



Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial

Cognitive assessment on elderly people under ambulatory care

Evaluación cognitiva de ancianos en atención ambulatoria

Bruna Zortea¹, Daiane Porto Gautério-Abreu¹, Silvana Sidney Costa Santos¹, Bárbara Tarouco da Silva¹, Silomar Ilha¹, Vânia Dias Cruz¹

Objetivo: identificar o estado cognitivo de pessoas idosas em atendimento ambulatorial; investigar a associação entre o estado cognitivo e as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, número de medicamentos e adesão aos medicamentos. **Método:** estudo transversal, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 107 pessoas idosas em atendimento ambulatorial em um hospital universitário do sul do Brasil, no período de novembro de 2013. Foram utilizadas as variáveis: gênero, idade, condição civil, renda, escolaridade, ocupação, doenças crônicas não transmissíveis preexistentes, número e tipo de medicamentos prescritos, adesão, escore mini mental e status cognitivo. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** a prevalência de déficit cognitivo foi de 42,1% e teve associação estatisticamente significativa com escolaridade, renda, condição civil, hipertensão e cardiopatia. **Conclusão:** o Enfermeiro pode intervir para evitar o aumento do déficit cognitivo com uma avaliação da pessoa idosa, direcionada às estratégias facilitadoras para o amenizar.

Descritores: Idoso; Avaliação; Cognição; Uso de Medicamentos; Enfermagem.

Objective: to evaluate the cognitive state of elderly people under ambulatory care and investigating the connection between such cognitive state and sociodemographic variables, health conditions, number of and adherence to medicine. **Methods:** transversal, exploratory, and descriptive study, with a quantitative approach, realized with 107 elderly people under ambulatory care in a university hospital in southern Brazil, in november, 2013. The following variables were used: gender, age, civil status, income, schooling, occupation, preexisting noncommunicable diseases, number and type of prescribed medications, adherence, mini-mental state examination score, and cognitive status. Data was analyzed through inferential and descriptive statistics. **Results:** the prevalence of cognitive deficit was of 42.1% and had a statistically significant connection to schooling, income, civil status, hypertension, and cardiopathy. **Conclusion:** nurses can intervene to avoid the increase of cognitive deficit through an assessment of the elderly person, directed to facilitative strategies to soften this deficit.

Descriptors: Aged; Evaluation; Cognition; Drug Utilization; Nursing.

Objetivo: identificar el estado cognitivo de ancianos en atención ambulatoria; investigar la asociación entre el estado cognitivo y las variables sociodemográficas, condiciones de salud, número y adhesión a medicamentos. **Método:** estudio transversal, exploratorio, descriptivo, cuantitativo, realizado con 107 ancianos en atención ambulatoria en un hospital universitario del sur del Brasil, en noviembre del 2013. Fueron utilizadas las variables género, edad, estado civil, renta, escolaridad, ocupación, enfermedades crónicas no transmisibles preexistentes, número y tipo de medicamentos prescritos, adhesión, escore mini mental y status cognitivo. Los datos fueron analizados mediante la estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** prevalencia de déficit cognitivo fue de 42,1% y asociación estadística significativa con escolaridad, renta, estado civil, hipertensión y cardiopatía. **Conclusión:** el enfermero puede intervenir para evitar el aumento del déficit cognitivo con evaluación del anciano, direcionada a las estrategias que faciliten para disminuir esto déficit.

Descritores: Anciano; Evaluación; Cognición; Utilización de Medicamentos; Enfermería.

¹Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil.

Autor correspondente: Silomar Ilha
Escola de Enfermagem, Rua General Osório S/nº, Campus da Saúde, CEP: 96.201-900. Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: silo_sm@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, a expectativa média de vida vem crescendo anualmente, devido ao controle mais efetivo dos riscos ambientais e à melhoria nas intervenções médicas, o que tem resultado no crescimento da população idosa. Outro fator que contribui para o aumento da porcentagem de pessoas idosas é a queda na taxa de natalidade e de mortalidade nas últimas décadas⁽¹⁾.

Com o envelhecimento tende a ocorrer uma diminuição da capacidade física e cognitiva das pessoas e essas mudanças podem ser impulsionadas por fatores genéticos, culturais, bem como por hábitos de vida⁽²⁾ e presença de outras patologias. A cognição tem por finalidade explicar e estruturar o funcionamento mental do ser humano.

