os quais se encontra a alimentação. Existe evidência de que o estresse oxidativo, as vitaminas relacionadas com o metabolismo da homocisteína, as gorduras e o álcool têm um papel na patogênese da demência. Um dos fatores com importância evidente para a saúde dos neurônios é o fornecimento de nutrientes necessários à manutenção do normal funcionamento do cérebro. Diferentes tipos de estudos epidemiológicos têm permitido acumular informação sobre os efeitos positivos dos ácidos gordos ômega 3 e micronutrientes como as vitaminas do complexo B, vitaminas E, C e D sobre os neurônios, sobretudo no decorrer do processo de envelhecimento. Foi providenciada evidência sólida, por meio de uma revisão sistemática, provando que altos níveis plasmáticos de homocisteína estão associados a um aumento de um certo número de doenças, entre elas, a doença de Alzheimer (MOHAJERI; TROESCH; WEBER apud CORREIA; FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2015).

Assim, a nutrição adequada é importante, para manter o corpo forte e saudável, assim como fornecer nutrientes essenciais para nosso cérebro, a fim de que este funcione bem. Assim, seguem alguns alimentos essenciais para a prevenção do déficit cognitivo (Quadro 2).

Quadro 2: Apresentação dos alimentos essenciais para a prevenção de déficit cognitivo.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	
CÚRCUMA: a curcumina, presente na cúrcuma, é uma substância eficaz que remove placas de proteína no cérebro. As placas no cérebro contribuem para a degradação de células cerebrais e levam ao déficit cognitivo.	FRUTAS VERMELHAS: estas frutas contêm antocianina, que protege o cérebro dos danos causados pelos radicais livres. Eles também têm propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes e contêm grande quantidade de vitamina C e E.
ESPINAFRE: é rico em um antioxidante chamado luteína, que contribui para proteger contra o declínio cognitivo. Comer alimentos ricos em vitamina B6 e folato (ambos encontrados no espinafre) pode ajudar a melhorar a sua memória de curto prazo e a capacidade mental.	PEIXES: consumir uma média de três porções de peixes oleosos, tais como salmão, sardinha e arenque, por semana, pode ajudar a reduzir, em quase 50%, o risco de déficit cognitivo. Isso ocorre, porque eles são ricos em ácidos graxos ômega 3, que ajudam o cérebro a ficar em forma.

<p>BRÓCOLIS: contém dois nutrientes que podem ajudar a melhorar a função cerebral: a vitamina K ajuda a reforçar as capacidades cognitivas, e a colina contribui para melhorar a memória. Ele também inclui uma porção considerável de ácido fólico, que pode ajudar a evitar o déficit cognitivo.</p>	<p>NOZES: são repletas de anti-inflamatórios naturais e são uma fonte boa de ácido alfa-linolênico (ALA). Essa substância promove o fluxo de sangue, que, por sua vez, permite a entrega eficiente de oxigênio para o cérebro.</p>
<p>VEGETAIS DE FOLHAS VERDES: os vegetais, especialmente os de folhas verdes, como espinafre, couve e vegetais crucíferos, como brócolis e couve-flor, têm sido fortemente associados a níveis mais baixos de declínio cognitivo em idades avançadas, de acordo com um estudo na revista <i>Annals of Neurology</i>.</p>	<p>AZEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEM: contém uma substância chamada <i>oleocanthal</i>, que ajuda a aumentar a produção de proteínas chaves e enzimas que ajudam a quebrar as placas beta-amiloide associadas com o déficit cognitivo.</p>
<p>ÓLEO DE COCO EXTRA VIRGEM Prensado a Frio: é um óleo saudável para o coração, livre de colesterol e gorduras trans, e aumenta as cetonas. O óleo de coco tem se mostrado útil para melhorar o uso da insulina pelo corpo, aumentar o HDL (colesterol bom), melhorar a função da tireoide e agir como um antioxidante e antibiótico natural.</p>	

Fonte: MOHAJERI, TROESCH, WEBER apud CORREIA, FILIPE; SANTOS; GRAÇA, 2015.

Dessa forma, o fornecimento adequado de vitaminas que diminuem a homocisteína parece resultar em uma diminuição do risco de contrair o déficit cognitivo. Ainda não existe evidência científica suficiente para suportar a recomendação de suplementação específica de nutrientes, antioxidantes, vitaminas na prevenção e tratamento desse problema, porém deve-se tentar que sejam atingidas as doses diárias de ingestão recomendadas desses nutrientes, preferencialmente por meio da alimentação (CORREIA et al., 2015).

Estudo sobre estimulação cognitiva por meio de exercícios mostra que a plasticidade cognitiva permanece no envelhecimento. Os idosos, quando estimulados, podem apresentar melhor desempenho em tarefas cognitivas, efeito que supera o da retestagem no pós-teste nos grupos placebos (SILVA et al., 2011).

Assim, as pessoas com déficit cognitivo apresentam dificuldades de se concentrar, compreender, perceber, captar, analisar, memorizar, aprender e raciocinar. Dessa forma, o indivíduo necessita de estimulações verbais e não verbais sistematizadas e periódicas, para

conseguir desenvolver e não progredir negativamente o déficit cognitivo. No guia desenvolvido mediante este estudo, as estimulações cognitivas foram elaboradas de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3: Apresentação das estimulações cognitivas para prevenção do déficit cognitivo.

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	
EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA ATIVAR OS NEURÔNIOS: os esportes favorecem atividade cortical <i>estresse</i> , que é uma forma de ativar os neurônios e prevenir déficit cognitivo.	TER UM SONO ADEQUADO: é importante, pois, durante o sono, o cérebro organiza o aprendizado.
VIDA SOCIAL ATIVA: com o passar dos anos e a chegada da idade, muitas pessoas acabam reduzindo a sua vida e se tornam cada vez mais solitárias. Esse comportamento pode favorecer o surgimento do déficit. É importante priorizar a qualidade das relações sociais, em vez de quantidade, praticar o voluntariado, tornar-se membro de algum clube ou grupo social.	TÉCNICAS MNEMÔNICAS: é um auxiliar de memória. São, tipicamente, verbais e utilizadas para memorizar listas ou fórmulas. Baseiam-se em formas simples de memorizar maiores construções, fundamentadas no princípio de que a mente humana tem mais facilidade de memorizar dados, quando estes são associados às informações pessoal, espacial ou de carácter relativamente importante do que dados organizados de forma não sugestiva (para o indivíduo) ou sem significado aparente.
NÃO FUMAR: o ato de fumar acarreta danos cardiovasculares que podem causar doenças cerebrovasculares, provocando obstrução nas artérias e ocasionando perda das funções cognitivas.	ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: comer alimentos ricos em antioxidantes ajuda a controlar a oxidação das células, inclusive as do cérebro, auxiliando a memória, a atenção, o raciocínio, a compreensão e a linguagem.
GENEROSIDADE E ALEGRIA: um bom humor pode afastar sinais de senilidade, é um benefício propiciado pelo cultivo de posturas generosas consigo mesmo e com os outros, bem como alegria e gratidão.	INSTRUMENTOS MUSICAIS: o estímulo de uma variedade de aptidões mentais provavelmente se dá por causa da exigência de movimentos delicados e precisos dos dedos, do treino da coordenação motora fina, do desenvolvimento da atenção necessária para a altura do som e para o ritmo, além de exigência de sensibilidade emocional.
O CONTROLE DO ESTRESSE: o estresse pode causar problemas de memória, atenção, percepção e compreensão, ou seja, déficit das	TER VIDA SOCIAL: a interação social ajuda a manter as funções cerebrais, pois costuma proporcionar certos desafios mentais como

funções executivas, por isso é importante controlar o cortisol, o hormônio do estresse, que provoca danos ao cérebro, se não for tratado.	lembrar-se de datas importantes ou detalhes de sua vida, o que também ajuda a prevenir o estresse e a depressão.
---	--

Fonte: Própria Pesquisadora

Lasca (2003) e Carvalho (2006) mostraram a eficácia da técnica para a memorização, por meio de listas de supermercado e de figuras bidimensionais, palavras cruzadas. Yassuda, Batistonis, Fortes, Neri (2006) demonstraram que os idosos que receberam treino de memória passaram a usar com maior frequência as estratégias ensinadas, a saber, categorização de listas e grifos de ideias principais em textos curtos, e apresentaram melhora significativa na memorização de pequenos textos (Quadro 4).

Quadro 4: Apresentação de técnicas para memorização.

TÉCNICAS PARA MEMORIZAÇÃO	
Memorizar rotineiramente séries com dígitos, poemas inteiros ou lista com centenas de palavras sem relação entre elas, vincular palavras a gestos por apenas cinco minutos, depois relembrar o que foi realizado evocando e gesticulando.	Colocar as chaves do carro no mesmo lugar, fazer anotações em papel para "desocupar" a mente ou simplesmente decidir prestar atenção podem fazer uma grande diferença para a quantidade de informações que o cérebro retém.
Para memorizar os nomes das pessoas, é possível realizar algumas associações mentais, como, ao ser apresentado a alguém, inventar uma pequena narrativa envolvendo o nome que acabou de ouvir, ou associar o nome a um personagem de filme, palavra, objetivo ou romance, criando um contexto para aquela informação.	Associar fatos ocorridos no seu cotidiano a imagens e solicitar ao idoso que guarde as imagens na memória, posteriormente solicitar a verbalização dessas imagens com o máximo de detalhes possível, como: o que comeu no almoço, o que leu no jornal do dia, visitantes que estiveram em seu domicílio, objetos adquiridos, entre outros.
Incentivar o idoso quanto à retenção e à cognição, atuando na prevenção da perda de memória de longo prazo e na retenção de informações já adquiridas ao longo da vida, por meio da evocação de fatos, situações, lugares, labutas e pessoas significativas que fizeram parte de seu passado.	Realizar atividades que instiguem o uso da linguagem oral, incentivo na resolução de problemas, estimulação nas atividades intelectuais, tais como: leituras, jogos de memória, palavras cruzadas, jogos de xadrez, entre outros.

