CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - UNICESUMAR PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

DANILO FRANCISCO DA SILVA MARÇAL

DISTÚRBIOS COGNITIVOS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO

DANILO FRANCISCO DA SILVA MARÇAL

DISTÚRBIOS COGNITIVOS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dr^a Rose Mari Bennemann Coorientadora: Dr^a Lucia Elaine Ranieri Cortez

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M313d Marçal, Danilo Francisco da Silva.

Distúrbios cognitivos no processo de envelhecimento: associação entre nível de atividade física, qualidade de vida, prevalência de tabagismo e alcoolismo / Danilo Francisco da Silva Marçal. -- Maringá-PR: UNICESUMAR, 2017.

110 f.; 30 cm.

Orientadora: Rose Mari Bennemann.

Co-orientadora: Lucia Elaine Ranieri Cortez.

Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2017.

1. Idoso. 2. Cognição. 3. Atividade física. 4. Qualidade de vida. 5. Alcoolismo. I. Título.

CDD - 614

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722 Biblioteca Central UniCesumar

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

DANILO FRANCISCO DA SILVA MARÇAL

Distúrbios cognitivos no processo de envelhecimenta atividade física, qualidade de vida, prevalência de	•

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR, como requisito parcial para obtenção do título de

Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Rose Mari Bennemann
Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR (Presidente)

Prof^a Dr^a. Maria Teresa Martíns Fávero
Universidade do Estado do Paraná - UNESPAR

Prof. Dr. Rute Grossi Milani
Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR

DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como todas minhas demais conquistas, aos meus amados pais Francisco e Maria, ao meu irmão Guilherme e ao meu sobrinho Mathias. Meus maiores presentes!

AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar meus passos e mostrar-me o melhor caminho a seguir.

À minha orientadora e professora do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Dr^a. Rose Mari Bennemann pela atenção, disponibilidade e compreensão dispendidos a mim durante a escolha do tema, elaboração do projeto, coleta de dados e orientação na redação deste trabalho. Sua sabedoria e humildade me estimulam a seguir na vida acadêmica. Muito obrigado!

À minha família, pelo apoio e amor incondicional em todas as etapas da minha vida!

Ao corpo docente e aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Promoção da saúde do UNICESUMAR, pelo profissionalismo, dedicação e comprometimento demonstrados em todos os serviços prestados. Em especial, agradeço à minha coorientadora Lucia Elaine Ranieri Cortez e à professora Regiane Macuch pelo auxílio nos trabalhos científicos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro e bolsa de estudos concedida a mim, sem a qual não seria possível o ingresso e permanência no Programa.

Ao meu amigo Eduardo, por todo suporte e cooperação nos trabalhos científicos e congressos, pela sabedoria em lidar com as situações adversas. Você foi fundamental desde o início até a conclusão desta etapa da minha vida! Agradeço, também, aos amigos verdadeiros que fiz durante o mestrado, os quais quero levar para o resto da vida, em especial à Juliana pela colaboração na coleta de dados.

Aos senhores e senhoras que aceitaram participar da pesquisa, pelo carinho e interesse em ajudar o próximo.

A todos que auxiliaram, de forma direta ou indireta, na conclusão deste trabalho.

EPÍGRAFE

É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota."

(Theodore Recsevelt)

Distúrbios cognitivos no processo de envelhecimento: associação entre nível de atividade física, qualidade de vida, prevalência de tabagismo e alcoolismo

RESUMO

Introdução: o envelhecimento da população é fato evidente e requer a adoção de ações interdisciplinares e integração de conhecimentos. Diversas pesquisas mostram a presença de distúrbios cognitivos, sobretudo nas idades mais avançadas. Entretanto, há poucos estudos que estabeleçam a relação entre comprometimento cognitivo com o nível de atividade física, qualidade de vida, e prevalência de tabagismo e alcoolismo na população idosa. Objetivo: identificar a associação da capacidade cognitiva com as variáveis sociodemográficas e econômicas, nível de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, com coleta de dados primários e secundários e abordagem descritiva-analítica. A pesquisa realizou-se no município de Porto Rico-PR. A amostra foi constituída por cento e oitenta (180) idosos, dos quais 60,6% (109) eram do sexo feminino e 39,4% (71) do sexo masculino, com média de idade de 70,8 (± 7,9) anos. A coleta de dados efetivou-se por meio da aplicação de questionários que identificaram o perfil sociodemográfico e econômico, a capacidade cognitiva, o nível de atividade física, a prevalência de tabagismo e alcoolismo dos idosos. Foram aplicados testes específicos para verificar a associação entre as variáveis. Resultados: a maioria dos idosos (82,22%) apresentou distúrbios cognitivos. Associação estatisticamente significativa foi verificada entre capacidade cognitiva, grupo etário (p=0,0396), situação ocupacional (p=0,0067) e alcoolismo (p=0,0274). A maioria dos entrevistados foi classificada como fisicamente ativa (89,44%). As mulheres eram significativamente mais ativas que os homens (p=0,0012). Em relação ao grupo etário, quanto mais jovem, maior era o nível de atividade física (p=0,0002) e a renda familiar também se associou positivamente com o nível de atividade física (p=0,0230). Idosos do sexo masculino mostraram maiores problemas relacionados ao uso de álcool (p=0,0006). Tabagismo, nível de atividade física e qualidade de vida não mostraram associação estatisticamente significativa com a capacidade cognitiva. Conclusões: há prevalência expressiva de distúrbios cognitivos na amostra avaliada. Idosos mais velhos, que não possuem atividade ocupacional e que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool são mais acometidos por distúrbios cognitivos. Esta pesquisa deve servir de base para que outros estudos sejam capazes de abranger mais variáveis e aprofundar os conhecimentos relacionados à promoção da saúde da população idosa dessa região.

Palavras-chave: Idoso, Cognição, Atividade física, Qualidade de vida, Alcoolismo.

