







PRÁTICAS PREVENTIVAS DE DECLÍNIO COGNITIVO REALIZADAS POR IDOSOS E FATORES ASSOCIADOS

COGNITIVE DECLINE PREVENTIVE PRACTICES AND ASSOCIATED FACTORS CARRIED OUT BY ELDERLY PEOPLE

PRÁCTICAS PREVENTIVAS DE DETERIORO COGNITIVO REALIZADAS POR ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS

 Priscila Aguiar Mendes¹
 Annelita Almeida Oliveira Reiners¹
 Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo¹
 Ana Carolina Macri Gaspar¹
 Neuber José Segri²
 Samira Reschetti Marcon¹

¹ Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Cuiabá, MT – Brasil.

² UFMT, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Saúde Coletiva, Estatística. Cuiabá, MT – Brasil.

Autor Correspondente: Priscila Aguiar Mendes
E-mail: prih.mendes@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise estatística: Priscila A. Mendes, Neuber J. Segri;
Aquisição de Financiamento: Priscila A. Mendes;
Coleta de Dados: Priscila A. Mendes, Ana C. M. Gaspar;
Conceitualização: Priscila A. Mendes, Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo, Ana C. M. Gaspar, Samira R. Marcon; **Gerenciamento de Recursos:** Priscila A. Mendes; **Gerenciamento do Projeto:** Priscila A. Mendes, Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo;
Investigação: Priscila A. Mendes, Ana C. M. Gaspar;
Metodologia: Priscila A. Mendes, Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo, Ana C. M. Gaspar, Neuber J. Segri; **Redação - Preparação do Original:** Priscila A. Mendes, Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo, Neuber J. Segri, Samira R. Marcon; **Redação - Revisão e Edição:** Priscila A. Mendes, Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo, Neuber J. Segri, Samira R. Marcon; **Supervisão:** Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo; **Visualização:** Priscila A. Mendes, Annelita A. O. Reiners, Rosemeiry C. S. Azevedo, Ana C. M. Gaspar, Neuber J. Segri, Samira R. Marcon.

Fomento: Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Submetido em: 31/03/2019

Approved em: 16/10/2019

Como citar este artigo:

Mendes PA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Gaspar ACM, Segri NJ, Marcon SR. Práticas preventivas de declínio cognitivo realizadas por idosos e fatores associados. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____];23:e-1266. Disponível em: _____ DOI: 10.5935/1415-2762.20190114

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência de práticas preventivas de declínio cognitivo (DC) entre idosos e os fatores sociodemográficos e de saúde associados. **Metodologia:** estudo transversal, analítico, desenvolvido com 557 idosos atendidos nas unidades de saúde da família do município de Tangará da Serra-MT. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, com utilização de instrumento contendo características sociodemográficas, condições de saúde e práticas preventivas de DC realizadas por idosos e aplicação da escala de depressão geriátrica abreviada e do índice de Barthel. Foi realizada análise bivariada entre as variáveis independentes e práticas preventivas de DC para verificação de associação ($p < 0,05$) por meio do teste χ^2 de Pearson. As variáveis que apresentaram associação com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para a entrada no modelo de regressão múltipla de Poisson pelo método *stepwise forward*. **Resultados:** a prevalência de práticas preventivas de DC foi de 55,1%. Foi encontrada associação entre práticas preventivas de DC e as variáveis escolaridade ($p < 0,001$), situação ocupacional ($p < 0,001$), capacidade funcional ($p = 0,017$), sexo ($p < 0,001$) e autoavaliação de saúde ($p = 0,028$). **Conclusão:** a realização de práticas preventivas de DC se deu na maioria dos participantes e não foi previamente documentada em outros estudos. Idosos do sexo feminino, funcionalmente independentes, com alto nível de escolaridade, que estão trabalhando e autoavaliaram sua saúde como regular realizaram mais práticas preventivas de DC. Esses resultados são importantes, uma vez que mostram quais são as características dessa população que devem ser levadas em consideração no planejamento de ações para a promoção da saúde cognitiva.