Fonte: CARVALHO, 2006; WILSON, 2009; NERI, 2014.

O uso de estratégias compensatórias é uma técnica amplamente utilizada na reabilitação neuropsicológica, atuando principalmente nos déficits mnemônicos, atencionais e executivos. Inclui a utilização de aparelhos eletrônicos — pagers, computadores, alarmes eletrônicos, relógios, gravadores e recursos escritos e pictóricos —, agendas, blocos e quadros de anotações, calendários, placas de sinalização, entre outros. Essa técnica torna possível que indivíduos que apresentam déficits cognitivos para aprender e relembrar informações consigam novamente organizar suas atividades diárias, seja planejando/lembrando compromissos, seja recordando a hora em que devem tomar suas medicações (CARVALHO, 2006).

A técnica das reminiscências consiste em utilizar diversos materiais de contexto autobiográfico (fotos, músicas, roupas entre outros), além das próprias histórias remotas que fazem parte do acervo mnemônico preservado do paciente. Essa técnica estimula a socialização e a integração no grupo terapêutico e é habitualmente utilizada em grupo e em pacientes confusos como também em idosos demenciados. Os recursos mnemônicos compreendem os apoios verbais e visuais associados ao aprendizado. A dificuldade para seu uso está na capacidade de o indivíduo amnésico utilizá-lo por iniciativa própria. Esses recursos, entretanto, produzem resultados mais eficientes no armazenamento de uma nova informação, se comparados à repetição (WILSON, 2009).

A terapia de reminiscência — em que se utilizam experiências passadas vivenciadas pelos idosos, suas próprias histórias — objetiva manter ou restaurar a memória autobiográfica do idoso, reduzindo, assim, sua necessidade de ajuda e interação com o ambiente. Essa estratégia é muito utilizada em reuniões em grupo, pelo menos uma vez por semana. Os autores acrescentam ainda que o uso de apoios externos também é uma técnica e envolve o treino e a utilização de instrumentos que podem ser eletrônicos, como celulares, telefones fixos e computadores, e também não eletrônicos, como agendas, planejamento diário e semanal, cartão de dicas, horários escritos. Podem funcionar como um ponto de apoio para a lembrança e a realização de atividades simples da vida diária do idoso (HOLDERBAUM et al., 2006).

No guia desenvolvido, essa técnica de reminiscência e de estratégias compensatórias foi elaborada por meio de exercícios para o idoso, que deve ser auxiliado pelo cuidador e/ou familiar, a fim de realizar as atividades diariamente, como demonstrado no quadro 5.

Quadro 5: Apresentação da técnica de reminiscência e de estratégias compensatórias para realização de atividades diárias.

OS EXERCÍCIOS TÊM QUE SER REALIZADOS DE MANEIRA ROTINEIRA, DURANTE AS ATIVIDADES NORMAIS, PARA APRESENTAR EFEITO POSITIVO NOS ASPECTOS CLÍNICO E COGNITIVO:	
Participar de tarefas do cotidiano, como: costura, cerâmica, colagem, painéis de notícias, entre outros.	Estimular a atenção em si próprio, deixando o idoso alimentar-se, realizar sua higiene pessoal, vestir-se, urinar, defecar, tomar banho, fazer a barba, pentear-se, sempre que for possível.
Deambular com ajuda de um acompanhante, sendo orientado para localizar pontos importantes do ambiente (casa). Quando é em seu aposento, devem-se enfatizar os interruptores de luz, a existência de alarme (se tiver), local da cama, mesinhas de canto, cabeceira ou quaisquer outros.	Pedir que o idoso escreva seu nome, estimulando sua memória autobiográfica, a fim de manter sua identidade, autorrespeito preservado, bem como nomes de pessoas da família e de seu contexto social.
Realizar caminhadas, prática de exercícios físicos, atividades intelectuais, com o intuito de motivar o paciente. Estimular o olfato, o paladar, a audição, a visão, procurando identificar alimentos e objetos pelos sentidos citados.	Desenhar um objeto ou uma pessoa com principais características. Dois dias depois, procurar recordar as figuras ou a pessoa.
	Exercícios de identificação de cores (das paredes, piso, corredores), esquemas da planta do ambiente em que se encontram.
Contar (cuidador) alguma estória pré-ensaiada e pedir ao paciente que a repita ou a reconte a alguém. Em seguida, corrigir a estória, caso haja necessidade.	Procurar identificar as pessoas pela voz, ao usar o telefone (celulares, telefone fixo).
Deve-se falar sobre fatos, viagens, fotos, aquisição de roupas, relembrar visitas recentes.	Procurar, no fim do dia, lembrar-se das pessoas com quem falou e das atividades que realizou durante todo o dia.
Manter um nível continuado de estimulação com músicas, notícias, jornais, revistas, solicitações de tarefas e afazeres dentro da possibilidade de cada um, tudo no sentido de não acentuar a deterioração cognitiva e desorientação por desinteresse, apatia e conformismo.	Procurar aumentar o intercâmbio verbal, a frequência de contatos sociais, o incremento da autonomia da marcha e mobilidade, a participação em atividades de grupo, a diminuição das condutas perigosas, inadequadas e ineficazes, a orientação espaço-temporal e a higiene corporal.

Fonte: HOLDERBAUM, 2006; WILSON, 2009; CARVALHO 2006.

A orientação e participação dos familiares no tratamento, em especial na estimulação cognitiva denominada psicoeducação de cuidadores, é outra técnica importante. Vários pesquisadores têm enfatizado que a falta de informação sobre o déficit e sua evolução como também os encargos estressantes e emocionais podem gerar impacto desestruturante sobre a vida do cuidador familiar. Cuidadores bem orientados e estruturados emocionalmente têm mais possibilidades de dar continuidade ao uso das técnicas de reabilitação cognitiva e, por conseguinte, contribuem para a melhoria da qualidade de vida, tanto do paciente quanto da sua própria (SOHLBERG; MATEER, 2001).

Quadro 6: Apresentação da técnica de estimulação cognitiva que engloba orientações e estratégias da família.

ORIENTAÇÕES E ESTRATÉGICAS DA FAMÍLIA	
<p>Criar uma rotina – Mudanças de ambiente e das suas atividades diárias podem desencadear confusão mental. Portanto, devem-se estabelecer rotinas, de modo que as tarefas como higiene pessoal e alimentação sejam realizadas sempre no mesmo horário. As tarefas devem ser simplificadas, por exemplo, na hora de se vestir, reduzindo-se as opções de roupa no armário. Evitar roupas com zíper, fivelas ou botões e deixar as peças de roupa separadas sempre na mesma ordem. Planejar o dia e os horários de alimentar-se, tomar remédios, banhar-se, vestir-se, passear na rua ou no jardim.</p>	<p>Estimular a independência: faça COM ele e não POR ele - O envelhecimento traz limitações, porém deve-se sempre estimular a autonomia do idoso. Estimular a fazer sozinho as atividades que estejam dentro da sua rotina, como se vestir, por exemplo. Inicialmente, deixe-o tentar fazer por conta própria, se você perceber que ele não fez a tarefa completa, passe a supervisioná-lo e orientá-lo. Se o paciente não conseguir após as suas orientações, auxilie-o na tarefa. E, ao final, se ele se mostrar incapaz de realizá-la, você pode fazer por ele. A mobilidade também tem um papel importante para a saúde do idoso, pois reduz o risco de infecções e trombose venosa, além de diminuir a sobrecarga do cuidador. Então, procure estimulá-lo a andar e a se movimentar sempre que possível.</p>
<p>Limitar as escolhas possíveis – Quanto menores as opções, mais fáceis as escolhas e o trabalho mental dos idosos, e menor a possibilidade de se criarem irritação e confusão mental ou agitação.</p>	<p>Orientar instruções simples – Ao orientar como fazer uma tarefa, não se deve instruir tudo imediatamente. Um passo de cada vez facilitará o trabalho como cuidador ou familiar e o entendimento do idoso.</p>

<p>Reduzir distrações durante uma tarefa - Ao alimentar o idoso, se possível, desligar a TV; ao vestir, por exemplo, evitar conversar sobre outro assunto; tentar fazer uma tarefa de cada vez, sem acumular outras distrações durante a ação.</p>	<p>Ser flexível, quando precisar mudar algo – Ajustar o cardápio sempre que houver uma recusa de algum tipo de alimento, tentar comprar roupas semelhantes às aquelas que o idoso está habituado, não tentar convencer do contrário.</p>
<p>Muita calma nessa hora – Ter calma é uma das regras básicas para os cuidadores e famílias de idosos com demências. Tenha calma e deixe que o idoso faça o máximo de coisas que possa fazer, mesmo que com a supervisão da família.</p>	<p>Prevenir quedas – Evitar ter tapetes pela casa, muitos móveis atrapalhando o caminho, espaços pequenos e apertados, caminhos muito sinuosos. Se puder, instalar barras para ajudar o idoso a se equilibrar e evitar quedas.</p>
<p>Como estabelecer a comunicação - A perda de memória pode afetar a comunicação verbal de um idoso, que pode ter dificuldade em expressar os seus pensamentos ou formular frases completas e coerentes. Se a fala representa um obstáculo na comunicação com um idoso com déficit cognitivo, deve-se estabelecer a comunicação desta forma: estando atento à linguagem corporal e às expressões faciais, tanto do idoso como as suas; evitar movimentos bruscos e revirar os olhos; apontar para algum objeto pode facilitar a comunicação, por isso pedir ao idoso que faça o mesmo, quando estiver com dificuldades em transmitir alguma ideia.</p>	<p>Ser curto e simples – Quando se comunicar com um idoso, faça-o com frases curtas e simples, ou seja, de muito fácil compreensão. Deve-se utilizar um vocabulário direto, evitando expressões e eufemismos que podem apenas confundir o idoso. Para além disso, fazer apenas uma pergunta ou solicitação de cada vez.</p> <p>Repetições, repetições, repetições - A comunicação com um idoso com perda de memória vai certamente ser de frases e perguntas repetidas. Embora possa ser frustrante para quem está a ouvir, em vez de dizer “ainda agora acabei de te dizer”, deve-se ter paciência, voltar a repetir a resposta ou a pergunta, de preferência igual ou muito parecido com a resposta anterior, para evitar confundir o idoso.</p>

Fonte: SOHLBERG; MATEER, 2001.