O declínio progressivo na cognição de um indivíduo é uma característica das síndromes demenciais⁽³⁾. Estas síndromes interferem na funcionalidade da pessoa idosa, bem como no seu estado emocional⁽⁴⁾. Os índices que estimam a demência na população idosa crescem anualmente. Entre os 65 e 69 anos o aumento é de aproximadamente 0,6% e a partir dos 85 anos o acréscimo na demência pode chegar a 8,4%. Sendo assim, pode-se perceber que a idade é um fator de extrema relevância no que se refere ao declínio cognitivo e nas demências⁽⁵⁾.

No Brasil, estima-se que 5 a 30% das pessoas idosas apresentam quadros demenciais. O comprometimento da cognição branda ocorre em média três anos antes da doença tornar-se aparente. Na fase leve da demência, os episódios de disfunção física e mental ocorrem com maior frequência. No entanto, os sintomas passam despercebidos, pois dificilmente a demência é diagnosticada na fase primária. Sendo assim, faz-se necessário distinguir os quadros iniciais da enfermidade das alterações que ocorrem na velhice⁽⁵⁾.

Alterações anatômicas e fisiológicas, no padrão de sono, no sistema vestibular, perdas auditivas, decorrentes do envelhecimento, podem diminuir a ca-

pacidade cognitiva da pessoa idosa⁽⁶⁻⁸⁾. Além disso, problemas de saúde como tumores benignos, cânceres, doenças infecciosas, problemas cardiovasculares e alterações neurológicas, como o Parkinson, a esclerose múltipla, o Alzheimer e o uso de medicamentos também podem alterar o nível cognitivo⁽⁹⁾.

O declínio cognitivo é uma das possíveis condições do envelhecimento e torna-se relevante para a sociedade estudos que identifiquem pessoas idosas com alterações cognitivas que podem evoluir para demências. Desse modo, faz todo o sentido proceder à identificação de alterações cognitivas em pessoas idosas o mais precocemente possível, como forma de prevenir e implementar intervenções que evitem que estes entrem futuramente em um quadro demencial⁽¹⁰⁾.

Assim, apresentam-se como questões de pesquisa deste estudo: Qual o estado cognitivo de pessoas idosas em atendimento ambulatorial? Há associação entre o estado cognitivo e as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, número de medicamentos e adesão ao tratamento medicamentoso? Na tentativa de responder aos questionamentos explicitados, objetivou-se: identificar o estado cognitivo de pessoas idosas em atendimento ambulatorial; investigar a associação entre o estado cognitivo e as variáveis sociodemográficas, condições de saúde, terapêutica medicamentosa e adesão ao regime terapêutico.

Método

Estudo transversal, exploratório, descritivo, de natureza quantitativa, realizado no serviço de atendimento ambulatorial de um hospital universitário, localizado no Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta foi realizada no mês de novembro de 2013, com 107 pessoas com 60 anos e mais, em atendimento no referido hospital. A amostra foi selecionada por conveniência e os critérios de inclusão foram: estar em atendimento ambulatorial no referido hospital e fazer uso de no mínimo um medicamento por pelo menos 15 dias, antes do dia da entrevista.

Foram critérios de exclusão estar em tratamen-

to com quimioterápicos ou com radioterapia, devido às características específicas desses tratamentos, que podem interferir na adesão medicamentosa; ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos últimos 15 dias anteriores à coleta de dados devido a uma possível motivação das pessoas idosas para o uso regular dos medicamentos prescritos visando à recuperação do procedimento cirúrgico; apresentar discurso desconexo com perdas importantes de memória que impedissem a resposta às questões dos instrumentos de pesquisa.

Para coleta de dados do estudo foram utilizados três instrumentos. O primeiro foi produzido pelos autores, contendo seis partes que objetivaram caracterizar a pessoa idosa quanto a fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, condições de saúde e terapêutica medicamentosa. O segundo foi o Mini Exame do Estado Mental, para avaliar a cognição da pessoa idosa conforme sua escolaridade.