Palavras-chave: Cognição; Idoso; Prevenção de Doenças; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the prevalence of cognitive decline (CD) preventive practices among the elderly population and the associated socio-demographic and health factors. **Methodology:** a cross-sectional, analytical study, conducted with 557 older people assisted at family health units in the city of Tangará da Serra-MT. Data were obtained through interviews, using an instrument containing socio-demographic characteristics, health conditions and CD preventive practices performed by the older people and applying the abbreviated geriatric depression scale and the Barthel index. Bivariate analysis was performed between the independent variables and CD preventive practices to verify association ($p < 0.05$) using Pearson's χ^2 test. Variables with an association with $p < 0.20$ were selected for entry into the Poisson multiple regression model by the stepwise forward method. **Results:** the prevalence of CD preventive practices was 55.1%. An association was found between CD preventive practices and the variables education ($p < 0.001$), occupational status ($p < 0.001$), functional capacity ($p = 0.017$), gender ($p < 0.001$) and self-rated health ($p = 0.028$). **Conclusion:** preventive practices of CD were performed in most participants and were not previously documented in other studies. Female, functionally independent, highly educated elderly women who are working and self-rated their health as regular performed more CD

preventive practices. These results are important since they show the characteristics of this population that should be taken into consideration when planning actions to promote cognitive health.

Keywords: Cognition; Aged; Disease Prevention; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la prevalencia de prácticas preventivas del deterioro cognitivo (DC) entre ancianos y los factores sociodemográficos y de salud asociados. **Metodología:** estudio analítico transversal realizado con 557 personas mayores atendidas en unidades de salud familiar en la ciudad de Tangará da Serra-MT. Los datos se obtuvieron a través de entrevistas, con un instrumento que contenía características sociodemográficas, condiciones de salud y prácticas preventivas de DC realizadas por ancianos y aplicando la escala abreviada de depresión geriátrica y el índice de Barthel. Se realizó el análisis bivariado entre las variables independientes y las prácticas preventivas de DC para verificar la asociación ($p < 0,05$) utilizando la prueba χ^2 de Pearson. Las variables con asociación $p < 0,20$ se seleccionaron para ingresar en el modelo de regresión múltiple de Poisson mediante el método *stepwise forward*. **Resultados:** la prevalencia de prácticas preventivas de DC fue del 55,1%. Se encontró asociación entre las prácticas preventivas de DC y las variables educación ($p < 0,001$), estado ocupacional ($p < 0,001$), capacidad funcional ($p = 0,017$), género ($p < 0,001$) y autoevaluación de la salud ($p = 0,028$). **Conclusión:** la mayoría de los participantes realizó prácticas preventivas de DC y no se documentaron previamente en otros estudios. Las mujeres mayores funcionalmente independientes, altamente educadas, que trabajan y autocalificaron su salud como regular realizaban más prácticas preventivas de DC. Estos resultados son importantes ya que muestran cuáles son las características que deben tenerse en cuenta al planificar acciones para promover la salud cognitiva de esta población.

Palabras clave: Cognición; Anciano; Prevención de Enfermedades; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de declínio cognitivo (DC) é significativa na população que envelhece. Prevalências de comprometimento cognitivo leve (CCL), a forma mais branda de DC, é maior nas idades mais avançadas, sendo 6,7% nas idades de 60 a 64 anos, 8,4% em 65 a 69 anos, 10,1% em 70 a 74, 14,8% em 75 a 79 e 25,2% em 80 a 84 anos.¹ Cerca de 8 a 15% dos casos de CCL progredem para demências,² comprometendo a capacidade de a pessoa realizar as atividades de vida diária (AVD), gerando uma das síndromes que mais têm afetado a população idosa, a incapacidade cognitiva (IC).³

Em 2010, 35,6 milhões de pessoas no mundo tinham demência e estima-se que a cada 20 anos essa quantidade será duplicada. Na América Latina, a prevalência de demência em pessoas com 60 anos ou mais é de 8,5%.⁴ No Brasil, os estudos de DC leve são poucos e de rastreio. A prevalência de CCL é de 6,1% e incidência de 13. 2/1000 pessoas / ano entre as pessoas com 60 anos ou mais⁵ e de demência é de 15,2 a 16,3%.⁶ O Alzheimer, o subtipo demencial mais frequente, apresenta prevalência proporcional de 50 a 75% de casos no mundo.⁷