Assim, a proposta do guia, como instrumento final deste estudo, permite concluir que a associação sistemática de um estimulador (cor, pintura, dança, jardinagem ou outra temática, exercícios, orientações) às reminiscências aponta as conexões de redes de informação, intervindo na melhora considerada de um declínio cognitivo. Essa proposta do guia preventivo para idosos corrobora o estudo de Wilson (2009), quando enfatiza que,

independentemente da dificuldade em se recuperar plenamente a memória de pacientes com distúrbios amnésicos orgânicos, não se deve deixar de buscar maneiras de melhorar seu bem-estar e sua qualidade de vida.

5 PRODUTO FINAL

Após a delimitação do conteúdo a ser abordado no guia, o texto adquiriu formatação de um livreto com figuras que ilustram informações, orientações e exercícios sobre as funções cognitivas, a fim de construir mudanças de comportamento, aquisição de novos hábitos, melhora na qualidade de vida biopsicossocial e cognitivo do idoso, para que haja um envelhecimento ativo e saudável.

Posterior à construção das variáveis de acordo com o Déficit Cognitivo e sua aplicabilidade, foi formatada uma versão final do instrumento, para ser apreciado pela banca (Apêndice E), constituído pela estrutura abaixo e formado por oito tópicos, que contemplam informações, dicas e recomendações sobre saúde, serviços, benefícios a pessoas idosas, bem como a familiares e a profissionais da saúde. É a junção de várias orientações a serem utilizadas no dia a dia da pessoa idosa, a depender da sua condição: com ou sem déficit cognitivo.

APRESENTAÇÃO

1. O SER IDOSO

2. O DÉFICIT COGNITIVO

3. DEZ PASSOS/DICAS PARA PREVENIR O DÉFICIT COGNITIVO

4. EXERCÍCIOS PARA PREVENÇÃO E QUALIDADE COGNITIVA NO IDOSO

- **Exercício para Memória**
- **Exercício para Atenção e Raciocínio**
- **Exercício para Linguagem**

5. SERVIÇOS DE SAÚDE E DE REABILITAÇÃO COGNITIVA DISPONÍVEIS

6. A FAMÍLIA E O DÉFICIT COGNITIVO

7. QUAIS PROFISSIONAIS DEVEM-SE PROCURAR

8. ALIMENTAÇÃO PARA COMBATER O DÉFICIT COGNITIVO

REFERÊNCIAS

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que o presente estudo mostrou uma prevalência de déficit cognitivo na população idosa em relação à escolaridade e à faixa etária. Não foi possível, portanto, avaliar mais causas desses danos, porém, sabidamente, grande parte dos idosos sofre de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e outras causas que também podem levar à perda da cognição e da capacidade.

Com o aumento da longevidade, é essencial realizar a prevenção do déficit cognitivo, para os idosos terem uma vida mais saudável, evitando esquecimentos e/ou abusos das doses de seus medicamentos, diminuindo a frequência de internações e descompensações, evitando quedas e sendo mais ativos, capacitados e com melhor qualidade de vida. São necessárias investigações complementares, para que seja possível compreender melhor a transição entre o envelhecimento cognitivo normal e o patológico.

É importante pesquisar fatores relacionados ao envelhecimento como forma de cuidado com a população idosa. Durante o processo de envelhecimento, é possível observar mudanças no desempenho de algumas habilidades cognitivas, e o déficit cognitivo deve ser investigado, já que se encontra associado a uma série de prejuízos. Fica evidente a necessidade da investigação do déficit cognitivo, a fim de identificar a causa base e fazer o tratamento eficaz, visto que idosos com déficit cognitivo leve, caracterizado por um déficit cognitivo grave, têm maior risco de desenvolver algum tipo de demência, especialmente a do tipo Alzheimer.

Nesse contexto, entende-se o indiscutível, para que o déficit cognitivo e a demência sejam detectados precocemente e que o diagnóstico prévio se constitua uma prioridade assistencial. Na contemporaneidade, a intervenção terapêutica permite estabilizar ou melhorar alguns déficits cognitivos, potencializando as habilidades funcionais e controlando os sintomas psicológicos associados.

Sendo assim, os achados do presente estudo servirão de subsídio para profissionais da APS e familiares orientarem e prevenirem a situação dos idosos com comprometimento cognitivo por meio da construção do guia preventivo sobre o déficit cognitivo, intervindo nele, quando necessário. Assim, pretende-se dar ênfase à prevenção e ao diagnóstico precoce, priorizando os idosos cujas prevalências de déficit cognitivo foram mais elevadas. Intenta-se contribuir para a implementação do guia preventivo para idosos promovendo sistematicamente, na atenção primária, ações de orientação e prevenção, no intuito de manter a independência e a autonomia cognitiva do idoso, bem como evitar a progressão do déficit, visto que o guia apresenta uma variada opção de exercícios e orientações.

À vista disso, considera-se que o objetivo foi alcançado, contudo destaca-se a necessidade de validar a tecnologia e mais pesquisas sobre esse tema, com o

aperfeiçoamento de outros instrumentos e técnicas capazes de prognosticar o déficit cognitivo nos idosos bem como intervir nele.

REFERÊNCIAS

ALCHIERI, J.C.; CRUZ, R. M.; Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos. São Paulo: Casa do Psicólogo, (Coleção temas em avaliação psicológica) 2003. 127 p.

ALMEIDA, M. H. M.; SPÍNOLA, A. W. P.; LANCMAN, S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. Rev. Ter. Ocup. Univ., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-58, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). 2014. Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM-5), 5ª ed. Porto Alegre,RS: Artmed.

ANDRADE, F. L. J. P. et al. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 20, n. 2, p. 186-197, 2017.

ARAÚJO, C. L.; OLIVEIRA, N. J.S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. Revista Kairós Gerontologia. 2010.

BARROS, A.J.P.; LEHFELD, N.A.S. Fundamentos de Metodologia Científica, São Paulo, Pearson, 2007.

BERTOLUCCI, P.H.F.; MINETT, T. S. C.; Perda de memória e demência. In: do PRADO, F.C.; RAMOS, J.; VALLE, J.R. Atualização terapêutica 2007. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>> Acesso em 20 de set. de 2017.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006. Disponível em: <http://www.datadez.com.br/content/legislacao.asp?id=32259>

BRASIL, Ministério da saúde. Conselho Nacional de ética em pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466. Brasília: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf.

BRUGNERA, G. K. F. Terapias de Reminiscências: Estimulação da Memória afetiva de Idosos Institucionalizados. 2014. Monografia (Especialização em Gerontologia Interventiva). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2014.

CAIXETA, L. Doença de Alzheimer. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CAIXETA, L. Tratado de neuropsiquiatria, neurologia cognitiva e do comportamento e neuropsicologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

CAIXETA, L. TEIXEIRA, A. L., org. Neuropsicologia geriátrica: neuropsiquiatria cognitiva em idosos. Porto Alegre: Artmed; 2014.

CAMBRAIA, S. V. Teste AC, 3 ed. rev.. e ampl. pelo Departamento de Pesquisas da Vetor Editora. São Paulo: Vetor, 2003.

CASTRO, A. R. Avaliação do Mini Exame do Estado Mental em Idosos Praticantes de Exercícios Físicos do Projeto CELARI. 2014. Monografia (Graduação em Educação Física). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015.

CARVALHO, F. C. R. Treino de memória episódica com idosos normais. [Dissertação] ; Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde do idoso. Revista de Saúde do Idoso, 2. Ed. – Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013.

CORREIA, A.; FILIPE, J.; SANTOS, A.; GRAÇA, P. Nutrição e Doença de Alzheimer. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, 2015.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev. esc. enferm. USP, v.44, n. 2, P. 437-444, Jun., 2010.

CRUZ, T. J. P. Avaliação Da Estimulação Cognitiva Para O Idoso Com Demência De Alzheimer Realizada Pelo Cuidador No Domicílio: Uma Tecnologia De Cuidado Em Enfermagem. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense. 2011.

DAMASCENO, B. P. Demência. In GUARIENTO, M.E. & NERI(Eds), Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas, SP: Alínea, 2011.

DENTENA, A. et al. Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. Unoesc & Ciência – ACHS, v. 2, n. 2, p. 184-196, jul./dez. 2011.

DIAS, A. M.; UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI. O processo de envelhecimento humano e a saúde do idoso nas práticas curriculares do curso de fisioterapia da UNIVALI campus Itajaí: um estudo de caso. 2007. 189 f. Dissertação de Mestrado – Universidade do Vale do Itajai, 2007.

DUARTE, Luzia Travassos. Envelhecimento: processo biopsicossocial. (Monografia) 2008. Disponível em: www.psiconet.com/tiempo/monografias/brasil. Acesso em 16 de março de 2009.

FAGUNDES, S. N. Humanização da Assistência de Enfermagem Frente ao Paciente Idoso na Estratégia de Saúde da Família. FACIDER Revista Científica, n. 09, p. 1-15, 2015.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que Acontecem com o Idoso com o Passar dos Anos. Revista Científica Internacional, v. 1, n. 6, p. 106-132, jan./mar., 2012.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S. E. , McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.

FORONI, P. M.; SANTOS, P. L. Fatores De Risco E Proteção Associados Ao Declínio Cognitivo No Envelhecimento – Revisão Sistemática De Literatura. Rev Bras Promoç Saúde, v. 25, n. 3, p. 364-373, jul./set., 2012

FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J. G.; NEUFELD, C. B. Terapias Cognitivas-comportamentais com idosos. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

FREITAS R.S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. Acta Paul Enferm 2012; 25(6):933-939.