Aplicou-se versão do Mini Exame do Estado Mental validada no Brasil. O ponto de corte utilizado para indicar déficit cognitivo foi de 18 pontos para analfabetos e 23 pontos para aqueles com mais de um ano de escolaridade⁽¹¹⁾. O terceiro instrumento utilizado foi a Medida de Adesão aos Tratamentos, construído e validado em Portugal, com o objetivo de verificar a adesão da pessoa idosa ao regime terapêutico. É composto por sete itens, cujas respostas são sob a forma de escala Likert e as pontuações variam de: sempre = 1, aumentando até nunca = 6⁽¹²⁾. Foi concedida a autorização para uso do instrumento por suas autoras.

As respostas de cada um dos itens da Medida de Adesão aos Tratamentos são somadas e, após, esse valor é dividido pelo número total de itens. O valor obtido é convertido em uma escala dicotômica, construída para indicar os sujeitos com adesão ou não ao tratamento medicamentoso. Consideram-se como não adesão ao tratamento os valores da Medida de Adesão aos Tratamentos obtidos de 1 a 4 e como adesão os valores entre 5 e 6⁽¹²⁾.

Foram utilizadas as variáveis: gênero, idade, condição civil, renda, escolaridade, ocupação, doenças crônicas não transmissíveis preexistentes, número e tipo de medicamentos prescritos, adesão, escore mini mental e *status* cognitivo (presença ou ausência de déficit).

Dados organizados em planilha no *Microsoft Excel* 2007, contendo dicionário (*codebook*) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. Foram realizadas: uma análise estatística descritiva, com descrição da frequência absoluta e frequência relativa para variáveis categóricas e uso das medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão) para variáveis numéricas; uma análise estatística inferencial, através de testes estatísticos para verificar a associação entre as variáveis. Calculou-se a razão de prevalência (RP) para cada uma das variáveis com seus respectivos intervalos de confiança (IC).

Associação entre variável dependente (cognição) e demais variáveis dicotômicas (gênero, renda, escolaridade, condição civil, faixa etária, ocupação, doenças crônicas não transmissíveis preexistentes, polifarmácia, adesão) utilizou-se o teste de Qui-Quadrado; para variáveis com frequências esperadas maiores de 5, e o teste de Fisher, para as que possuíam frequências esperadas menores de 5. Como o processo de recrutamento do estudo base não envolveu amostragem probabilística, os valores de p foram interpretados considerando a hipótese de que a casuística constituiu amostra aleatória simples de uma população de características similares. Os dados são apresentados na forma de tabelas.

Estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa local, sob nº 164/2013 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 22733513.70000.5324. Foram observados os preceitos éticos conforme Resolução 466/2012.

Resultados

Em relação ao Mini Exame do Estado Mental 62 (57,9%) pessoas idosas apresentaram resultado normal na avaliação e, 45 (42,1%), sugestivo de déficit cognitivo. Variáveis escolaridade, renda e condição civil apresentaram associação estatisticamente significativa com o *status* cognitivo. Segundo as RP a prevalência de déficit cognitivo foi 2,24 vezes maior naqueles com 0-4 anos de escolaridade, 93% maior naqueles com renda até um salário mínimo e 45% menor nos que residiam com companheiro, conforme demonstrado na Tabela 1.

Doença mais prevalente foi Hipertensão Arterial Sistêmica, presente em 85 (79,4%) das pessoas idosas, seguida do Diabetes Mellitus (DM), em 61 (57,0%). Variáveis Hipertensão e Cardiopatia apresentaram associação estatisticamente significativa com o *status* cognitivo. Segundo as RP a prevalência de déficit cognitivo é 63% menor em quem não tem Hipertensão Arterial Sistêmica e 48% menor em quem não tem cardiopatia, conforme Tabela 2.