Medidas que ajudam na manutenção e aperfeiçoamento da capacidade de processamento de informações do cérebro e sua reserva cognitiva, bem como práticas que protegem a deterioração das funções cognitivas,⁷ têm sido investigadas, principalmente em países desenvolvidos.^{8,9} Seus resultados têm sido recomendados por órgãos internacionais. São atividades intelectuais e manuais, como uso do computador, jogos, leitura de livros, palavras cruzadas e artesanato. Além disso, incluem práticas regulares de atividade física, interações sociais frequentes, consumo moderado de álcool – principalmente o vinho, adoção da dieta mediterrânea – e o controle dos fatores de risco cardiovasculares.⁷ No Brasil, cuja população de idosos é crescente, estudos sobre medidas preventivas de DC ainda são incipientes.¹⁰

Para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde cognitiva da população idosa, e ainda a fim de aumentar o engajamento dessa população na realização das práticas preventivas de DC, são necessárias mais pesquisas. As que têm sido desenvolvidas buscam determinar a prevalência da doença, os fatores de risco e protetivos, bem como o impacto provocado no idoso, família e sistema de saúde.

Entretanto, pouco se sabe sobre as práticas preventivas de DC que as pessoas mais velhas realizam no dia a dia e os fatores que estão associados a essas práticas. Do que se sabe, idade avançada, fragilidade e presença de doença debilitante podem limitar a realização dessas práticas, assim como o humor, motivação e o estado cognitivo dos idosos. Por outro lado, o apoio da família e locais de interação social são fatores que melhoram a adesão dos idosos a essas práticas.¹¹

O objetivo neste estudo foi analisar a prevalência da realização de práticas preventivas de declínio cognitivo entre idosos e os fatores sociodemográficos e de saúde associados.

MÉTODOS

Estudo transversal, desenvolvido no município de Tangará da Serra-MT. A população foi constituída por 5.096 idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF) e a amostra probabilística, estratificada e proporcional foi de 557 idosos, obtida por meio do cálculo de populações finitas, com erro de 4%, nível de confiança de 95%, ocorrência do evento de 50%. Os estratos foram determinados a partir da quantidade de USF existentes, e o número de participantes de cada estrato foi obtido por meio de cálculo proporcional à representatividade do estrato em relação à população total. Os idosos de cada estrato foram selecionados de forma aleatória, por meio de sorteio.

Foram incluídos na pesquisa idosos sem alterações cognitivas avaliadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e capazes de se comunicar. Foram substituídos por outros idosos mediante sorteio aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão e que, após três tentativas de busca

em horários distintos, não foram encontrados, assim como os que foram a óbito. Devido à reposição dos participantes nos casos descritos anteriormente, não houve perdas.

Os dados foram obtidos pela pesquisadora no período de fevereiro a maio de 2015 por meio de entrevista realizada no domicílio do idoso. Utilizou-se questionário contendo perguntas sobre dados sociodemográficos, de saúde e práticas preventivas de DC elaboradas a partir de inquéritos conhecimento, atitudes e práticas (CAP)¹² e recomendações contidas na literatura.⁷ Após teste-piloto, foram realizados ajustes no instrumento.

A variável dependente do estudo foram as “práticas preventivas de declínio cognitivo”, categorizada como sim/não. Considerou-se a resposta positiva quando o idoso referiu realizar atividades espontaneamente no seu dia a dia, em múltiplos domínios, de acordo com as recomendações de mais efetividade na prevenção de DC.⁷ O idoso devia realizar pelo menos uma atividade do domínio físico (atividade física; alimentação saudável – comer frutas e verduras, consumir peixes e pouca carne vermelha, azeite de oliva e/ou consumir moderadamente bebida alcoólica), mental (utilizar computador e/ou jogar videogame; leitura de livros e/ou jornais; jogar cartas, palavras cruzadas, dama ou xadrez e/ou atividades de artesanato – pintura, crochê, bordado, bisqui) e social (visitar amigos e/ou familiares, viajar, passear e/ou ter momentos de descontração).