Cognitive impairment in aging process: association between level of physical activity, quality of life, prevalence of smoking and alcoholism

ABSTRACT

Introduction: the aging of the population is an evident fact and requires the adoption of interdisciplinary actions and integration of knowledge. Several studies show the presence of cognitive disorders, especially in the more advanced ages. However, there are few studies that establish the relationship between cognitive impairment with the level of physical activity, quality of life, and prevalence of smoking and alcoholism in the elderly population. **Objective:** to identify the association of cognitive ability with sociodemographic and economic variables, level of physical activity, quality of life and prevalence of smoking and alcoholism in the elderly. Methodology: this is a cross-sectional study, with primary and secondary data collection and a descriptive-analytical approach. The research was carried out in the city of Puerto Rico-PR. The sample consisted of one hundred and eighty (180) elderly, of which 60.6% (109) were female and 39.4% (71) males, with mean age 70.8 ± 7 , nine years old. Data collection was carried out through the application of questionnaires that identified sociodemographic and economic profile, cognitive ability, physical activity level, prevalence of smoking and alcoholism among the elderly. Specific tests were applied to verify the association between the variables. **Results:** the majority of the elderly (82.22%) had cognitive disorders. Statistically significant association was found between cognitive ability, age group (p=0.0396), occupational situation (p=0.0067) and alcoholism (p=0.0274). Most of the interviewees were classified as physically active (89.44%). Women were significantly more active than men (p=0.0012). In relation to the age group, the younger the physical activity level (p=0.0002), the family income was also positively associated with the level of physical activity (p=0.0230). Male elderly showed greater problems related to alcohol use (p = 0.0006). Smoking, physical activity level and quality of life did not show a statistically significant association with cognitive ability. **Conclusions:** there is an expressive prevalence of cognitive disorders in the sample evaluated. Older individuals who do not have occupational activity and who present problems related to alcohol use are more affected by cognitive disorders. This research should serve as a basis for other studies to be able to cover more variables and to deepen the knowledge related to the health promotion of the elderly population of that region.

Key words: Elderly, Cognition, Physical activity, Quality of life, Alcoholism.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Pontos de corte e classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa	30
Quadro 2.	Avaliação do escore obtido por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM)	30
Quadro 3.	Facetas e número das questões do WHOQOL-OLD	32

LISTA DE TABELAS

	I - DISTÚRBIOS COGNITIVOS ASSOCIADOS AO NÍVEL DE ATIVID M IDOSOS	ADE
Tabela 1.	Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, na presença ou não de distúrbios cognitivos.	39
Tabela 2.	Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, segundo nível de atividade física e variáveis sociodemográficas e econômicas.	40
Tabela 3.	Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR., segundo frequência em academias da terceira idade, nível de atividade física e presença ou não de distúrbio cognitivo.	41
ARTIGO 2 VIDA EM	2 - ASSOCIAÇÃO ENTRE DISTÚRBIOS COGNITIVOS E QUALIDAD IDOSOS	E DE
Tabela 1.	Perfil sociodemográfico e frequência na academia da terceira idade dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016	54
Tabela 2.	Perfil socioeconômico dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016	55
Tabela 3.	Distribuição dos idosos, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas com a presença ou não de distúrbios cognitivos e classificação da qualidade de vida nos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016	55
Tabela 4.	Teste de associação das médias dos grupos que apresentam ou não distúrbios cognitivos e as variáveis relacionadas à qualidade de vida, para os idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016	57
	3 - DISTÚRBIOS COGNITIVOS NO PROCESSO DE ENVELHECIMEN ÇÃO ENTRE TABAGISMO E ALCOOLISMO	NTO:
Tabela 1.	Características dos perfis sociodemográfico e econômico dos idosos avaliados	70
Tabela 2.	Associação entre variáveis sociodemográficas e econômicas na presença ou não distúrbios cognitivos e presença ou não de problemas com consumo de álcool nos idosos avaliados	71
Tabela 3.	Associação entre as variáveis: consumo de álcool e tabagismo na presença ou não de distúrbios cognitivos para os idosos avaliados	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Objetivo geral	13
1.2	Objetivos específicos	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	Promoção da saúde e envelhecimento	14
2.2	Capacidade cognitiva	16
2.3	Nível de atividade física	18
2.4	Qualidade de vida	21
2.5	Tabagismo e alcoolismo	23
3	METODOLOGIA	26
3.1	Delineamento do estudo	26
3.2	Aspectos éticos	26
3.3	Local e população do estudo	26
3.4	Seleção da amostra	27
3.4.1	Critérios de inclusão	28
3.4.2	Critérios de exclusão	28
3.5	Coleta de dados	28
3.6	Análise dos dados	29
3.7	Variáveis do estudo	29
3.7.1	Perfil sociodemográfico e classificação econômica	29
3.7.2	Capacidade cognitiva	30
3.7.3	Nível de atividade física	31
3.7.4	Qualidade de vida	31
3.7.5	Tabagismo	32
3.7.6	Alcoolismo.	32
4	ARTIGO 1	33
5	NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	47
6	ARTIGO 2	50
7	NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	64

8	ARTIGO 3	66
9	NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	77
10	CONCLUSÃO	.78
REFI	ERÊNCIAS	79
APÊN	NCIDES	87
	NDICE A – Parecer do Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	88
APÊN	ICIDE B – Declaração de Autorização do Local	91
APÊN	NDICE C – Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade	92
APÊN	NDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
APÊN	NDECE E – Questionário para identificação do perfil sociodemográfico	95
ANE	XOS	96
ANEX	KO A – Questionário para classificação do perfil socioeconômico	97
ANEX	KO B – Mini Exame de Estado Mental (MEEM)	98
ANEX	KO C – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	99
	KO D - World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument QQOL - OLD)	102
ANEX	XO E - Global Adult Tobacco Survey (GATS)	107
ANEX	KOF - Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)	108

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é fato evidente, presente na literatura científica e discutido em diversos âmbitos. A multidimensionalidade da temática requer cooperação entre diferentes saberes e competências. Diversas consequências do envelhecimento individual e populacional demandam adoção de ações interdisciplinares de integração de conhecimentos. Para isso, é essencial a avaliação das políticas relacionadas à promoção do envelhecimento bem sucedido (BÁRRIOS; FERNANDES, 2014).