Tabela 1 - Variáveis demográficas e socioeconômicas em relação ao estado cognitivo

Variáveis	Status cognitivo		Valor de p	RP	IC
	Normal n (%)	Déficit n (%)			
Gênero					
Feminino	41 (55,4)	33 (44,6)	0,426*	1	
Masculino	21 (63,6)	12 (36,4)		1,22	0,73-2,05
Faixa etária (anos)					
0-69	45 (63,4)	26 (36,6)	0,110*	1	
≥ 70	17 (47,2)	19 (52,8)		0,69	0,44-1,07
Ocupação					
Não exerce atividade remunerada	50 (46,72)	41 (38,31)	0,134*	1	
Exerce atividade remunerada	12 (75,0)	4 (25,0)		1,80	0,74-4,33
Escolaridade (anos)					
0-4	24 (42,9)	32 (57,1)	0,001*	1	
≥ 5	38 (74,5)	13 (25,5)		2,24	1,33-3,77
Renda (salário mínimo)					
Até 1	10 (34,5)	19 (65,5)	0,004*	1	
> 1	47 (66,2)	24 (33,8)		1,93	1,27-2,94
Condição civil					
Com companheiro	43 (68,3)	20 (31,7)	0,010*	1	
Sem companheiro	19 (43,2)	25 (56,8)		0,55	0,35-0,87

*Qui-Quadrado; **Teste Exato de Fischer

Tabela 2 - Condições de saúde em relação ao estado cognitivo

Doenças	Status cognitivo		Valor de p	RP	IC
	Normal n (%)	Déficit n (%)			
Hipertensão					
Sim	44 (51,8)	41 (48,2)	0,011*	0,37	0,15-0,94
Não	18 (81,8)	4 (18,2)		1	
Diabetes					
Sim	35 (57,4)	26 (42,6)	0,891*	0,96	0,61-1,52
Não	27 (58,7)	19 (41,3)		1	
Doença pulmonar obstrutiva crônica					
Sim	7 (53,8)	6 (46,2)	0,749*	0,89	0,47-1,69
Não	55 (58,5)	39 (41,5)		1	
Cardiopatia					
Sim	20 (42,6)	27 (57,4)	0,004*	0,52	0,33-0,82
Não	42 (70,0)	18 (30,0)		1	
Artrose					
Sim	20 (54,1)	17 (45,9)	0,553*	0,87	0,55-1,36
Não	42 (60,0)	28 (40,0)		1	
Reumatismo					
Sim	12 (54,5)	10 (45,5)	0,717*	0,90	0,53-1,52
Não	50 (58,8)	35 (41,2)		1	
Dislipidemia					
Sim	16 (53,3)	14 (46,7)	0,546*	0,86	0,53-1,38
Não	46 (59,7)	31 (40,3)		1	
Tireóide					
Sim	9 (64,3)	5 (35,7)	0,606*	1,20	0,57-2,52
Não	53 (57,0)	40 (43,0)		1	
Depressão					
Sim	8 (72,7)	3 (27,3)	0,294*	1,60	0,59-4,32
Não	54 (56,2)	42 (43,8)		1	
Insuficiência respiratória crônica					
Sim	1 (50,0)	1 (50,0)	1,000 **	0,83	0,20-3,41
Não	61 (58,1)	44 (41,9)		1	

*Qui-quadrado; **Teste Exato de Fischer

Em relação ao número de medicamentos utilizados, a média foi de $4,8 \pm 2,6$ unidades (IC =4,2-5,3). Dos medicamentos utilizados pelas pessoas idosas, 193 (37,6%) eram para o sistema digestivo e metabolismo, e 189 (36,8%) para o sistema cardiovascular, sendo estes os mais consumidos, conforme os resultados da Tabela 3.

Tabela 3 - Classes de medicamentos, por agrupamento anatômico, utilizados pelos idosos em atendimento ambulatorial

Classificação	Nº medicamentos (%)
Sistema digestivo e metabolismo	193 (37,6)
Sistema cardiovascular	189 (36,8)
Sistema hematopoiético	41 (8,0)
Sistema nervoso central	37 (7,2)
Uso sistêmico	20 (3,9)
Sistema respiratório	11 (2,1)
Sistema ósseo	7 (1,4)
Fitoterápicos	1 (0,2)
Outros	14 (2,8)
Total	513 (100,0)

As variáveis polifarmácia e adesão não apresentaram associação estatisticamente significativa com o *status* cognitivo. Segundo as RP a prevalência de déficit cognitivo é 31% menor em quem usa de 0-4 medicamentos e 19% menor naqueles que aderem a medicação, conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Variáveis referentes ao uso de medicamentos em relação ao estado cognitivo