As variáveis independentes sociodemográficas foram: sexo (masculino/feminino), faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais), estado civil (casado[a]/ com companheiro[a], viúvo[a], divorciado[a]/separado[a], solteiro[a]); anos de estudo (não estudou, um a três anos de estudo, quatro anos ou mais); arranjo familiar (cônjuge/companheiro, sozinho, família e outros); situação ocupacional (aposentado[a], não trabalha, trabalha, aposentado e trabalha); renda individual (não possui, até um salário-mínimo, de um a dois salários-mínimos, de dois a três salários-mínimos e mais de três salários-mínimos) e renda familiar (sem renda, até um salário-mínimo, de um a três salários-mínimos, de três ou mais salários-mínimos).

As variáveis independentes de condições de saúde foram: autoavaliação de saúde (ótima, boa, regular, ruim, péssima); problema de saúde referido (sim, não); número de problemas de saúde (nenhum, um problema, dois ou mais); alterações autorreferidas: visão (sim/não); audição (sim/não); uso de medicamento (sim/não); condição nutricional (baixo peso – IMC ≤ 22, eutrófico – IMC >22 e <27, sobrepeso – IMC ≥ 27); humor, medido por meio da escala de depressão geriátrica abreviada (*Geriatric Depression Scale – GDS*), classificado em normal (zero a cinco pontos), sintomas depressivos leves (seis a 10 pontos) e sintomas depressivos intensos (10 a 15 pontos).¹³ A funcionalidade foi verificada por meio da escala índice de Barthel. Foram classificados como independentes os idosos que apresentaram pontuação máxima de 100 pontos.¹⁴

Os dados obtidos foram organizados em banco, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis e utilizada análise bivariada para verificação de associação entre as variáveis independentes e práticas preventivas para DC por meio do teste do χ^2 de Pearson e a técnica de análise de regressão múltipla. Para a análise bivariada e de regressão múltipla, as variáveis sociodemográficas: faixa etária, estado civil, anos de estudo, arranjo familiar, renda individual e renda familiar; e de condições de saúde: autoavaliação de saúde e humor foram recategorizadas.

As variáveis que apresentaram associação com valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para a entrada no modelo de regressão múltipla de Poisson com variância robusta pelo método *stepwise forward*. Mantiveram-se no modelo final as variáveis com associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, sob o Protocolo 924.964/2014.

RESULTADOS

Os resultados revelam que, entre os participantes pesquisados ($n=557$), a maioria dos idosos é do sexo feminino (61,8%), da faixa etária entre 60 e 69 anos (50,8%), casada (54,2%), analfabeta (42,2%) e mora com a família e/ou com outra pessoa (59,0%). A maioria (71,2%) é aposentada, recebe até um salário-mínimo (64,6%) e possui renda familiar de um a três salários-mínimos (65,0%) (dados não apresentados em tabela).

Quanto às condições de saúde, a maior parte dos idosos (43,9%) autoavalia sua saúde como regular, 92,1% referem possuir dois ou mais problemas de saúde, 83,3% fazem uso de medicamento e a alteração da visão foi a mais frequente (87,1%). As condições nutricionais, de funcionalidade e humor depressivo mostram que os idosos estão com sobrepeso (47,0%), são independentes (75,6%) e não têm depressão (77,2%) (dados não apresentados em Tabela).

A prevalência de práticas preventivas foi de 55,1%, IC 95%. A Tabela 1 apresenta a análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e práticas preventivas de DC. Houve associação estatisticamente significativa com sexo ($p=0,012$), escolaridade ($p < 0,001$) e situação ocupacional ($p=0,001$).

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada entre as variáveis condições de saúde e práticas preventivas de DC. Entre as variáveis condições de saúde analisadas, houve associação estatisticamente significativa com práticas preventivas de DC, as variáveis autoavaliação de saúde ($p=0,023$) e capacidade funcional ($p=0,010$). A prevalência de práticas preventivas de declínio cognitivo foi de 46% (RP=1,46; IC 95%=1,06-2,00) e 27% maior (RP=1,27; IC 95%=1,04-1,56) entre os idosos que autoavaliaram sua saúde como regular quando comparados àqueles que autoavaliaram como ruim/péssima e entre os idosos independentes comparados aos dependentes, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo características sociodemográficas e prevalência de práticas preventivas de declínio cognitivo. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil, 2015