Nesse contexto, o envelhecimento saudável tornou-se importante pilar de investigação científica e objetivo para a tomada de decisões políticas. O envelhecimento saudável é definido como "o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice" (WHO, 2015).

A incidência de doenças crônicas sobrepostas ao fenótipo da síndrome da fragilidade resulta nas síndromes geriátricas causadoras de dependência física e cognitiva. Entre elas destacam-se: alterações cognitivas, imobilidade, instabilidade da marcha, quedas e incontinência urinária. Nesse contexto, distúrbios cognitivos estão associados à depressão, às demências e ao *delirium*, durante o processo de envelhecimento (RAMOS; CENDOROGLO, 2011).

Diante desses fatos, alguns comportamentos e fatores podem estar relacionados com o declínio cognitivo com o passar da idade (LO et al., 2014). No entanto, a associação entre nível de atividade física, qualidade de vida, uso de tabaco e consumo de álcool nesse comprometimento ainda não possuem parâmetros firmemente estabelecidos, sobretudo na população idosa.

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais prevalente entre idosos no mundo. No Brasil, no período de 2000 a 2009, houve crescimento anual nas taxas de mortalidade na faixa etária de 60 a 79 anos de 8,4% entre as mulheres e 7,7% entre os homens com DA. No grupo etário de 80 anos ou mais, o aumento foi de 15,5% entre as mulheres e 14% entre os homens. Contudo, houve declínio do número de mortes por todas outras causas, em idosos de ambos os sexos (TEIXEIRA et al., 2015).

A manutenção de um cérebro saudável é fator crucial para manutenção da qualidade de vida e preservação da independência dos idosos. Exercícios físicos e cognitivos têm demonstrado eficácia contra o declínio cognitivo relacionado à idade e à doença. Diante disso, o fato de praticantes de atividade física e aqueles que possuem bom nível de saúde mental,

cognitiva e emocional sentirem-se mais capacitados e independentes, facilita participação social, familiar, espiritual e possibilita realização das atividades cotidianas (BAMIDIS et al., 2014; SILVA et al., 2012).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995), Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo em relação à sua vida, de acordo com sua cultura e valores, em relação aos seus projetos, expectativas e objetivos. Assim, tem melhor QV o sujeito que consegue desenvolver o máximo de suas potencialidades durante sua existência.

Determinantes da QV foram mensurados na população em envelhecimento da Finlândia, Polônia e Espanha. As associações mais relevantes foram entre os dados sociodemográficos, presença de doenças crônicas e uma rica rede social, nos três países. Alguns aspectos foram especificamente associados à QV em países individuais: idade, na Polônia; consumo de álcool e depressão, na Espanha; angina, na Finlândia e tristeza autorreferida tanto na Finlândia quanto na Polônia, porém não na Espanha (RAGGI et al., 2016).

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional deixam essa população vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool (SENGER et al., 2011). Esses e outros hábitos, considerados não saudáveis como o sedentarismo, podem estar relacionados ao declínio da capacidade cognitiva e, consequentemente, da qualidade de vida dos idosos.

Mesquita et al. (2015) investigaram a relação entre o tabagismo, capacidade de exercício, atividade de vida diária e qualidade de vida relacionada à saúde. Idosos atualmente fumantes tinham menor capacidade de exercício do que aqueles que nunca fumaram. A pontuação média para a dimensão de saúde mental, dentro do questionário sobre QV, foi pior nos fumantes passivos. O nível de atividade física não diferiu entre os grupos, mas foi relacionado à dependência de nicotina.

Em estudos sul coreanos foram constatados que tabagismo e consumo de álcool são fatores de risco para a depressão. Os idosos mais jovens, casados e praticantes de exercício tiveram efeitos protetores sobre essa patologia. Houve, também, associação entre o início tardio do hábito de beber e fumar, após os 60 anos, com o desenvolvimento de disfunção cognitiva, apresentando diferenças significativas entre sexos (KIM et al., 2015; PARK et al., 2013).

A identificação de fatores de risco e a adoção de hábitos saudáveis podem prevenir os efeitos deletérios da idade relacionados à capacidade cognitiva. Deste modo, o estudo justificase na medida em que apresenta identificação do perfil sociodemográfico e dos fatores de risco relacionados à saúde, de uma amostra representativa da população de idosos de uma cidade do noroeste paranaense.

O crescente aumento da longevidade evidencia que o País apresenta escassez de recursos para atender a população com sessenta anos ou mais. O idoso vive mais e, consequentemente, usa mais serviços de saúde, possui doenças crônicas que necessitam de cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Dessa forma, estudos devem ser feitos para identificar as causas evitáveis, visando diminuir prejuízos aos sistemas de saúde, a perda da independência e da qualidade de vida, promovendo, assim, o envelhecimento ativo.

A presente dissertação é composta por três artigos científicos, os quais foram fundamentados na aplicação de questionários que identificaram perfil sociodemográfico e condições relacionadas à saúde de idosos residentes da zona urbana e rural, do município de Porto Rico–PR.

Os resultados são apresentados no primeiro manuscrito: "Distúrbios cognitivos associados ao nível de atividade física em idosos". No segundo trabalho intitulado "Associação entre distúrbios cognitivos e qualidade de vida em idosos". E um terceiro artigo, cujo título é "Distúrbios cognitivos no processo de envelhecimento: associação entre tabagismo e alcoolismo".

1.1 Objetivo geral

Verificar a associação da presença de distúrbios cognitivos com as variáveis sociodemográficas e econômicas, nível de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos.

1.2 Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas e econômicas dos idosos;

Identificar a presença de distúrbios cognitivos nos idosos;

Avaliar o nível de atividade física dos idosos;

Identificar a qualidade de vida dos idosos;

Identificar a prevalência de tabagismo e alcoolismo nos idosos;

Analisar a associação entre as variáveis de acordo com sexo, grupo etário e regiões de moradia;

Apresentar estratégias de promoção da saúde, de acordo com os resultados obtidos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A fundamentação teórica desta dissertação buscou apresentar os antecedentes científicos que justificaram e sustentaram os dados da pesquisa. Consistiu no levantamento de informações que deram suporte ao tema pesquisado, visando melhor problematizá-lo.