Doenças	Status cognitivo		Valor de p	RP	IC
	Normal n(%)	Déficit n(%)			
Polifarmácia					
0-4	36 (65,5)	19 (34,5)	0,106*	1	
5 ou mais	26 (50,0)	26 (50,0)		0,69	0,43-1,08
Adesão					
Sim	55 (59,1)	38 (40,9)	0,518*	1	
Não	7 (50,0)	7 (50,0)		0,81	0,45-1,45

*Qui-quadrado

Discussão

Prevalência de déficit cognitivo foi de 42,1%, resultado um pouco acima ao de estudo realizado com algumas comunidades brasileiras, que apresentou 25,4 % das pessoas idosas com déficit, de acordo com o Mini Exame do Estado Mental⁽¹³⁾. Em estudo realizado em Bagé/RS com pessoas idosas atendidas na área de abrangência da atenção básica a prevalência de déficit cognitivo foi de 34,1%⁽¹⁴⁾.

A partir da identificação de déficit cognitivo o enfermeiro pode atuar junto à pessoa idosa com intervenções sobre a cognição. As intervenções sugeridas passam por envolver os familiares e cuidadores nas atividades, discutir com eles os sinais/sintomas apresentados e a forma como influenciam o cotidiano da família, informar sobre estilos de vida e gestão do regime terapêutico, abordar os déficits de memória e influências nas atividades de vida diária das pessoas idosas, apresentar estratégias de compensação para os déficits de memória e incentivar a partilha de sentimentos entre a pessoa idosa e familiares⁽¹⁵⁾.

Entre as pessoas idosas entrevistadas a maioria era do gênero feminino, corroborando com resultados obtidos em uma pesquisa realizada em cinco cidades do Brasil (Belém, Parnaíba, Campina Grande, Campinas e Ivoti) a qual constatou que 67,7% dos participantes eram do gênero feminino, demonstrando sua prevalência em relação às do gênero masculino. Mulheres costumam ter presença mais assídua em amostras de pesquisas envolvendo saúde, em virtude de sua maior exposição a tratamentos de saúde ao longo da vida⁽¹³⁾.

Não houve associação entre gênero e estado cognitivo, mas a prevalência de déficit foi 22% maior para as mulheres. Resultados semelhantes foram obtidos em um estudo realizado no município de Bagé/RS no qual a prevalência de déficit cognitivo foi 21% maior no gênero feminino⁽¹⁴⁾. Uma possível explicação para este achado seria a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens. Para a população masculina a expectativa de vida em 2012 era de 71 anos,

para as mulheres de 78,3 anos⁽¹⁶⁾.

Identificou-se que as pessoas idosas que residiam com companheiro(a) possuíam prevalência 45% menor de déficit cognitivo. Dado semelhante ao de estudo realizado em Montes Claros, Monas Gerais (MG) o qual evidenciou que pessoas idosas que não tinham companheiro(a) eram mais dependentes nas atividades básicas e Instrumentais da vida diária⁽¹⁷⁾. O fato de morar com companheiro(a) deve ser valorizado, pois permite o envolvimento do parceiro no cuidado a saúde⁽¹⁸⁾.

Predominou a faixa etária entre 60-69 anos. Essas apresentaram prevalência de déficit cognitivo 31% menor que os na faixa etária de 70 anos ou mais. O incremento da idade evidencia aumento do déficit cognitivo em idosos. Estudo evidenciou que a presença de déficit cognitivo é duas vezes maior naqueles com 80 anos do que com 60⁽¹⁴⁾.

Idosos que não exerciam atividade remunerada fora do domicílio apresentaram prevalência de déficit 80% maior do que aqueles que ainda trabalhavam. É importante que as pessoas idosas sejam estimuladas a exercerem atividades para manterem-se ativas, mesmo que não sejam remuneradas, como: jardinagem, cuidados com animais domésticos, cultivo de horta e atividades domésticas, leitura, participação social⁽¹⁹⁾.

Houve associação estatisticamente significativa entre baixa escolaridade (0-4 anos de estudo) e presença de déficit cognitivo ($p=0,001$). Pessoas idosas com até quatro anos de estudo apresentaram prevalência 2,24 vezes maior de déficit do que aquelas com cinco ou mais anos de estudo. Em Viçosa/MG foi encontrado que quanto menor a escolaridade da pessoa idosa maior é o risco de apresentar déficit cognitivo⁽⁴⁾. O enfermeiro deve avaliar a habilidade de compreender ou interpretar informações escritas ou faladas sobre saúde de pessoas idosas com baixa escolaridade e a partir de então intervir para minimizar possíveis déficits cognitivos.