Variáveis	N	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)*	p-valor**
Sexo				
Feminino	344	59,3	1,22 (1,04-1,44)	0,012
Masculino	213	48,4	1,00	
Faixa etária				
60 – 69 anos	283	59,0	1,15 (0,99-1,34)	0,060
70 anos ou mais	274	51,1	1,00	
Estado civil				
Com companheiro	302	54,6	1,00	0,804
Sem companheiro	255	55,7	1,01(0,87-1,18)	
Escolaridade				
0 a 4 anos de estudo	485	51,8	1,00	<0,001
5 anos ou mais de estudo	072	77,8	1,50 (1,29-1,74)	
Arranjo familiar				
Sozinho	084	56,0	1,01 (0,82-1,25)	0,867
Acompanhado	473	55,0	1,00	
Situação ocupacional				
Aposentado	397	51,1	1,00	0,001
Não trabalha	095	57,9	1,13 (0,92-1,37)	
Trabalha	039	84,6	1,65 (1,40-1,95)	
Aposentado e trabalha	026	61,5	1,20 (0,87-1,65)	
Renda do idoso				
Até 1 SM	032	65,6	1,20 (0,92-1,56)	0,218
Mais de 1 SM	525	54,5	1,00	
Renda familiar				
Até 2 SM	141	56,7	1,03(0,87-1,23)	0,654
Mais de 2 SM	416	54,6	1,00	

Fonte: próprio autor. *IC – intervalo de confiança; **p-valor baseado na análise bivariada.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo condições de saúde e prevalência de práticas preventivas de declínio cognitivo. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil, 2015

Variáveis	N	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)*	p-valor**
Autoavaliação de saúde				
Ótima/boa	246	56,9	1,44 (1,05-1,98)	0,023
Regular	245	57,6	1,46 (1,06-2,00)	
Ruim/Péssima	66	39,4	1,00	
Problema de saúde referido				
Sim	550	55,3	1,28 (0,54-3,04)	0,512
Não	7	42,9	1,00	

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo condições de saúde e prevalência de práticas preventivas de declínio cognitivo. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil, 2015

Variáveis	N	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)*	p-valor**
Número de problemas de saúde				
Nenhum	7	50,0	1,00	0,655
1 problema	37	62,2	1,24 (0,53-2,87)	
2 ou mais	513	54,7	1,09 (0,48-2,44)	
Alterações autorreferidas				
Visão				
Sim	485	56,3	1,19 (0,92-1,54)	0,149
Não	72	47,2	1,00	
Audição				
Sim	125	60,8	1,13 (0,96-1,34)	0,147
Não	432	53,5	1,00	
Uso de medicamento				
Sim	464	55,4	1,03(0,83-1,26)	0,774
Não	93	53,8	1,00	
Condição nutricional				
Baixo peso	61	47,5	1,00	0,258
Eutrófico	234	58,6	1,23 (0,92-1,63)	
Sobrepeso	262	53,8	1,13 (0,84-1,50)	
Capacidade funcional				
Independente	421	58,2	1,27 (1,04-1,56)	0,010
Dependente	136	45,6	1,00	
Humor				
Sem sintomas depressivos	430	56,7	1,14(0,94-1,38)	0,155
Com sintomas depressivos	127	49,6	1,00	

Fonte: próprio autor. *IC – intervalo de confiança; **p-valor baseado na análise bivariada.

Na análise de regressão múltipla, todas as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa previamente permaneceram associadas. Entre os idosos que estudaram cinco anos ou mais, as práticas preventivas de DC foram 43% maior (RP=1,43; IC 95%=1,23-1,67) quando comparados àqueles que referiram ter estudado até quatro anos, ajustado para faixa etária e demais variáveis do modelo de regressão.

Os idosos que referiram trabalhar realizam 56% (RP=1,56; IC 95%=1,28-1,89) mais práticas preventivas de DC quando comparados aos idosos aposentados, ajustado para anos de estudo, capacidade funcional, sexo, faixa etária e autoavaliação.