O levantamento realizou-se em periódicos indexados nas bases de dados PubMed, SCOPUS, COCHRANE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Como estratégia de busca utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS: Idosos, Transtornos cognitivos, Atividade física, Qualidade de vida, Tabagismo, Alcoolismo *e* seus correspondentes em inglês e espanhol, juntamente com o operador boleano [AND] entre os descritores e o operador boleano [OR] para descritores sinônimos como forma de identificar publicações mais abrangentes.

A revisão de literatura foi dividida em cinco capítulos. O primeiro abordou a promoção da saúde no processo de envelhecimento humano. O segundo tópico tratou sobre os principais distúrbios cognitivos durante a senilidade e senescência. No terceiro, discutiu-se a relação da atividade física como forma de prevenir os efeitos deletérios da idade. O quarto capítulo discorreu sobre a influência qualidade de vida para a manutenção da saúde. Por fim, o quinto tópico destacou as implicações dos hábitos de fumar e consumir álcool sobre a saúde dos idosos.

2.1 Promoção da saúde e envelhecimento

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorreu na cidade de Ottawa, Canadá, no ano de 1986. Esta conferência foi principalmente uma resposta às crescentes expectativas de um novo movimento de saúde pública em todo o mundo. Esta reunião apresentou ações para alcançar o estado pleno de saúde para todos até o ano de 2000 e além (WHO, 1986).

De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), promoção da saúde é o processo de capacitar pessoas para aumentar o controle sobre, e melhorar, sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e alterar ou lidar com o ambiente.

A 9^a Conferência Global sobre Promoção da Saúde foi realizada na cidade de Shanghai, em novembro de 2016. Esta conferência reafirmou a importância da promoção da saúde na

melhoria e equidade da saúde, no momento histórico de 30 anos de aniversário da Carta de Ottawa e no primeiro ano de implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2016).

As principais metas dessa reunião são reforçar políticas para a saúde por meio de ações em todos os setores do governo, ampliar e fortalecer a mobilização social; promover a literatura científica sobre saúde e destacar o papel crucial que as cidades – e líderes municipais, especialmente prefeitos - desempenham na promoção da saúde (criação de cidades saudáveis), no contexto de uma população global cada vez mais urbanizada (WHO, 2016).

O conceito de promoção da saúde está ligado aos cuidados para manutenção da saúde durante a vida. Em idades mais avançadas, esses cuidados também trazem muitos benefícios, sobretudo na mudança de comportamentos. Devido ao aumento da população idosa, a promoção da saúde geriátrica busca melhorar o nível de saúde de indivíduos com 60 anos ou mais. Com isso, medidas prioritárias para o envelhecimento saudável devem ser devidamente planejadas (MOFRAD et al., 2016).

Pesquisadores contemporâneos e o poder legislativo têm demonstrado grande atenção às medidas destinadas à promoção da saúde no processo de envelhecimento. Esse fato, relaciona-se com a capacidade do indivíduo permanecer ativo e produtivo durante a fase mais tardia da sua idade cronológica. Entretanto, esse procedimento é complexo, principalmente quando envolve grupos de idosos fragilizados e dependentes, por exemplo (BOUDINY, 2013).

Embora não haja uma definição clara sobre o conceito de envelhecimento saudável, ativo, produtivo ou bem sucedido, sabe-se que "envelhecer bem" é uma questão pragmática, de valores não só relacionados à saúde física, emocional, social ou ambiental, mas também, à valores subjetivos e particulares que permeiam o curso da vida (TEIXEIRA; NERI, 2008).

Resultados de um estudo longitudinal apontam que a promoção da saúde geral, em idosos, está significativamente relacionada à prevenção do aparecimento de sintomas depressivos. Esses mesmos sintomas depressivos parecem ser preditores do declínio físico e cognitivo (MAKIZAKO et al., 2015).

Métodos capazes de avaliar a promoção da saúde são bastante estudados em todo o mundo. Na Austrália foi elaborado um questionário curto, com vinte e duas questões divididas em cinco subescalas ("Mudança de comportamento para promover a saúde", "Intenção de promover a saúde", "Habilidades de promoção da saúde", "Eficácia de promoção da saúde" e "Normas de promoção da saúde") para avaliar as capacidades de gestão nessa área (MAUJEAN et al., 2014). No Brasil, no entanto, não há documentos específicos para essa finalidade.

No Brasil, há alguns programas voltados para a população idosa e o envelhecimento saudável. Esses programas utilizam estratégias multidimensionais e visam a melhoria da qualidade de vida, saúde, bem-estar, bem como, promovem a autonomia, a independência, a inserção dos idosos na sociedade por meio da criação do ambiente de suporte para prevenção de agravos e o aumento da capacidade funcional (ARAÚJO et al., 2011).

Os principais programas brasileiros que objetivam essas finalidades são: Projeto de Valorização do Envelhecer (PROVE); Programa Interdisciplinar de apoio à Terceira Idade (PIATI); Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) e Universidade Aberta para a Terceira Idade (UNATI) (ARAÚJO et al., 2011).

Promover a saúde, tanto física quanto mental, poderá fornecer fortes dividendos no futuro. Educar a população para compreender os fatores de risco, os potenciais de vulnerabilidade e, sobretudo, ensiná-los a desenvolverem estratégias de enfrentamento são abordagens que funcionam. Intervenções precoces e estratégias semelhantes que visam a promoção da saúde foram empregadas no tratamento da depressão, transtorno de personalidade e vícios. Os resultados apontaram melhorias nas condições de saúde dos pacientes (KALRA et al., 2012).

Em estudo longitudinal, com 1292 homens americanos idosos, foram identificados fatores modificáveis relacionados ao estilo de vida de idosos saudáveis, ou seja, isento de 6 principais doenças crônicas e sem deficiência física ou cognitiva. Em relação aos hábitos de saúde, esses sobreviventes saudáveis fumavam pouco ou eram não fumantes, consumiam pouco álcool e praticavam mais atividade física (BELL et al., 2014).