Houve associação estatisticamente significativa entre renda e presença de déficit cognitivo ($p=0,004$), pois as pessoas idosas que tinham renda de até um

salário apresentaram prevalência de déficit cognitivo 93% maior que os que recebiam mais de um salário mínimo. A pontuação do Mini Exame do Estado Mental tem relação com a renda; pois quanto maior a renda mensal das pessoas idosas, a pontuação do Mini Exame do Estado Mental tende a ser mais elevada⁽¹³⁾.

Baixo poder aquisitivo das pessoas idosas pode refletir negativamente na qualidade de vida e no estado de saúde, pois eles necessitam de dinheiro para compra de medicamentos e para suprir suas necessidades básicas⁽²⁰⁾. Desse modo, a equipe de saúde/enfermagem ao perceber esse tipo de situação pode encaminhar a pessoa idosa para serviços de assistência social que lhe ofereçam suporte para além daquele que deve ser prestado pelos serviços de saúde.

Dentre as Doenças Crônicas não Transmissíveis autorreferidas pelas pessoas idosas em ambiente ambulatorial, as que mais prevaleceram foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (79,4%) e o DM (57,0%). Pesquisas apontam que os casos de Hipertensão Arterial Sistêmica tendem a se intensificar com o aumento da idade das pessoas⁽²¹⁾. Uma maneira de diminuir a longo prazo, os riscos de doenças cardiovasculares e Hipertensão Arterial Sistêmica é o fornecimento do suporte social, seja ele da família, amigos e até mesmo da equipe de enfermagem, isso mantém alta qualidade de vida à pessoa idosa.

Pessoas idosas com Hipertensão Arterial Sistêmica e com cardiopatia apresentaram prevalências maiores de déficit do que as que não as possui. Houve associação estatisticamente significativa entre essas condições e presença de déficit cognitivo ($p = 0,011$ e $p = 0,004$). Já foi encontrado em outro estudo associação entre problemas cardiovasculares e déficit cognitivo⁽¹⁴⁾.

Várias hipóteses têm sido propostas para explicar os mecanismos subjacentes ao declínio cognitivo associado a fatores de risco cardiovascular, mas a questão fisiopatologia destas alterações cognitivas ainda não está completamente clarificada. Nas pessoas com cardiopatias, o prejuízo cognitivo se dá principalmente nos aspectos de memória (fixação e apren-

dizado) e processamento das informações⁽²²⁾. Desse modo, estratégias que visem compensação para os déficits de memória como o uso de listas mnemônicas, agendas, alarmes, diários, podem auxiliar a minimizar os déficits cognitivos⁽¹⁵⁾.

Com relação aos medicamentos mais utilizados pelas pessoas idosas em ambiente ambulatorial, foi maior a prevalência de medicamentos para o sistema digestivo (37,6%), seguido dos para o sistema cardiovascular (36,8%). Um estudo realizado com pessoas idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde, mostrou que os medicamentos mais utilizados eram para o sistema cardiovascular (38,2%) e para o sistema digestivo (24,6%)⁽²³⁾.

Entre as pessoas idosas entrevistadas, aquelas que utilizam entre zero e quatro fármacos e que aderiam à medicação, apresentaram menor prevalência de déficit cognitivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de déficit cognitivo, a polifarmácia e não adesão à medicação, embora estudos indiquem essa associação⁽²⁴⁻²⁵⁾. Alterações cognitivas podem afetar o entendimento e o comprometimento das pessoas idosas com a farmacoterapia, principalmente quando utilizam poli fármacos, o que pode favorecer o não cumprimento da prescrição medicamentosa⁽²⁵⁾.

Conclusão

Prevalência de déficit cognitivo encontrada nas pessoas idosas deste estudo foi de 42,1%. O déficit cognitivo teve associação estatisticamente significativa com a escolaridade (2,24 vezes maior naqueles com 0- 4 anos de escolaridade), com a renda (93% maior naqueles com renda até um salário mínimo) e com a condição civil (45% menor nos que residiam com companheiro). Isso mostra que o nível de escolaridade é um fator de proteção do surgimento de declínios cognitivos na velhice.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica e cardiopatia, a associação com o déficit cognitivo tam-

bém foi estatisticamente significativa, sendo respectivamente 63% menor em quem não tem Hipertensão Arterial Sistêmica e 43% menor em quem não tem cardiopatia.