Os idosos independentes também se previnem mais (RP=1,28; IC 95%=1,04-1,56) quando comparados com os dependentes, ajustado para faixa etária e demais variáveis do

modelo de regressão. Quanto ao sexo, as idosas realizam 39% (RP=1,39; IC 95%=1,18-1,65) mais práticas preventivas quando comparadas aos idosos, independentemente das demais variáveis do modelo. A prevalência de práticas preventivas de DC também foi maior (RP=1,41; IC 95%=1,03-1,93) entre os idosos que avaliaram sua saúde como regular quando comparados com seus pares que avaliaram como ruim/péssima (Tabela 3). Foi realizado o teste de bondade de ajuste, que mostrou que o modelo é apropriado ($p=0,3196$).

DISCUSSÃO

A prevalência de práticas preventivas de DC encontrada neste estudo (55,1%) não foi previamente documentada em outras pesquisas. Que se tem conhecimento, este é o primeiro estudo que avalia a prevalência dessas práticas e os fatores associados a elas. Das pesquisas existentes, algumas são de intervenção e investigaram algum tipo de prática preventiva ou grupo de práticas proposto em um programa.^{9,15} Verificam a adesão das pessoas a um programa para melhora cognitiva¹⁶ e ainda demonstram a efetividade dessas práticas no desempenho cognitivo.⁹

Essa prevalência é um achado importante, uma vez que mostra que os idosos estudados têm realizado práticas que

podem prevenir o DC e trazer como benefício a manutenção da sua capacidade funcional, melhorias na qualidade de vida e promoção da interação social. Estudos têm mostrado que a realização de medidas tais como exercícios físicos, adoção da dieta mediterrânea como principal tipo de alimentação e estimulação cognitiva é efetiva na prevenção do DC dos idosos que têm suas funções cognitivas preservadas⁹ e/ou a sua reabilitação nos que as têm comprometidas.¹⁷ Em estudo de coorte realizado em 10 anos com idosos o treinamento cognitivo produziu melhora nas habilidades cognitivas para a realização das atividades de vida diária.¹⁵

A associação entre práticas preventivas de DC e alto nível de escolaridade dos idosos encontrada neste estudo foi semelhante em outra pesquisa.¹⁵ Essa associação pode ser explicada pela relação existente entre a escolaridade e a saúde. Pessoas com alto nível de escolaridade podem adquirir melhor nível de saúde, porque têm mais oportunidades para levar uma vida mais saudável, por meio do conhecimento sobre saúde e mais capacidade de selecionar os melhores recursos disponíveis.¹⁸ O fato de os idosos deste estudo que têm melhor nível de escolaridade estarem realizando mais práticas que previnem o DC do que seus pares com mais baixo nível de escolaridade sugere que eles podem ter mais conhecimento sobre saúde e optam por atividades saudáveis.

Tabela 3 - Modelo de regressão múltipla de Poisson: variáveis associadas às práticas preventivas de declínio cognitivo entre os idosos. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil, 2015

Variáveis	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)*	RP Ajustada (IC95%**)	p-valor***
Escolaridade				
0 a 4 anos	51,8	1,00	1,00	<0,001
5 anos ou mais	77,8	1,50 (1,29-1,74)	1,43 (1,23-1,67)	
Situação ocupacional				
Aposentado	51,1	1,00	1,00	<0,001
Não trabalha	57,9	1,13 (0,92-1,37)	1,08 (0,89-1,32)	
Trabalha	84,6	1,65 (1,40-1,95)	1,56 (1,28-1,89)	
Aposentado e trabalha	61,5	1,20 (0,87-1,65)	1,30 (0,94-1,78)	
Capacidade funcional				
Independente	58,2	1,27 (1,04-1,56)	1,28 (1,04-1,56)	0,017
Dependente	45,6	1,00	1,00	
Sexo				
Feminino	59,3	1,22 (1,04-1,44)	1,39 (1,18-1,65)	<0,001
Masculino	48,4	1,00	1,00	
Autoavaliação de saúde				
Ótima/boa	56,9	1,44 (1,05-1,98)	1,36 (0,99-1,86)	0,028
Regular	57,6	1,46 (1,06-2,00)	1,41 (1,03-1,93)	
Ruim/Péssima	39,4	1,00	1,00	

Fonte: próprio autor. *RP – razão de prevalência; **IC – intervalo de confiança; ***p-valor ajustado por faixa etária.