Em relação às intervenções em promoção da saúde, uma revisão de literatura comparou as intervenções no tratamento de deficiências de desenvolvimento e as deficiências geradas pelo envelhecimento. Nota-se que há grande distanciamento entre as áreas, entretanto, a colaboração entre os campos do envelhecimento e da deficiência intelectual é crucial para o desenvolvimento de estratégias de intervenções semelhantes para a promoção da saúde de ambas as populações (HELLER et al., 2014).

2.2 Distúrbios cognitivos

Declínio da capacidade cognitiva é fator natural no processo de senescência. Na verdade, com o avançar da idade, há menor prontidão da memória, o que, muitas vezes, é confundido com perdas compatíveis com a demência (MONTAÑO; RAMOS, 2011).

Montaño e Ramos (2011) ainda ressaltam que essas mudanças cognitivas relacionadas à idade são a perda de funções executivas, ou seja, alterações nas habilidades necessárias para lidar com ações do cotidiano; alterações da linguagem; diminuição da capacidade de lembrar palavras; decaimento das habilidades viso espaciais; dificuldade de organização viso perceptiva e construções mais lentas, levando a maior dificuldade de orientação, mesmo em ambientes familiares.

Durante o processo de senilidade, ou seja, do envelhecimento patológico, destacam-se três aspectos que afetam significativamente os processos cognitivos: o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), a Pseudodemência Depressiva (PSD-d) e a Doença de Alzheimer (DA). O diagnóstico desses quadros são complexos e, muitas vezes, não nítidos. Faz-se necessário trabalho interdisciplinar, com avaliações médicas, incluindo diagnóstico psicológico de personalidade, além de avaliações das atividades da vida diária (PARENTE et al., 2006).

O CCL pode ser definido por: queixa de perda de memória (do paciente ou referida pelo acompanhante) e prejuízo de memória objetivamente identificado (teste neuropsicológico, como o Mini Exame de Estado Mental). No entanto, a função cognitiva geral é normal; a capacidade de realizar atividades da vida diária também e o quadro de demência é inexistente (MONTAÑO; RAMOS, 2011).

De acordo com Barners et al. (2014), não há uniformidade nas ferramentas que podem evidenciar que CCL pode evoluir para DA. No entanto, a pontuação baseada na combinação de exames de dependência funcional, medidas de ressonância magnética cerebral e resultados de testes neuropsicológicos podem fornecer uma boa precisão para a previsão dessa conversão.

Demência segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 é uma síndrome decorrente de doença cerebral, de natureza crônica ou progressiva, na qual há perturbação de múltiplas funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento (WHO, 1992).

No que concerne à essa patologia, ela constitui um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns em idosos. Consequências da sintomatologia depressiva agravam doenças e podem desencadear o surgimento de outras. Além disso, prejudicam a capacidade de exercício de atividades da vida diária, fazendo da depressão no idoso um problema de saúde pública, com elevados custos associados (CHAPMAN; PERRY, 2008).

Sabe-se que a população idosa está mais suscetível a vários distúrbios psiquiátricos. Embora a Depressão Maior (DM) afete 1-2% da população com mais de 65 anos, os sintomas depressivos existem clinicamente em 8-20% dos idosos (BARRY et al., 2012). Nos idosos

hospitalizados ou institucionalizados essa prevalência pode ultrapassar os 40% (HUANG et al., 2011).

Em estudo realizado por Lara et al. (2016), sintomas depressivos foram significativamente associados a maior risco de mortalidade em indivíduos com mais de 65 anos e com DA incidente. Nesse sentido, estratégias com foco na prevenção e tratamento da depressão em idosos podem trazer benefícios não só na qualidade de vida, como também no aumento da sobrevida no contexto da Doença de Alzheimer.

Demência do tipo Alzheimer corresponde a 60% dos quadros demenciais e é considerada a mais prevalente em todo o mundo. É também principal causa de dependência funcional, institucionalização e mortalidade entre idosos (BARNETT; HACHINSKI; BLACKWELL, 2013).

Nos Estados Unidos, em 2010, cerca de 600.000 mortes ocorreram com indivíduos com 65 anos de idade ou mais, com DA, que compreende a 32% de todas as mortes de indivíduos idosos. Em 2050, este número é projetado para ser 1,6 milhão, 43% de todas as mortes de adultos mais velhos (WEUVE et al., 2014).

Já no Brasil, realizou-se estudo sobre a evolução da taxa de mortalidade por DA nas capitais brasileiras, no período de 2000 a 2009. Constatou-se aumento constante do número de óbitos por DA como causa básica ou causa mencionada, em ambos os sexos. O crescimento médio anual por DA, como causa básica, entre os homens foi de 11,7% e como causa mencionada foi de 11,8%. Entre as mulheres o aumento foi de 13,2% e 13,8%, respectivamente (TEIXEIRA et al., 2015).

A compreensão científica que demência é uma patologia que surge no fim da vida e não pode ser impedida deslocou-se e, hoje, considera-se que a prevenção, por meio de estilo de vida saudável, prática regular de atividades físicas, dieta equilibrada, desde as primeiras fases da vida, bem como, monitoramento do declínio cognitivo, manutenção de atividades cognitivas, e cessação de hábitos não saudáveis são intervenções eficazes que podem evitar o surgimento de qualquer tipo de demência no futuro (BARNETT; HACHINSKI; BLACKWELL, 2013).

2.3 Atividade física

Atividade física (AF) é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que promovam gasto de energia acima do nível de repouso. Ela pode estar na forma de movimento geral, estruturados e periodizados ou repetitivos, tais como o exercício físico (WHO, 2010).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) destaca e reconhece práticas corporais e AF como fatores protetores da saúde em todas as idades. Essa questão é complexa e envolve gestão e ações intersetoriais. Nesse sentido, alguns projetos e programas que contemplam desde a reorganização do espaço urbano, favorecendo a mobilidade urbana e a prática do lazer ativo, até a ampliação da partipação da população nas discussões sobre qualidade de vida, foram implantados para alcançar esse objetivo (BRASIL, 2011).

É cada vez mais discutido e analisado como a AF pode interferir na capacidade funcional, influenciando qualidade de vida e saúde durante o processo de envelhecimento (FARINATTI, 2014). Idosos sedentários apresentam reduzida qualidade de vida quando comparados àqueles praticantes de exercícios físicos regulares (SILVA et al., 2012).