Como limitação do estudo tem-se que a amostra por ser de conveniência dificulta generalização dos achados. A partir do que foi identificado nesse estudo foi possível perceber que o Enfermeiro pode intervir para evitar o aumento do déficit cognitivo e que essas intervenções devem acontecer juntamente com família e cuidadores da pessoa idosa.

A principal estratégia gira em torno da avaliação do cotidiano dessa pessoa idosa para então planejar maneiras facilitadoras para amenizar o déficit cognitivo. Dessa forma, observa-se a importância que o profissional enfermeiro tem na promoção da saúde e na prevenção, para então minimizar os riscos bem como retardar o avanço de demências em pessoas idosas.

Colaborações

Zortea B contribuiu para a concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Gautério-Abreu DP contribuiu com o planejamento do projeto, concepção do trabalho, coleta de dados, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Santos SSC, Silva BT, Ilha S e Cruz VD participaram da construção do projeto, revisão, redação e análise crítica do artigo.

Referências

1. Faria CA, Lourenço RA, Ribeiro PCC, Lopes CS. Cognitive performance and frailty in older adults clients of a private health care plan. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(5):923-30.
2. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Sociodemographic characteristics, functional status and morbidity among older adults with and without cognitive decline. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1):29-35.

3. Talmelli LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):933-9.
4. Machado JC, Ribeiro RC, Cotta RMM, Leal PFG. Declínio cognitivo de pessoa idosas e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1):109-21.
5. Gurian MBF, Oliveira RC, Laprega MR, Júnior ALR. Rastreamento da função cognitiva de idosos não-institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2):275-83.
6. Santos AA, Mansano-Schlosser TCS, Ceolim MF, Pavarini SCI. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(3):351-7.
7. Caixeta GCS, Doná F, Gazzola JM. Cognitive processing and body balance in elderly subjects with vestibular dysfunction. *Braz J Otorhinol*. 2012; 78(2):87-95.
8. Miranda EC, Pinheiro MMC, Pereira LD, Iorio MCM. Correlation of the P300 evoked potential in depressive and cognitive aspects of aging. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2012; 78(5):83-9.
9. Faria EC, Silva AS, Farias KRA, Cintra A. Cognitive evaluation of elderly people referenced at the family health strategy in a city in southern Minas Gerais. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(Esp. 2):1748-52.
10. Di Nucci FRCF, Coimbra AMV, Neri AL, Yassuda MV. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em pessoa idosas de uma comunidade. *Rev Psiq Clín*. 2010; 37(2):52-6.
11. Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2008; 11(1):7-16.
12. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças*. 2001; 2(2):81-100.
13. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4):778-92.
14. Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(4):880-8.
15. Sousa L, Siqueira C. Concessão de um programa de intervenção a memória para idosos com déficit cognitivo ligeiro. *Rev Port Enf Saúde Mental*. 2012; (8):7-15.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade. [Internet]. 2012 [citado 2014 nov 10]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadaevida/2012/>
17. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2014; 19(8):3317-25.
18. Ferrari RFR, Ribeiro DMM, Vidigal FC, Marcon SS, Baldissera VDA, Carreira L. Motivos que levam idosos com hipertensão arterial a procurar atendimento na atenção primária. *Rev Rene*. 2014; 15(4):691-700.
19. Farias RGF, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):167-76.
20. Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(Spe):52-60.
21. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Socio-demographic and health characteristics of elderly individuals: support for health services. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(5):1230-8.
22. Alves TCTE, Wajngarten M, Busatto Filho G. Fatores de risco cardiovascular, declínio cognitivo e alterações cerebrais detectadas através de técnicas de neuroimagem. *Rev Psiquiatr Clín*. 2005; 32(3):160-9.

23. Gautério DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(5):702-8.
24. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZAA. Systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011; 9(1):11-23.
25. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de pessoas idosas institucionalizadas de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(4):1069-78.