A associação entre práticas preventivas de DC e situação ocupacional encontrada nesta pesquisa é de difícil comparação com resultados de outros estudos. Isso porque, neste trabalho, foram analisadas várias práticas preventivas de DC em conjunto. Em investigação que investigaram uma prática, apenas um encontrou associação entre a prática preventiva de DC e a situação ocupacional.¹⁹

Uma possível explicação para essa associação é que idosos economicamente ativos podem ter melhor renda. A melhora da renda, entre outros aspectos, pode permitir uma inserção social mais ativa. Outros fatores podem motivar os idosos a permanecerem trabalhando, entre eles o desejo de exercer uma atividade física e mental,²⁰ o que, conseqüentemente, ajuda na prevenção do DC.

A associação entre práticas preventivas de DC e independência funcional é um achado que não surpreende. Idosos com melhores condições físicas e menores limitações de mobilidade têm mais adesão a programas de exercícios físicos.¹⁵ Isso porque, na medida em que o idoso é independente para a realização de suas tarefas diárias, pode se sentir em condições de desenvolver as práticas preventivas de DC. Igualmente, por ser um dos principais determinantes de percepção de saúde do idoso, a independência funcional pode contribuir para que o idoso avalie sua saúde positivamente e se considere apto e motivado a realizar as práticas preventivas de DC. Em estudo realizado com idosos, a autoavaliação excelente/muito boa esteve associada, entre outros fatores, à prática de atividade física, mais consumo de frutas e verduras, uso de computador e não ser obeso.²¹

A associação entre práticas preventivas de DC e autoavaliação de saúde regular não foi observada em outros estudos. Provavelmente, essa associação tenha ocorrido porque a maioria desses idosos refere possuir dois ou mais problemas de saúde e, por isso, percebe sua saúde como regular. A autoavaliação de saúde é um indicador que engloba também componentes emocionais, aspectos do bem-estar e satisfação com a vida.²² Pode ser que esses componentes estejam motivando os idosos à realização das práticas preventivas de DC para melhorar sua condição de saúde ou, pelo menos, para não piorá-la.

A associação das práticas preventivas de DC com o sexo feminino encontrada neste estudo é coincidente com outro estudo que investigou a associação entre prática de atividade física e fatores sociodemográficos.¹⁹ É provável que esta seja explicada pelo fato de que mulheres são mais predispostas a realizar atividades de cuidado com a saúde e procurar serviços de saúde para prevenção de doenças.²³

Os achados desta pesquisa devem ser interpretados com algumas limitações, visto que os dados de práticas preventivas foram obtidos com a população de apenas um local. No entanto, o rigor metodológico aplicado para a seleção dos participantes permite a inferência dos resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a prevalência da realização de práticas preventivas de DC se deu na maioria dos idosos e não foi previamente documentada em outras pesquisas. Encontrou-se que os idosos do sexo feminino, funcionalmente independentes, com alto nível de escolaridade, que estão trabalhando e autoavaliaram sua saúde como regular realizaram mais práticas preventivas de DC. Esses resultados são importantes, pois revelam quais são as características dessa população que devem ser levadas em consideração no planejamento de ações para a promoção da saúde cognitiva.