FURLAN, C. M. A Educação Física no Contexto da Dança como Atividade Física para Idosos. 2017. Monografia (Graduação em Educação Física), Anhanguera Educacional, 2017.

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, J. E. M. ; RUIZ T.; CORRENTE, J. E.; Sintomas depressivos e deficit cognitivo na populacao de 60 anos e mais em um municipio de medio porte do interior paulista. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2011; 6(19): 125-32.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. Cad. Saúde Pública, Vol 3. No 3. p(217-220). Rio de Janeiro, 2010.

KELOGG, C. E; MORTON, N.W. Teste não verbal de Inteligência geral – BETA III. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2011.

HOLDERBAUM, C.S.; RINALDI, J.; BRANDÃO, L.; PARENTE, M.A.M.P. A intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In: PARENTE, M.A.M.P. e colaboradores. Cognição e Envelhecimento. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap.16.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA—IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. 2000. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, n.9, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA—IBGE. *Sinopse dos Resultados do Censo 2010*. Acesso em 15 de dezembro de 2017, disponível em Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística:

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice>

LASCA, V. B.; Treinamento de memória no envelhecimento normal: um programa aplicado a idosos.[Tese] Universidade Estadual de Campinas; São Paulo, 2003.

LANZI, L. A. C.; CASTRO, R. M.; DÁTILO, G. M. P. A. Memória do Idoso: Uma Construção Afetiva do Passado por Meio da Educação. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, v. 2, n. 1, p. 90-113, jan./jun. 2016.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, v. 20, n. 4, p. 867-874, Out./Dez., 2011.

MACÊDO, A. M. L. et al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.*, v. 25, n. 3, p. 358-63, 2012.

MACHADO, R. M. L.; CAVALIÉRE, S. L. *Cadernos Unisum*, Rio de Janeiro, 110 v. 2, n. 1, p. 110-120, jun. 2012.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

MALLOY-DINIZ, L. F., FUENTES, D.; COSENZA, R.M., org. *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed; 2013.

MARIN, M. J. S.; PANES, V. C. B. Envelhecimento da População e as Políticas Públicas de Saúde. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, v.1, n.1, p.26-34, jul./dez. 2015.

MERHY E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2005

MILLER, Jussara. Qual é o corpo que dança?: dança e educação somática para adultos e crianças. São Paulo: Summus, 2012.

MINAYO, M.C.S. (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006, 186p.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOTA, R. S. M.; OLIVEIRA, M. L. M. C.; BATISTA, E. C. Qualidade de Vida na Velhice: uma reflexão teórica. Revista Communitas, v. 1, n. 1, p. 47-61, 2017.

NATUME, H.; PILLOTTO, S. S. D., STRAPAZZON, M. A. L. Musicalização: memórias, experiências e sensibilidades na terceira idade. Revista Digital do LAV, v. 11, n. 1, p. 211 - 234, jan./abr, 2018.

NERI, A. L. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas, SP: Alínea, 2014.

NORDON, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. Perda cognitiva em idosos. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba: v. 11, n.3, 2009.

OLIVEIRA, M. A.C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. enferm., v.66, n. spe, set., p. 158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas, 2002.

OLIVEIRA, R.C.S. Terceira idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis. São Paulo, Paulinas, 1999.

OLIVEIRA, A. D. “Eu sou Velha só na Idade”: Relatos e Apreensão de Qualidade de Vida na Velhice. 2014. 68f. Monografia (Graduação em Serição Social) – Centro de Ensino Superior do Ceará, Faculdade Cearense, 2014.

PAIVA, S. O. C. Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital. 1 ed.. São Paulo: Cortez, 2014.

PASQUALI, L.; Testes psicológicos: conceitos, história, tipos e usos. In L. Pasquali (Org.), Técnicas de Exame Psicológico – TEP. Manual: Vol. 1. Fundamentos das técnicas psicológicas (pp. 13-56). São Paulo: Conselho Federal de Psicologia/Casa do Psicólogo, 2001.

PASQUALI, L. ; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. Avaliação Psicológica, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003. PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.

POCINHO, R. S. P.; Mayores en contextos de aprendizaje: Caracterización y efectos psicológicos en los alumnos de las Universidades de Mayores en Portugal. Tese de doutoramento em Psicogerontologia. Universitat de València, 2014.
http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Mayores_Pocinho.pdf [30 de setembro de 2017].

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RABELO, D. F. Comprometimento Cognitivo Leve em Idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. Revista Kairós Gerontologia, v.12, n. 2, p. 65-79, 2009.

RIBEIRO, K. S.; BARRETO, T. C.; SILVA, A. T. M. F. A Influência do Enfermeiro na Formação do Capital Social. Persp. Online: hum. & sociais aplicadas, v. 7, n. 3, p. 79-88, 2013.

RIBEIRO, A. M. Aspectos bioquímicos: envelhecimento cerebral normal e demências. In: de Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROJAS, A. P. K. et al. Tecnologias disponíveis para Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil pelo Enfermeiro: Revisão Integrativa da Literatura. Cad. da Esc. de Saúde, v.1, n.15, p. 64-80, 2016.

RUBERT, C. P.; HIGA, R. A.; FARIAS, F. V. B. Comparação entre colecistectomia eletiva aberta e laparoscópica em idosos, em um hospital escola. Rev. Col. Bras. Cir., v.43, n.1, p. 02-05, jan/fev, 2016.

RUEDA, F. J. M. Teste Pictórico de Memória – (TEPIC-M): Manual. São Paulo: Vetor, 2007.

SANTOS, H. A. O Idoso e a Família: bem-estar Psicológico. 2017. Monografia (Especialização em Psicologia Jurídica), Universidade Candido Mendes, 2017.

SANTOS, M. C. S. 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. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva). Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo. 2013.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico - filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. REBEn, Vol 63. No 6. 2010.

SANTOS, M. F. S. Diferentes modelos de velhice. Psicol. cienc. prof., v.31, n.3 Brasília, 2011.

SILVA, T. B. L.; OLIVEIRA, A. C. V. ; PAULO, D. L.V.; MALAGUTTI, M. P.; DANZINI, V. M. P.; YASSUDA, M. S. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2011.

SOEIRO, M. A. S. Envelhecimento Português, Desafios Contemporâneos: Políticas e Programas Sociais, estudo de caso. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais). Universidade Nova de Lisboa. 2010.

SOUZA J. N.; CHAVES E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. Rev Esc Enferm USP, 2005.

SOHLBERG, M. M., & MATEER, C. A. Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach. New York: Guilford, 2001.

TOZI, S. M. V. D. TIG-NV: Teste de Inteligência Geral Não-Verbal: instrumento para avaliação psicológica e neuropsicológica: Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

YASSUDA, M.S, VIEL T.A, LIMA-SILVA ,T.B & ALBUQUERQUE, M.S. Memória e envelhecimento: aspectos cognitivos e biológicos. Em: Freitas EV, Py L. (Eds.) Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 1477-1485, 2011.

YASSUDA M.S.; BATISTONI S. S.T.; FORTES, A.G.; NERI, A.L. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. Psicol. Refl. Crít, 2006.

WILSON, B. A. (2009). Memory rehabilitation: integrating theory and practice. New York: Guilford.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.

ANEXOS

ANEXO A

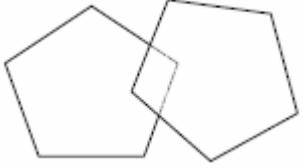
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Nome: _____

Data: ____/____/____ **Sexo:** F() M()

Data Nascimento ____/____/____ **Escolaridade:** _____

AVALIAÇÃO	NOTA	VALOR
ORIENTAÇÃO TEMPORAL		
. Que dia é hoje?		1
. Em que mês estamos?		1
. Em que ano estamos?		1
. Em que dia da semana estamos?		1
. Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)		1
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
. Em que local nós estamos? (consultório, enfermaria, andar)		1
. Qual é o nome deste lugar? (hospital)		1
. Em que cidade estamos?		1
. Em que estado estamos?		1
. Em que país estamos?		1
MEMÓRIA IMEDIATA		
Eu vou dizer três palavras, e você irá repeti-las a seguir, preste atenção, porque depois você terá que repeti-las novamente. (Dê 1 ponto para cada palavra. Use palavras não relacionadas.)		3
ATENÇÃO E CÁLCULO		
5 séries de subtrações de 7 (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). (Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto, se o examinado espontaneamente se autocorrigir). Ou: Soletrar a palavra mundo ao contrário.		5
EVOCAÇÃO		
Pergunte quais as três palavras que o sujeito acabou de repetir (1 ponto para cada palavra)		3
NOMEAÇÃO		
Peça para o sujeito nomear dois objetos mostrados (1 ponto para cada objeto)		2
REPETIÇÃO		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. (Considere somente se a repetição for perfeita.)		1
COMANDO		

Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). (Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa, não dê dicas.)		3
LEITURA		
Mostre a frase escrita: FECHER OS OLHOS. Em seguida, peça ao indivíduo que faça o que está sendo mandado. (Não auxilie, se pedir ajuda, ou se só ler a frase sem realizar o comando.)		1
FRASE ESCRITA		
Peça ao indivíduo que escreva uma frase. (Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção, não são considerados erros gramaticais ou ortográficos.)		1
CÓPIA DO DESENHO		
Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos.		1
		
TOTAL		

Considerar apto para ingressar no programa pacientes com pontuação igual ou maior que 19, para analfabetos, e pontuação igual ou maior que 24 para pessoas com escolaridade.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, Mary Ellen Valois da Mota Cândido, pesquisadora, psicóloga e discente do curso de Mestrado em Saúde da Família, sob orientação da professora Kay Francis Leal Vieira, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS E ELABORAÇÃO DE UM GUIA PREVENTIVO**.