Evidências científicas têm demostrado que AF, atividades exercidas, exercícios aeróbicos e de força praticados regularmente podem promover resultados significantes tanto na qualidade de vida quanto no enfrentamento de doenças crônicas e depressão (MELO et al., 2014).

Além disso, é enfatizado que diversos programas de intervenção de AF podem melhorar o desempenho motor e autonomia de pessoas com idade avançada, isso se deve ao fato de que praticantes de exercícios físicos tornam-se mais capacitados e independentes, o que facilita a participação social e possibilita a realização das atividades diárias (SILVA et al., 2012).

Idosos com DA, que participaram de um programa de AF sistematizada, obtiveram benefícios no equilíbrio, diminuição do risco de quedas e manutenção das funções cognitivas, quando comparados com um grupo controle (HERNANDÉZ et al., 2010). Desse modo, podese inferir que a prática de AF sistematizada e regular representa uma alternativa não farmacológica e de baixo custo para redução do declínio cognitivo e motor decorrentes da doença.

O *The European Working Group on Sarcopenia in Older People* desenvolveu uma definição clínica de prática e chegaram em um consenso sobre os critérios de diagnóstico da sarcopenia. Ela é caracterizada pela diminuição da força muscular, da massa muscular e baixa performance física durante o processo de senescência (CRUZ-JENTOFT et al., 2010).

Essa diminuição de massa muscular é de cerca de 1 a 2% por ano, a partir dos 50 anos de idade e é observada de forma mais significativa a partir da sexta década de vida (PÍCOLI; FIGUEIREDO; PATRIZZI, 2011).

Nesse sentido, o treinamento de força (ou resistido) é considerado importante ferramenta no combate à sarcopenia. Esse treinamento demonstra grande eficácia no aumento da massa, força e potência muscular. Entretanto, deve-se levar em consideração princípios de

treinamento, comorbidades associadas, necessidades individuais e objetivo do praticante, em qualquer faixa etária (BRANDÃO; SIQUEIRA, 2014).

Durante o envelhecimento a inatividade pode causar grandes prejuízos, acelerando o decréscimo da capacidade funcional, tornando o idoso mais dependente e incapacitando-o de executar as tarefas do dia a dia. Percebe-se que o idoso pode se beneficiar mais com a prática do exercício físico do que o próprio jovem. Essa prática traz tantos benefícios psicológicos, sociais, no equilíbrio e no humor, quanto na diminuição da ansiedade e atua como coadjuvante no tratamento da depressão leve (VAZ, 2014).

No entanto, há uma lacuna bastante discutida na literatura em relação aos efeitos do exercício físico na alteração do declínio cognitivo de acordo com a idade. Bielak et al. (2014) observaram os efeitos da AF em jovens, adultos de meia idade e idosos e sua associação com a capacidade cognitiva. Os resultados apontaram efeitos mais positivos e significativos na amostra de jovens. Esses achados sugerem que quanto mais cedo se iniciar a prática de atividades físicas, melhores serão os efeitos protetores para a cognição do indivíduo.

Em estudo longitudinal observou-se associações positivas entre as variáveis intensidade, tempo e AF, em uma grande amostra de idosos com mais de 10 anos de prática. Houve associação entre intensidade leve de AF e sobrevivência. Estes dados sugerem que os melhores benefícios de saúde podem ser alcançados por meio de diferentes intensidades de AF. Os adultos mais velhos também podem se benefíciar com a prática de AF de baixa intensidade (HAMER; OLIVEIRA; DEMAKAKOS, 2014).

Corroborando com esses resultados, Pahor et al. (2014) observaram que um programa de AF estruturada, de intensidade moderada, em comparação com um programa de educação para a saúde obteve uma maior redução de deficiência na mobilidade, em uma intervenção durante 2,6 anos, em idosos com risco de deficiência. Esses achados sugerem benefícios desse programa na mobilidade de idosos vulneráveis.

AF regular auxilia no controle de doenças crônicas, melhora a mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida no envelhecimento. Para isso, deve-se estimular a prática regular de atividades físicas aeróbicas, de fortalecimento muscular, de equilíbrio e de flexibilidade. Mudanças para um estilo de vida ativo é parte fundamental para envelhecer com saúde e qualidade (MATSUDO, 2009).

2.4 Qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) define a qualidade de vida (QV) como a percepção da posição do indivíduo na sua totalidade, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele está inserido, bem como a relação com seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações perante a vida.

QV, sobretudo em um País que se encontra em estágio notável de aumento da expectativa de vida, deve ser discutida por diversos setores. Tanto poder público quanto organizações privadas, engajados em um trabalho de longo prazo, devem preocupar-se em garantir qualidade de vida aos idosos, hoje mais ativos e participantes no mercado de trabalho. Desse modo, nota-se demanda de investimentos voltados para a promoção da saúde durante o envelhecimento, em nível multidisciplinar (CORREA; BORBA-PINHEIRO; DANTAS, 2013).

Houve correlação fraca, embora significativa, entre domínios da QV, funcionamento cognitivo e desempenho das funções executivas de idosos. Por meio desse estudo verificou-se que quanto melhor percepção de QV geral melhor o funcionamento cognitivo global, avaliado pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM) e melhor o desempenho executivo, avaliado pelo Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST) (BECKERT; IRIGARAY; TRENTINI, 2012).

Quando comparados idosos sedentários com idosos fisicamente ativos, observou-se que aqueles apresentavam reduzida QV quando comparados a estes. Por meio destes resultados, pode-se inferir que o exercício físico é um fator determinante para melhorar a qualidade de vida do idoso (SILVA et al., 2012). Idosos praticantes de atividades aquáticas também apresentaram resultados significativos e positivos quando comparada a percepção de QV com o nível de aptidão física (GONÇALVES et al., 2014).

Corroborando com esses achados, Guedes et al. (2012) também investigaram a associação entre nível de AF e QV em uma amostra de idosos brasileiros. Em ambos os sexos, idosos que relataram serem mais ativos fisicamente obtiveram pontuações mais altas nos quesitos "capacidade sensorial", "autonomia" e "domínios de intimidade". Além disso, os idosos fisicamente ativos apresentaram maior QV global, independente de idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico.