A ausência de estudos semelhantes indica que mais empenho deve ser empreendido em pesquisas que ampliem o conhecimento sobre a realização de práticas preventivas de DC em idosos. Além disso, sugere-se que, com o intuito de aumentar o número de idosos que realizam práticas preventivas de DC, os profissionais de saúde desenvolvam programas de prevenção do DC, dando especial atenção aos idosos do sexo masculino, funcionalmente dependentes, àqueles com baixo nível de escolaridade, aposentados e que possuem autoavaliação negativa da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, *et al.* Practice guideline update summary: mild cognitive impairment. Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018[citado em 2019 jan. 13];90:126-35. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/neurology/90/3/126.full.pdf>
2. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment. *Continuum (Minneapolis)*. 2016; 22(2 Dementia): 404–18[citado em 2018 nov. 13]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5390929/pdf/20160400.0-0007.pdf>
3. World Health Organization (WHO). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: WHO; 2019[citado em 2018 nov. 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Demencia: una prioridad de salud pública. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2013[citado em 2018 nov. 13]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
5. Brucki SMD. Epidemiology of mild cognitive impairment in Brazil. *Dement Neuropsychol*. 2013[citado em 2018 nov. 13];7(4):363–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5619496/pdf/dn-07-04-0363.pdf>
6. Chaimowicz F, Burdorf A. Reliability of nationwide prevalence estimates of dementia: a critical appraisal based on Brazilian surveys. *PLoS One*. 2015[citado em 2018 nov. 13];10(7):1-15. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131979>
7. Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction - an analysis of protective and modifiable factors. London: ADI; 2014[citado em 2018 nov. 13]. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>
8. Kivipelto M, Mangialasche F, Ngandu T. Lifestyle interventions to prevent cognitive impairment, dementia and Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol*. 2018[citado em 2015 set. 10]; 14(11):653-66. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41582-018-0070-3>

9. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälahti E, Ahtiluoto S, Antikainen R, *et al.* A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015[citado em 2015 set. 10];385(9984):2255–63. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60461-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60461-5/fulltext)
10. Dias RG, Streit IA, Sandreschi PF, Benedetti TRB, Mazo GZ. Diferenças nos aspectos cognitivos entre idosos praticantes e não praticantes de exercício físico. *J Bras Psiquiatr*. 2014[citado em 2015 set. 10];63(4):326-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n4/0047-2085-jbpsiq-63-4-0326.pdf>
11. Lam LCW, Cheng ST. Maintaining long-term adherence to lifestyle interventions for cognitive health in late life. *Int Psychogeriatr*. 2013[citado em 2018 set. 16];25(2):171-3. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/F457B73F55F2F34D154B4948B54945CC/S1041610212001603a.pdf/maintaining_longterm_adherence_to_lifestyle_interventions_for_cognitive_health_in_late_life.pdf
12. World Health Organization (WHO). Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice survey. Geneva: WHO; 2008[citado em 2018 set. 16]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176_eng.pdf
13. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005[citado em 2018 dez. 19];39(6):918-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf>
14. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Sau Pub*. 2007[citado em 2018 dez. 19];25(2):59-66. Disponível em: <https://docplayer.com.br/20996746-Validacao-do-indice-de-barthel-numa-amostra-de-idosos-nao-institucionalizados.html>
15. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim H, King JW, *et al.* Ten-Year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014[citado em 2018 dez. 19];65(1):16-24. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fjgs.12607>
16. Turunen M, Hokkanen L, Bäckman L, Stigsdotter-Neely A, Hänninen T, Paajanen T, *et al.* Computer-based cognitive training for older adults: determinants of adherence. *PLoS One*. 2019[citado em 2018 set. 16];14(7):e0219541. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0219541&type=printable>
17. Liang JH, Xu Y, Lin L, Jia RX, Zhang HB, Hang L. Comparison of multiple interventions for older adults with Alzheimer disease or mild cognitive impairment. A PRISMA-compliant network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018[citado em 2018 set. 16];97(20):e10744. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000010744>
18. Arpino B, Gumà J, Julià A. Early-life conditions and health at older ages: the mediating role of educational attainment, family and employment trajectories. *PLoS One*. 2018[citado em 2018 set. 16];13(4):e0195320. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0195320&type=printable>
19. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: inquérito de saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010[citado em 2018 set. 16];26(8):1606-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n8/14.pdf>
20. Cockell FF. Idosos aposentados no mercado de trabalho informal: trajetórias ocupacionais na construção civil. *Psicol Soc*. 2014[citado em 2018 set. 16];26(2):461-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n2/a22v26n2.pdf>
21. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012[citado em 2018 set. 16];28(4):769-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014[citado em 2016 jan. 12]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
23. Thompson AE, Anisimowicz Y, Miedema B, Hogg W, Wodchis WP, Aubrey-Bassler K. The influence of gender and other patient characteristics on health care-seeking behaviour: a QUALICOPC study. *BMC Fam Pract*. 2016[citado em 2018 set. 16];17:38. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12875-016-0440-0>