Esta pesquisa tem como objetivo geral construir um guia preventivo direcionado ao usuário idoso acerca do déficit cognitivo, e, como objetivos específicos: verificar a associação entre déficit cognitivo e variáveis sociodemográficas (gênero, situação conjugal, idade, escolaridade, raça, renda familiar); investigar o déficit cognitivo em idosos usuários de um Centro de Saúde. A realização desta pesquisa justifica-se pela relevância do estudo e pela possibilidade de elaboração de estratégias e de políticas assistencialistas frente à população idosa.

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa, em que será aplicado um questionário sociodemográfico, visando caracterizar questões referentes à idade, à religião, à situação conjugal, à escolaridade, às atividades de vida diária, às atividades laborais e à renda familiar, e realizadas perguntas objetivas referentes às suas funções executivas, elaboradas pela pesquisadora com o objetivo de identificar outros fatores significativos, bem como aplicação de uma bateria de testes psicológicos (Beta III, AC, TIG-NV, Mini Mental, Pictórico) que visam identificar as funções cognitivas.

O senhor(a) não é obrigado(a) a aceitar este convite. Esta pesquisa poderá causar um mínimo desconforto (cansaço no fornecimento das informações) ou constrangimento devido à natureza das perguntas, que poderá causar sensibilização ou emoção nos participantes. Vários benefícios, porém, podem advir de sua participação: possibilidade de maior esclarecimento sobre déficit cognitivo no idoso, oferecendo informações pertinentes sobre o assunto. Além disso, poderá beneficiar a comunidade acadêmica, por investigar, com detalhes, quadros clínicos semelhantes e possíveis fatores de risco.

Rubrica da Pesquisadora: _____

Rubrica do(a) participante: _____

Se, durante a entrevista, houver evidência de qualquer déficit cognitivo, receberá orientações e, se necessário, encaminhamento para maiores investigações e/ou tratamento. Sua participação na pesquisa não acarretará nem um gasto para você. Informamos que,

também, o senhor(a) não receberá pagamento pela sua participação. A pesquisadora se compromete a manter, em absoluto sigilo, todos os dados de caráter estritamente pessoal e aqueles integrantes de sua identidade específica.

A participação do senhor(a) na pesquisa é voluntária, portanto a sua recusa não causará nem um prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a Faculdade. Em caso de o(a) senhor(a) decidir não participar da pesquisa, deverá notificar à pesquisadora. Se houver dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, e recebi cópia rubricada na primeira página e assinada na última por mim e pela pesquisadora responsável.

João Pessoa, _____ de _____ de 2017.

Mary Ellen Valois da Mota Cândido
Pesquisadora responsável

Participante da Pesquisa

Testemunha da pesquisa



Assinatura Digital

Endereço Pesquisadora: R. Cícero Caldas, 140, Bairro dos Estados, João Pessoa- PB
Telefone: (83) 98807-7047 E-mail: maryellenpsic@yahoo.com.br

Endereço CEP- FAMENE: Av. Frei Galvão, 12, Bairro Gramame, João Pessoa, Paraíba,
Fone: (83) 2106-4777. E-mail: Cep@facene.com.br.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nº _____

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Estado civil atual: _____

4. Religião: _____

5. Escolaridade: _____

6. É Aposentado: () Sim () Não

Se sim, há quanto tempo? _____

7. Tem filhos? () Sim () Não

Se sim, quantos são? _____

8. Situação econômica:

() Má

() Média

() Boa

9. Relacionamento com a sua família?

() Regular

() Bom

() Muito bom

() Excelente

10. Esquecimentos? Se sim, qual a frequência?

() Sim _____ () Não

Caso a resposta seja sim, de quê? _____

11. Medicamentos de uso continuado?

12. () Sim () Não

Caso a resposta seja sim, qual (is)? _____

13. Doença(s) (pode ser marcado mais de um)?

() Hipertensão Arterial Sistêmica

() Diabetes Mellitus

() Artrites

() Neoplasias

() Depressão

() Outras? _____

14. Memória recente:

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa

15. Atenção:

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa

15. Compreensão de fatos corriqueiros do dia a dia:

- Muito má
- Má
- Nem boa nem má
- Boa

APÊNDICE C
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins de direito, que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada **VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS E ELABORAÇÃO DE UM GUIA PREVENTIVO**, a qual será realizada pela pesquisadora responsável a aluna Mary Ellen Valois da Mota Cândido, sob orientação da Prof^a Dr^a Kay Francis Leal Vieira, e terá apoio desta instituição.

Esta Instituição, o Centro de Saúde Nova Esperança, sob CNPJ 02.949.141/0010-71, que tem como Diretor Técnico o Dr. George Ibiapina, está ciente de suas responsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento, para que se possam cumprir os requisitos da Resolução CNS 510/2016 e suas complementares, como também o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

João Pessoa, 06 de março de 2017

Assinatura e carimbo do responsável institucional

APÊNDICE D**TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

Eu, Mary Ellen Valois da Mota Cândido, pesquisadora, psicóloga e discente do curso de Mestrado em Saúde da Família, na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa intitulada **VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO EM IDOSOS E ELABORAÇÃO DE UM GUIA PREVENTIVO**, declaro o compromisso de observar as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 510/2016 e suas complementares e o Código de Ética Médica em todas as fases da referida pesquisa.

Comprometo-me a submeter o protocolo de pesquisa à Plataforma Brasil, devidamente instruído ao Sistema CEP/CONEP, aguardando o seu pronunciamento, antes de iniciar a pesquisa, para utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo, e a tornar público os resultados desta investigação tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, sendo enviado o relatório final pela Plataforma Brasil, Via **Notificação** ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até setembro de 2017, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título etc.), comprometo-me a comunicar o ocorrido em tempo real, por meio da PLABR, via **Emenda**.

Declaro publicar o resultado da pesquisa em revistas nacionais e/ou internacionais. Também entregar à instituição coparticipante (Centro de Saúde Nova Esperança) uma brochura com os resultados da pesquisa, como preconizam a Resolução 510/2016 MS/CNS e a Norma Operacional N° 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer, caso infrinja qualquer um dos itens dos referidos documentos.

João Pessoa, 06 de março de 2017



Mary Ellen Valois da Mota Cândido
Assinatura da Pesquisadora responsável

APÊNDICE E

DÉFICIT COGNITIVO

Um guia preventivo para idosos

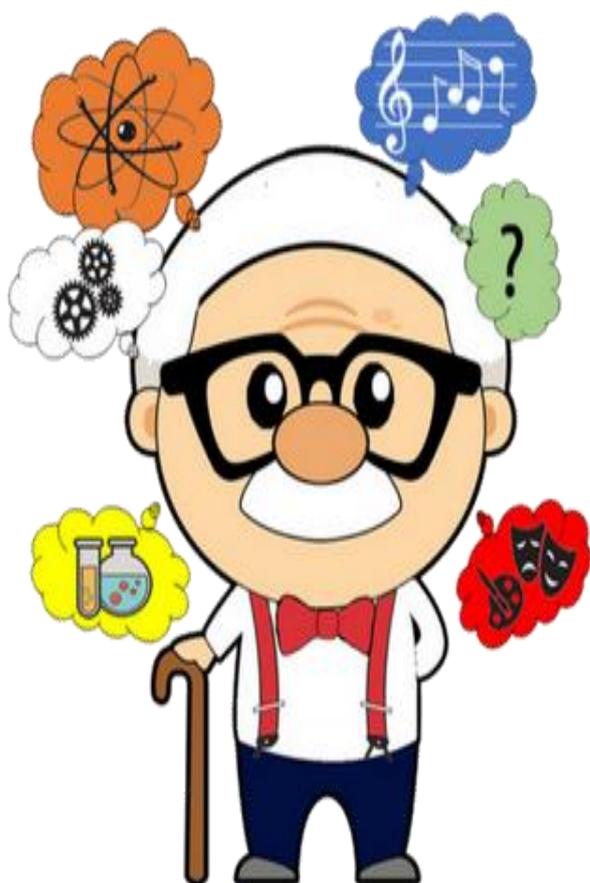
Mary Ellen Valois
Kay Francis Vieira



APRESENTAÇÃO

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) vem alertando, por meio de indicadores sociais e demográficos, divulgados anualmente, que a estrutura etária do país está mudando e que o grupo de idosos é, hoje, um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira. Disso decorre uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social. Estudos apontam uma queda da natalidade e um aumento crescente de idosos (IBGE, 2010).

Estudo realizado por Moraes et al. (2010), demonstraram que a saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. A perda dessas funções pode resultar nas grandes síndromes neurodegenerativas. O déficit cognitivo pode ser definido como uma síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente.



Nesse contexto, foi identificada a necessidade de se estudar mais sobre o tema, então, foi realizado um estudo envolvendo idosos de 60 a 85 anos, o qual indicou alto índice de déficit cognitivo, sendo, portanto, constatada a importância da confecção de um guia preventivo sobre as funções cognitivas, pois, por meio da informação, podem-se construir mudanças de comportamento, aquisição de novos hábitos, melhora na qualidade de vida

biopsicossocial e cognitiva, para que aja um envelhecimento ativo e saudável.

DÉFICIT COGNITIVO: UM GUIA PREVENTIVO PARA IDOSOS tem por objetivo oferecer informações, dicas e recomendações sobre saúde, serviços, benefícios a pessoas idosas, bem como familiares, profissionais da saúde. É a junção de várias orientações a serem utilizadas no dia a dia.

SUMÁRIO

1 O SER IDOSO.....	04
2 O DÉFICIT COGNITIVO.....	05
3 DEZ PASSOS/DICAS PARA PREVENIR O DÉFICIT COGNITIVO.....	07
4 EXERCÍCIOS PARA PREVENÇÃO E QUALIDADE COGNITIVA NO IDOSO.....	11
4.1 Exercício para Memória.....	11
4.2 Exercício para Atenção e Raciocínio	13
4.3 Exercício para Linguagem.....	14
5 SERVIÇOS DE SAÚDE E DE REABILITAÇÃO COGNITIVA DISPONÍVEIS	15
6 QUAIS PROFISSIONAIS DEVEM-SE PROCURAR.....	17
7 A FAMÍLIA E O DÉFICIT COGNITIVO.....	19
8 ALIMENTAÇÃO PARA COMBATER O DÉFICIT COGNITIVO.....	25
9 REFERÊNCIAS.....	32

1 O SER IDOSO

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o ser idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos primeiros, são consideradas idosas as pessoas com 65 anos, enquanto, nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosos aqueles com 60 anos. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População (MEIRELLES et al., 2007).