Ao verificar a QV de idosos institucionalizados da cidade de João Pessoa- PB, Lima, Lima e Ribeiro (2010) concluíram que as atividades diárias influenciavam nesse componente, de modo que quanto mais atividades praticavam, maior o nível de QV. Nesse sentido, a AF

torna-se ferramenta importante na ocupação do tempo ocioso e na interação social entre idosos institucionalizados.

Ainda em relação aos idosos institucionalizados, esses não apresentaram pior percepção da QV, quando comparados aos indivíduos não institucionalizados, apesar dos autores esperarem o contrário. É importante destacar que o convívio social, a prática de atividade física e o bem estar psicológico, dentre outros são considerados fatores importantes para melhor percepção de QV nesse contingente (DIAS; CARVALHO; ARAÚJO, 2013).

Na cidade de Crato, no Ceará, realizou-se pesquisa qualitativa, por meio de entrevista, em um Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e constatou-se que, embora alguns idosos não soubessem conceituar a QV, eles a relacionavam às condições de saúde associada à alimentação saudável, assim como à aquisição de dinheiro para a solução de seus problemas (SANTOS; JUNIOR, 2014).

Quando comparados o nível de inabilidade e QV entre idosos com Doença Mental Crônica (DMC) e idosos saudáveis, de um grupo controle (GC), Ramaprasad, Rao e Kalyanasundaram (2015) constaram que o grupo DMC tinham maior inaptidão para locomoverse, para comunicar-se, para o autocuidado, para participação na sociedade e para atividades do cotidiano quando comparado ao GC. A QV estava associada negativamente com o nível de inaptidão, ou seja, quanto mais alto o nível de inaptidão, mais baixa era a QV.

Em contrapartida, Bosboom e Almeida (2014) determinaram a associação entre declínio cognitivo e QV, durante dezoito meses, em idosos com DA. Os resultados apontaram que a QV desses idosos não estava consistentemente associada com qualquer um dos domínios cognitivos específicos de DA, identificados nas avaliações. Os autores ressaltaram, também, que as terapias focadas nos reforços cognitivos não afetavam a QV dessas pessoas.

Idosos avaliados por meio do WHOQOL – BREF e WHOQOL- OLD, residentes de instituições de longa permanência e acometidos por alguma deficiência, possuíam maiores escores nos domínios "autonomia" e "intimidade" e apresentavam menores escores no domínio "morte e medo de morrer" (GUTIERRES- FILHO et al., 2014).

Baixa QV estava significativamente associada ao sexo feminino, à idade avançada, ao menor nível de escolaridade, em ser viúva (o), à menor renda, à estrutura familiar separada, a viver sozinha (o), ao tabagismo e ter alguma doença. Sintomas depressivos têm efeito negativo e o suporte social tem efeito positivo sobre a QV dos idosos. Esses resultados, observados por Unalan et al. (2015), demonstram que mudanças culturais, por meio de políticas públicas, ações privadas e administrativas devem ser implementadas em conjunto para haver melhora na QV de idosos.

Ao utilizar o questionário WHOQOL-OLD, verificou-se que em idosos, com 80 anos ou mais, que vivem sozinhos, a QV foi considerada de média a boa ao ser associada à pluralidade de domínios como: funcionamento sensorial, autonomia, morte e medo de morrer, atividades, renda, vida social e relação com a família (FALCADE et al., 2011).

2.5 Tabagismo e alcoolismo

A mortalidade do idoso é influenciada por diversos determinantes sociais, que vão desde os hábitos e estilo de vida (atividade física, alcoolismo, tabagismo, etc) até macro determinantes socioeconômicos (escolaridade, variação urbano/rural e intercontinental, etc). As ações e políticas sobre tais determinantes devem ser feitas objetivando proporcionar mais longevidade, saúde e qualidade de vida à população (SILVA; CESSE; ALBUQUERQUE, 2014).

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional, deixam essa população mais vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Isso poderá acarretar em um grande problema de saúde pública, já que a expectativa de vida da população aumentará (SENGER et al., 2011).

O tabaco é um dos mais potentes agentes carcinogênicos para o ser humano e seu consumo, assim como a exposição à fumaça produzida pelo fumante, é considerado principal fator de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares. O alcoolismo está associado à hipertensão arterial, à cirrose, ao acidente vascular encefálico e a alguns tipos de câncer também (SENGER et al., 2011).

Tabagismo e inatividade física mostraram impactos importantes sobre a saúde das pessoas mais velhas. Maiores proporções de idosos com problemas de saúde eram fumantes $(26,1\% \text{ vs. } 16,9\%; \text{ p} \le 0,001)$ e fisicamente inativos (atividades vigorosas: 88,7% vs. 70,7%, p $\le 0,001$; atividades moderadas: 67,1% vs. 57,1%, p $\le 0,01$). Tabagismo (p $\le 0,05$) e falta de atividade física vigorosa (p $\le 0,001$) aumentou a probabilidade de problemas de saúde significativamente (CRAMM; LEE, 2014).

Mesquita et al. (2015) investigaram a relação do tabagismo com a capacidade de exercício, atividades físicas da vida diária e QV relacionada à saúde em idosos fisicamente independentes. Os resultados mostraram que ex fumantes tiveram capacidade de exercício significativamente menor que não fumantes. A saúde mental, verificada por meio do questionário de QV, obteve pior pontuação para fumantes passivos quando comparada com ex fumantes.

Existe crescente preocupação com a prevalência de idosos fumantes residentes em instituições de longa permanência. Em Brasília, encontrou-se uma significativa associação entre o grau de dependência nicotínica e escolaridade, renda mensal, vínculo afetivo, motivação para a cessação e depressão provável (CARVALHO; GOMES; LOUREIRO, 2010).