Os fenômenos do envelhecimento, da velhice e a determinação de quem seja idoso, muitas vezes, são considerados com referência às restritas modificações que ocorrem no corpo, na dimensão física. Mas, é desejável que se perceba que, ao longo dos anos, são processadas mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir dos seres humanos, que passam por essa etapa do processo de viver (MARTINS, 2002).

Contudo, é importante fazer cumprir o direito fundamental de ser membro e de viver na sociedade. Apesar dos obstáculos que a vida traz, como falta de condições econômicas, educacionais, social, familiar, de trabalho ou saúde, deve-se ter orgulho de completar 60 ou 65 anos. A dádiva da experiência de vida é exclusivamente sua.

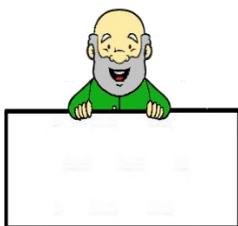
2 O DÉFICIT COGNITIVO

O envelhecimento normal é marcado pela presença de déficit cognitivo, que deve ser cuidadosamente avaliado no sentido de se perceber a sua gravidade e impedir a sua evolução para quadros mais graves. O envelhecimento é a fase em que o organismo entra em processo de declínio, e o cérebro pode funcionar mais devagar. A perda de memória, a falta de atenção e as dificuldades relacionadas ao raciocínio lógico podem ser sintomas de um déficit cognitivo. O principal sintoma é a perda de memória, mas também podem ser observados déficits na linguagem e na orientação espacial.

A cognição é a junção de várias funções, é a forma como o cérebro processa sobre todas as informações captadas por meio das funções mentais. O Déficit Cognitivo, por sua vez, são alterações na maneira como o indivíduo absorve, transmite, processa, aprende, relembra, pensa sobre as informações transmitidas por intermédio das funções executivas básicas, como percepção, memória, atenção, raciocínio, linguagem, inteligência. Assim, o déficit cognitivo é uma variável importante a ser investigada e prevenida, já que se encontra associada, também, a uma série de prejuízos como tonturas, instabilidade, depressão, entre outros (ARGIMON, 2012).

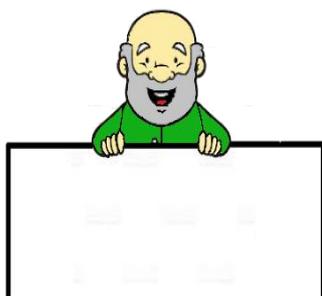
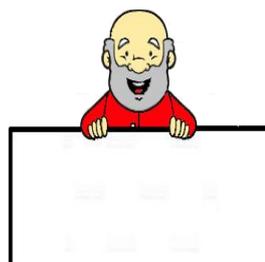
Alterações características, a exemplo de perda de memória, atenção, compreensão, do envelhecimento levam aos déficits cognitivos comumente observados como naturais no envelhecimento: esquecimento de fatos recentes, dificuldades de cálculo, alterações de atenção. Muitas vezes, a perda só pode ser observada, se o paciente requerer mais de sua memória que o comum; pessoas com uma rotina estabelecida, sem necessidade de muita atividade intelectual, só perceberão, quando a perda for mais pronunciada, o que pode atrasar o diagnóstico de algo mais grave. Diversas causas podem levar à perda cognitiva: acidente vascular encefálico, trauma craniano, encefalopatia metabólica, infecção, estado confusional agudo (perda momentânea), demências, alcoolismo, hipotireoidismo, câncer e até mesmo utilização de medicamentos, como ansiolíticos, antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, hipnóticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos com ação anticolinérgica, anticonvulsivantes (BERTOLUCCI; MINETT, 2007). Assim, as pessoas com déficit cognitivo apresentam dificuldades de se concentrar, compreender, perceber, captar, analisar, memorizar, aprender e raciocinar. Dessa forma, o indivíduo necessita de estimulações verbais e não verbais sistematizadas e periódicas, para conseguir desenvolver e não progredir negativamente o déficit cognitivo.

3 DEZ PASSOS/DICAS PARA PREVENIR O DÉFICIT COGNITIVO



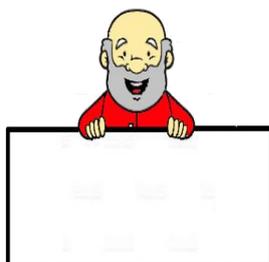
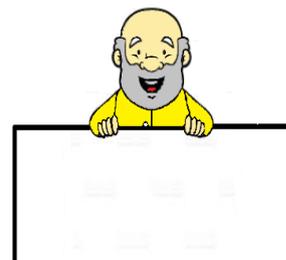
1. EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA ATIVAR OS NEURÔNIOS: os esportes favorecem atividade cortical *estresse*, é uma forma de ativar os neurônios e prevenir déficit cognitivo.

2. GENEROSIDADE E ALEGRIA: um bom humor pode afastar sinais de senilidade, é um benefício propiciado pelo cultivo de posturas generosas consigo mesmo e com os outros, bem como alegria e gratidão.



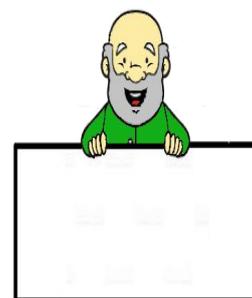
3. TER UM SONO ADEQUADO: ter um sono adequado é importante, pois, durante o sono, o cérebro organiza o aprendizado.

4. NÃO FUMAR: O ato de fumar acarreta danos cardiovasculares, que podem causar doenças cerebrovasculares, causando obstrução nas artérias e ocasionando perda das funções cognitivas.



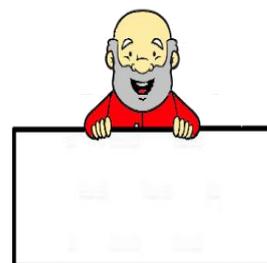
5. TER VIDA SOCIAL: A interação social ajuda a manter as funções cerebrais, pois costuma proporcionar certos desafios mentais, como lembrar-se de datas importantes ou detalhes de sua vida, também ajuda a prevenir o estresse e a depressão.

6. INSTRUMENTOS MUSICAIS: O estímulo de uma variedade de aptidões mentais provavelmente se dá por causa da exigência de movimentos delicados e precisos dos dedos, do treino da coordenação motora fina, do desenvolvimento da atenção necessária para a altura do som e para o ritmo, além de exigência de sensibilidade emocional.

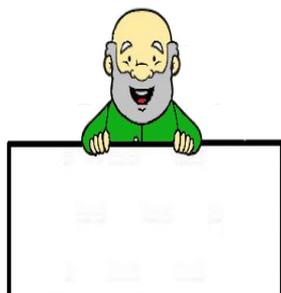


7. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: comer alimentos ricos em antioxidantes ajuda a controlar a oxidação das células, inclusive as do cérebro, protegendo a memória, a atenção, o raciocínio, a compreensão, a linguagem.

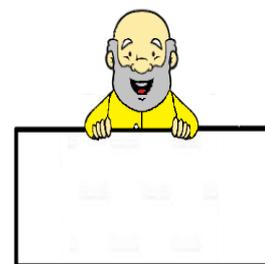
8. O CONTROLE DO ESTRESSE: O estresse pode causar problemas de memória, atenção, percepção e compreensão, ou seja, déficit das funções executivas, por isso é importante controlar o cortisol, o hormônio do estresse, que provoca danos ao cérebro, se não for tratado.



9. VIDA SOCIAL ATIVA: com o passar dos anos e com a chegada da idade, muitas pessoas acabam reduzindo a sua vida e tornando-se cada vez mais solitárias. Esse comportamento pode favorecer o surgimento do déficit. Priorize a qualidade das relações sociais em vez de quantidade. Pratique o voluntariado, torne-se membro de algum clube ou grupo social.



10. TÉCNICAS MNEMÔNICAS: é um auxiliar de memória; são, tipicamente, verbais e utilizadas para memorizar listas ou fórmulas, baseando-se em formas simples de memorizar maiores construções, fundamentadas no princípio de que a mente humana tem mais facilidade de memorizar dados, quando estes são associados a informações pessoal, espacial ou de caráter relativamente importante, do que dados organizados de forma não sugestiva (para o indivíduo) ou sem significado aparente.



4 EXERCÍCIOS PARA PREVENÇÃO E QUALIDADE COGNITIVA NO IDOSO

4.1 Exercício para Memória



- Memorizar rotineiramente séries com dígitos, poemas inteiros ou lista com centenas de palavras sem relação entre elas, vincular palavras a gestos por apenas cinco minutos, depois relembrar o que foi realizado evocando e gesticulando;

- Colocar as chaves do carro no mesmo lugar, fazer anotações em papel, para "desocupar" a mente, ou simplesmente decidir prestar atenção pode fazer uma grande diferença para a quantidade de informações que o cérebro retém;



- Para memorizar nomes das pessoas é possível realizar algumas associações mentais, como, ao ser apresentado a alguém, inventar uma pequena narrativa envolvendo o nome que acabou de ouvir, ou associar o nome a um personagem de filme, palavra, objetivo ou romance, criando um contexto para aquela informação;

- Incentivar o idoso quanto à retenção e à cognição, atuando na prevenção da perda de memória de longo prazo e na retenção de informações já adquiridas ao longo da vida, por meio da evocação



de fatos, situações, lugares, labutas e pessoas significativas que fizeram parte de seu passado;



- Realizar atividades que instiguem o uso da linguagem oral, incentivo na resolução de problemas, estimulação nas atividades intelectuais, tais como: leituras, jogos de memória, palavras cruzadas, jogos de xadrez, entre outros;

- Associar fatos ocorridos no seu cotidiano a imagens e pedir ao idoso que guarde as imagens na memória. Posteriormente, solicitar a verbalização dessas imagens com o máximo de detalhes possível,



como: o que comeu no almoço, o que leu no jornal do dia, visitantes que estiveram em seu domicílio, objetos adquiridos, entre outros.

4.2 Exercício para Atenção e Raciocínio



- Trabalhar a atenção em ações que envolvem atividades simples, como: o uso de dinheiro, em que o cuidador ou familiar, por meio de perguntas simples, estará instigando o raciocínio do assistido em relação a valores, números e quantidade;

- Realizar atividades como jogos de dominó, baralho e dama, que reforcem a atenção por meio de cores, números e



sequências lógicas;

- Solicitar a resposta de perguntas simples, como: qual o número do telefone de um familiar, a cor da roupa que está usando;

- Ativar atividades normais, como o caminhar durante as refeições e comprar com o objetivo de manter e estimular a capacidade de cálculo/atenção.



4.3 Exercício para Linguagem



- Estimular atividades como: musicoterapias, narração de histórias familiares envolvendo o seu cotidiano, entre outras;

- Incentivar o uso de palavras novas, trabalhar brincadeiras do tipo trava língua, usar frases curtas e palavras simples, evitar perguntas abertas e repetir instruções, dando apenas um passo de cada vez, usando as mesmas palavras;



- Executar bastante o diálogo, pois a verbalização ajuda o indivíduo a sentir-se integrado ao contexto familiar e à vida;

- Dar tempo para falar, não interromper para ajudar, respeitar o ritmo;

- Falar sobre as semelhanças e as diferenças entre os objetos, posteriormente pedir ao idoso que evoque tudo o que foi dito;



- Contar histórias usando livros e figuras, em seguida, pedir ao idoso que recontе toda a história narrada;

- Usar os jornais e revistas como leitura, estimulando orientação temporal e espacial.

14 SERVIÇOS DE SAÚDE E DE REABILITAÇÃO COGNITIVA DISPONÍVEIS

O tratamento e a assistência adequados podem proporcionar maior sobrevida e uma melhor qualidade de vida às pessoas com déficit cognitivo, por meio do qual é possível aliviar sintomas, além de estabilizar ou retardar a progressão da doença. Assim, o idoso poderá ter autonomia e independência funcional pelo maior tempo possível. O Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza gratuitamente o tratamento, por intermédio de programas públicos instalados nos municípios, bem como existem profissionais da saúde

que podem dar essa assistência ou organizações não governamentais que também oferecem esse serviço.

O apoio de uma equipe interdisciplinar contribui para o manejo de sintomas e melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares, por isso a importância da assistência de vários profissionais da saúde inseridos no tratamento e reabilitação de pessoas idosas com déficit cognitivo.

Na cidade de João Pessoa- PB, há algumas clínicas no âmbito público e privado as quais oferecem serviços especializados no tratamento e na reabilitação de idosos portadores de déficit cognitivo, como:

- SINCOV - PB CENTRO PARAIBANO DE NEUROCIÊNCIAS COGNITIVAS.

- SUPERA - GINÁSTICA PARA O CÉREBRO.

R. Wandick Pinto Filgueiros, 108, Tambauzinho, fone (83) 4141-3747/99849-3132, João Pessoa - PB

- Centro de atividades para idosos

Bairro: Jaguaribe, fone: (83) 38832-9479, João Pessoa_PB

- NEUROESTIMULAR - ESPAÇO DE APRENDIZAGEM E REABILITAÇÃO.

- CLUBE DA PESSOA IDOSA.

R. Plácido de Azevedo Ribeiro - Lot. Panorâmica I e II, João Pessoa - PB, 58033-455, Fone: (83) 3214-8188.

7 QUAIS PROFISSIONAIS DEVEM-SE PROCURAR?

Quanto antes for feito o diagnóstico de um déficit cognitivo, melhor para o idoso ou o indivíduo que esteja passando por essa problemática. Deve-se começar o tratamento o mais cedo possível, de preferência bem no início, porque a pessoa vive melhor e por mais tempo, reduzindo o avanço da doença.



O próximo passo é procurar o médico e especialistas no assunto. Há três especialistas que se podem consultar:



Geriatra

Neurologista

Psiquiatra

Um médico com experiência saberá diferenciar se os sintomas relatados são sinais da doença de Alzheimer ou ocorrências normais do envelhecimento ou proveniente de outras alterações do momento como prejuízos/problemáticas psicossociais. Além disso, haverá a solicitação de exames, para descartar outras possíveis doenças, já que o diagnóstico do Déficit Cognitivo é feito também por exclusão: é preciso checar se os problemas relatados não são causados por algum AVC ou por efeitos colaterais de remédios, por exemplo.

Além disso, esses especialistas solicitarão uma avaliação com outro especialista (psicólogo), para realizar um exame neuropsicológico, por meio de testes psicológicos que rastreiam as funções cognitivas (percepção, compreensão, atenção, inteligência, raciocínio, linguagem) preservadas ou prejudicadas, constatando-se, assim, um possível quadro de demência. O médico também usará todos os dados informados pelos familiares e o histórico médico do idoso, para, então, fazer o diagnóstico.

A família tem um papel fundamental para a boa ou má evolução do paciente com Déficit Cognitivo, por isso, para uma melhor e maior qualidade de vida ao idoso, é importante a família ter a noção da problemática bem como se preparar para o tratamento e para as mudanças trazidas pela doença, discutir as possibilidades de participação de cada um na divisão de tarefas, não excluir o idoso das reuniões festivas como Natal, aniversários etc... Todos devem estar envolvidos, tratando-o sempre com carinho, respeito e compreendendo o problema com clareza. O cuidado com a pessoa com esse problema vai variar de acordo com a fase da doença. A presença e o amor da família e dos cuidadores são medidas eficientes que, associadas ao tratamento farmacológico, podem controlar muitas alterações apresentadas pelo idoso no curso do déficit cognitivo.



A família é uma das peças principais no tratamento do idoso com Déficit Cognitivo, deve sempre ouvir e encorajar o idoso, mas, à medida que o tempo passar, ir apontando gradualmente as falhas, porque uma negação permanente vai impedir que cuidados necessários sejam tomados.

Nos estágios mais leves e iniciais, os cuidadores e familiares podem e devem tentar manter o máximo de independência possível dos indivíduos com déficit cognitivo, respeitando, é claro, o que poderão realizar de atividades de vida diária. Portanto, seguem algumas dicas importantes no dia a dia:



Criar uma rotina - Mudanças no ambiente e nas suas atividades diárias podem desencadear confusão mental. Portanto, é importante estabelecer rotinas, de modo que as

tarefas como higiene pessoal e alimentação sejam realizadas sempre no mesmo horário. As tarefas devem ser simplificadas, por exemplo: na hora de se vestir, reduzir as opções de roupa no armário, evitar roupas com zíper, fivelas ou botões e deixar as peças de roupa separadas sempre na mesma ordem. Planejar o dia e os horários de alimentar-se, tomar remédios, banhar-se, vestir-se, passear na rua ou no jardim.

Muita calma nessa hora - Ter calma é uma das regras básicas para os cuidadores e famílias de idosos com demências. Tenha calma e deixe que o idoso faça o MÁXIMO de coisas que possa fazer, mesmo que com a supervisão da família.



Limitar as escolhas possíveis - Quanto menores as opções, mais fáceis as escolhas e o trabalho mental dos idosos, e menor a possibilidade de se criar irritação e confusão mental ou agitação.



Orientar instruções simples - Ao orientar como fazer uma tarefa, não instruir tudo de uma vez. Um passo a passo facilitará o trabalho como cuidador ou familiar e o entendimento do idoso.



Reduzir distrações durante uma tarefa - Ao alimentar o idoso, se possível, desligar a TV; ao vestir, por exemplo, evitar conversar sobre outro assunto, tentar fazer uma tarefa de cada vez, sem acumular outras distrações durante a ação.



Ser flexível, quando precisar mudar algo - Ajustar o cardápio sempre que houver uma recusa de algum tipo de alimento, tentar comprar roupas semelhantes àquelas que o idoso está recusando, não tentar convencer do contrário.



Prevenir quedas - Evitar ter tapetes pela casa, muitos móveis atrapalhando o caminho, espaços pequenos e apertados, caminhos muito sinuosos. Se puder, devem-se instalar barras



para ajudar o idoso a se equilibrar e evitar quedas.

Estimular a independência: Faça COM ele e não POR ele - O

envelhecimento traz limitações, porém deve-se sempre estimular a autonomia do idoso. Estimular a fazer sozinho as atividades que estejam dentro da sua rotina, como se vestir, por exemplo. Inicialmente, deixe-o tentar fazer por conta própria. Se você perceber que ele não fez a tarefa completa, passe a supervisioná-lo e orientá-lo. Se o paciente não conseguir após as suas orientações, auxilie-o na tarefa. E, ao final, se ele se mostrar incapaz de realizá-la, você pode fazer por ele. A mobilidade também tem um papel importante para a saúde do idoso, pois reduz o risco de infecções e trombose venosa, além de diminuir a sobrecarga do cuidador, então, procure estimulá-lo a andar e a se movimentar sempre que possível.



Ser curto e simples - Quando se comunicar com um idoso, faça-o com frases curtas e simples, ou seja, de muito fácil compreensão. Utilizar um vocabulário direto, evitando expressões e eufemismos que podem apenas confundir o idoso. Para além disso, fazer apenas uma pergunta ou solicitação de cada vez.

Repetições, repetições, repetições - A comunicação

com um idoso com perda de memória vai certamente ser de frases e perguntas repetidas. Embora possa ser frustrante para quem está a ouvir, em vez de dizer "ainda agora acabei de te dizer", deve-se ter paciência, voltar a repetir a resposta ou a pergunta, de preferência igual ou muito parecido com a resposta anterior, para evitar confundir o idoso.



Como estabelecer a comunicação - A perda de memória pode afetar a comunicação verbal de um idoso, que pode ter

dificuldade em expressar os seus pensamentos ou formular frases completas e coerentes. Se a fala representa um obstáculo na comunicação com um idoso com déficit cognitivo, deve-se estabelecer a comunicação desta forma: estando atento à linguagem corporal e às expressões faciais, tanto do idoso como as suas; evitar movimentos bruscos e revirar os olhos; apontar para algum objeto pode facilitar a comunicação, por isso pedir ao idoso para fazer o mesmo, quando estiver com dificuldades em transmitir alguma ideia.

É muito comum que, com o passar do tempo, a família enfrente importantes conflitos entre seus membros, podendo chegar a rupturas em sua estrutura, devido aos excessos de cuidados com o indivíduo com Déficit Cognitivo. Nesse caso, é importante que todos os membros da família sejam envolvidos com os cuidados. A divisão de tarefas é uma alternativa possível e bastante funcional, porém é importante toda a família se dispor a essa estratégia.

8 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Déficit Cognitivo não é uma doença, mas um termo geral que descreve a perda da função cerebral. Existem muitos tipos de demência, como a doença de Alzheimer, que é a forma mais comum. A **demência** é progressiva e inicia-se, quando as células do cérebro são danificadas. O cérebro é o órgão mais exigente do corpo e tem algumas necessidades dietéticas específicas. Não é de estranhar, portanto, que mantê-lo adequadamente alimentado favoreça mecanismos cognitivos e mnemônicos. Uma vez que as células não podem se comunicar umas com as outras, o corpo não pode funcionar corretamente. A nutrição adequada é importante para manter o corpo forte e saudável, assim como fornecer nutrientes essenciais para nosso cérebro funcionar bem. Assim, seguem alguns alimentos essenciais para prevenção de Déficit Cognitivo:

1. CÚRCUMA: A curcumina, presente na cúrcuma, é uma substância eficaz que remove placas de proteína no cérebro. As placas no cérebro contribuem para a degradação de células cerebrais e levam ao Déficit Cognitivo.



2. AZEITE DE OLIVA EXTRA VIRGEM: Ele contém uma substância chamada oleocanthal que ajuda a aumentar a produção de proteínas chaves e enzimas que ajudam a quebrar as placas beta-amiloide associadas com o Déficit Cognitivo.

3 FRUTAS VERMELHAS: Estas frutas contêm antocianina que protege o cérebro dos danos causados pelos radicais livres. Eles também têm propriedades anti-inflamatórias e antioxidantes e contêm grande quantidade de vitaminas C e E.



4 ESPINAFRE: O espinafre é rico em um antioxidante chamado luteína, que contribui para proteger contra o declínio cognitivo. Comer alimentos ricos em vitamina B6 e folato (ambos encontrados no espinafre) pode ajudar a melhorar a sua memória de curto prazo e a capacidade mental.

5 BRÓCOLI: O brócoli contém dois nutrientes que podem ajudar a melhorar a função cerebral. A vitamina K ajuda a reforçar as capacidades cognitivas, e a colina contribui para melhorar a memória. Ele também



inclui uma porção considerável de ácido fólico, que pode ajudar a evitar o déficit cognitivo.



o cérebro.

6 NOZES: As nozes são repletas de anti-inflamatórios naturais e são uma fonte boa de ácido alfa-linolênico (ALA). Essa substância promove o fluxo de sangue, que, por sua vez, permite a entrega eficiente de oxigênio para

7 PEIXES: Consumir uma média de três porções de peixes oleosos, tais como o salmão, sardinha e arenque, por semana, pode ajudar a reduzir em quase 50% o risco de déficit cognitivo. Isso ocorre, porque eles são ricos em ácidos graxos ômega 3, que ajuda o cérebro a ficar em forma.



8 VEGETAIS DE FOLHAS VERDES: Os vegetais, especialmente os de folhas verdes, como espinafre, couve e vegetais crucíferos, como brócolis e couve-flor, têm sido fortemente associados a níveis mais baixos de declínio cognitivo em idades avançadas, de acordo com um estudo na revista *Annals of Neurology*.

9 ÓLEO DE COCO EXTRA VIRGEM PRENSADO A

FRIO: É um óleo saudável para o coração, que é livre de colesterol e gorduras trans e aumenta as cetonas. O óleo de coco tem sido mostrado para melhorar o uso da insulina pelo corpo, aumentar o HDL (colesterol bom), melhorar a função da tireoide e agir como um antioxidante e antibiótico natural.



A fisetina é uma substância que se encontra no morango, pêsego, uva, kiwi, tomate, maçã e também na cebola e espinafre. Sua função é estimular a formação de novas conexões entre os neurônios (ramificações) e fortalecê-las. Os alimentos deste grupo contêm substâncias que facilitam a comunicação entre os neurônios, aumentando também a capacidade de pensar, concentrar-se, aprender e memorizar. Abaixo, seguem alguns nutrientes e minerais importantes para o cérebro:

Zinco, Selênio, Ferro e Fósforo: Sais minerais que participam de inúmeras trocas elétricas e mantêm o cérebro acordado e ativo (elétrico). Presente em todas as sementes e grãos, em raízes e nas folhas verde-escuras, iogurtes.

Vitamina E: Poderosa ação antioxidante. Presente em todas as sementes e grãos, como também em óleos vegetais prensados a frio.

Vitamina C: Famosa ação antioxidante. Presente nas sementes frescas e cruas que foram pré-geminadas, assim como na maioria das frutas.

Vitaminas do complexo B: Regulam a transmissão de informações (as sinapses) entre os neurônios, presente nas sementes e nas fibras dos alimentos integrais e proteínas.

Bioflavonoides: São polifenóis com forte ação antioxidante. Além das sementes, são encontrados também no limão, nas frutas cítricas, na uva e nas folhas verde-escuras.

Colina: Participa da construção da membrana de novas células cerebrais e na reparação daquelas já lesadas. Presente na gema do ovo e em todas as sementes e grãos (predominância na soja), como também em óleos vegetais prensados a frio.

Acetil-colina: Um neurotransmissor fundamental para as funções de memorização no hipocampo. Presente na gema do ovo e em todas as sementes e grãos (predominância na soja), como também em óleos vegetais prensados a frio.

Fitosteróis: Estimulante poderoso do sistema de defesa do organismo, reduzindo proliferação de células tumorais, infecções e inflamações. Presente em todas as sementes e grãos, como também em óleos vegetais prensados a frio.

Fosfolipídeos (entre eles a Lecitina): Funcionam como um detergente, desengordurando todos os caminhos por onde passa. Além disso, participam na recuperação das estruturas do sistema nervoso e da memória. Presente em todas as sementes e grãos (predominância na soja), como também em óleos vegetais prensados a frio.

Ômega-3: Funciona como um anti-inflamatório poderoso, evitando a morte dos neurônios. Existem somente três fontes: os peixes de águas frias e profundas e as sementes de linhaça e prímula.

Carboidratos: A glicose é a energia exclusiva do cérebro. Por isso, ficar muito tempo sem comer carboidratos diminui a atividade mental. Carboidratos complexos (pão, batata, grãos) são absorvidos mais lentamente, fornecendo energia de forma regular. Já o açúcar dos doces é absorvido tão rapidamente, que é armazenado como gordura, sem fornecer energia de modo constante.

Triptofano: Aminoácido que atua no sono e na performance cerebral. Pode ser encontrado no leite, no queijo branco, nas carnes magras e nas nozes.

Cafeína: É um potente estimulante do sistema nervoso central. Tem efeitos positivos, como aumento da disposição física e diminuição do sono. Em excesso, causa danos à memória. Café e chá verde.



REFERÊNCIAS

- ARGIMON, I.I.L. *et al* - Gênero e escolaridade: estudo através do mini-exame do estado mental (MEEM) em idosos, 2012. Disponível: <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115028213012.pdf> . Acesso em 22 dezembro 2017.
- BERTOLUCCI, P.H.F.; MINETT, T. S. C.; **Perda de memória e demência**. In: do PRADO, F.C.; RAMOS, J.; VALLE, J.R. Atualização terapêutica 2007. 23ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
- CORREIA, A.; FILIPE, J.; SANTOS, A.; GRAÇA, P. Nutrição e Doença de Alzheimer. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, 2015.
- CARVALHO, F. C. R. Treino de memória episódica com idosos normais. [Dissertação]; Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.
- HOLDERBAUM, C.S.; RINALDI, J.; BRANDÃO, L.; PARENTE, M.A.M.P. A intervenção cognitiva para pacientes portadores de demência do tipo Alzheimer. In: PARENTE, M.A.M.P. e colaboradores. Cognição e Envelhecimento. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap.16.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010.
- MEIRELES VC; MATSUDA LM; COIMBRA JAH; MATHIAS TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde e sociedade. 2007.
- LASCA, V. B.; Treinamento de memória no envelhecimento normal: um programa aplicado a idosos.[Tese] Universidade Estadual de Campinas; São Paulo, 2003.

SOHLBERG, M. M., & MATEER, C. A. *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford. 2001.

YASSUDA M.S.; BATISTONI S. S.T.; FORTES, A.G.; NERI, A.L. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicol. Refl. Crít.* 2006.

WILSON, B. A. (2009). *Memory rehabilitation: integrating theory and practice*. New York: Guilford.

WILSON, B. A. *Reabilitação da memória: integrando teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Revisão de Texto

Mary Ellen Valois

Kay Francis Vieira

Projeto Gráfico | Fotos da Capa

Gemerson Valois

Lisiane Dias

Maria Leticia Alves

Valois, Mary Ellen; Vieira, Kay Francis

Déficit Cognitivo: Um guia preventivo para idosos. João Pessoa, 2018.

23x16cm; 34p.