Uma revisão sistemática e meta-análise, realizada por Peters et al. (2008a), mostrou que parece provável que o tabagismo aumenta o risco de desenvolver Doença de Alzheimer e pode ser, também, fator de risco para outras formas de demência. Esse estudo oferece informações importantes para impedir ou cessar o hábito de fumar, sobretudo para indivíduos com idade superior a 65 anos. Em relação à dependência de nicotina, os autores enfatizam que necessitase de investigações mais profundas.

Tabagismo é forte fator de risco para doenças cardiovasculares e mortalidade, sobretudo em idosos mais velhos (>85 anos). O hábito de fumar acelera a prevalência de mortalidade, por eventos cardiovasculares, em mais de cinco anos. Esse fato demonstra que a cessação do tabagismo nestes grupos etários ainda é benéfica (MONS et al., 2015).

Na cidade de Londrina-PR, 19,2% da população idosa pesquisada era fumante, 31,1% era ex-fumante e 49,7% nunca fumou. Dos fumantes atuais, 45,5% obtiveram uma percepção autorreferida de saúde boa e conheciam os riscos do hábito de fumar. Esses resultados mostram que o tabagismo tem grande impacto na percepção das condições de saúde e no uso de serviços de saúde entre os indivíduos estudados, uma vez que 69,7% dos fumantes atuais foram hospitalizados pelo menos uma vez no último ano (FREITAS et al., 2010).

Aproximadamente um terço dos idosos com doenças crônicas relataram o uso de álcool e cerca de 7% fazem uso excessivo dessa substância (RYAN et al., 2013). Esses resultados servem de alerta para que médicos e pacientes possam discutir o consumo de álcool como fator de risco para o surgimento de patologias crônicas.

Em pesquisa sul coreana, homens idosos classificados como ex-bebedores e bebedores pesados atuais eram mais propensos a terem status depressivo do que não-bebedores. Entretanto, bebedores moderados atuais eram menos propensos a terem status depressivo do que não-bebedores. Para o sexo feminino, ex-bebedoras eram mais predispostas a terem depressão do que não-bebedoras. Ex-fumantes e fumantes atuais tinham mais predisposição a serem deprimidas do que não-fumantes (NOH et al., 2014).

Outro estudo sul coreano apresentou uma relação curvilínea (em forma de "J") entre o consumo de álcool e a depressão. Estes resultados corroboram com achados na população ocidental, mostrando essa relação em diferentes contextos culturais (KIM et al., 2015).

Em contrapartida, pesquisa realizada com 1594 participantes, de ambos os sexos, mostrou que o consumo moderado e regular de álcool foi associado à percepção melhor de QV em idosos. Entretanto, esse estudo não defende o consumo inseguro, irresponsável ou exagerado dessa substância (CHAN et al., 2009).

Corroborando com isso, diversos estudos fornecem evidências de que consumo leve e moderado de álcool durante a vida tardia está associado com menor declínio na aprendizagem, memória e, consequentemente, melhor funcionamento cognitivo e menor risco de demência (ANSTEY et al., 2009; WEYERER et al., 2011; DOWNER et al., 2014).

Nesse sentido, Peters et al (2008b), por meio de revisão sistemática e meta-análise, verificaram que, apesar da heterogenidade dos dados e resultados encontrados, existem evidências que a ingestão limitada de álcool na vida adulta mais cedo pode ser um fator protetor para a incidência de demência mais tarde.

Em idosos brasileiros, especificamente do Estado de Minas Gerais, observou-se que entre homens havia uma prevalência tanto do uso de tabaco como do uso de álcool e maior nível de atividade física. Nesse sentido, há necessidade da criação de políticas voltadas a prevenção e manutenção de estilo e hábitos de vida saudáveis para esse contingente (SANTOS et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

O presente estudo caracteriza-se como transversal, com coleta de dados primários, secundários e abordagem descritiva-analítica.

3.2 Aspectos éticos

A presente dissertação foi desenvolvida a partir do projeto "Capacidade cognitiva, nível de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos" encaminhado para avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, sob o número do parecer 1.423.637/2015, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE A).

Para assegurar os princípios éticos foi realizada apresentação verbal, entrega do projeto impresso e da Declaração de Autorização do Local (APÊNDICE B) à Secretaria de Saúde do município de Porto Rico-PR e solicitada a autorização da mesma.

Em seguida, para levantamento dos nomes, sexo e endereço dos participantes do estudo foi realizada pesquisa documental nos prontuários dos pacientes cadastrados na UBS do município. Para tanto, os orientadores da pesquisa assinaram o Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade (APÊNDICE C). O objetivo desse termo é preservar a privacidade dos dados dos usuários.

Antes no início da coleta de dados foi feita a explicação aos idosos sobre os objetivos da pesquisa. Os que se adequaram aos critérios de inclusão e aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Foi garantido aos participantes o anonimato, a voluntariedade em participar e a desistência em qualquer etapa da pesquisa (APÊNDICE D).

3.3 Local e população do estudo

A coleta de dados realizou-se no município de Porto Rico, localizado na região noroeste do Paraná. Segundo IBGE (2010), o município tem a população de 2.530 habitantes. A

população idosa corresponde a aproximadamente 12,1%, ou seja, cerca de 306 idosos e o município possui área de 217,676 km².

A população idosa que reside na área urbana corresponde a 214 idosos (70% do total de idosos), sendo 102 do sexo masculino e 112 do sexo feminino. Os residentes da área rural correspondem a 92 idosos (30%), sendo 48 do sexo masculino e 44 do sexo feminino (IBGE, 2010).

3.4 Seleção da amostra

O processo amostral foi calculado a partir do número de idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde do município (N=306), com idade igual ou acima de 60 anos, de ambos os sexos, até o ano de 2015.

Inicialmente realizou-se planejamento do estudo no Centro de Saúde/Unidade Básica NIS II – Porto Rico, onde foi feito levantamento do número de prontuários de indivíduos com 60 anos ou mais, com ficha de cadastro domiciliar na unidade, sendo consideradas essas pessoas elegíveis para a pesquisa. Após isso, as fichas foram numeradas na ordem que se encontram no arquivo.

O tamanho da amostra de idosos foi avaliado aplicando-se regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas, por meio da seguinte fórmula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{z^2 pq + (N-1)E^2}$$

Foi considerado um nível de confiança (z) de 95% e um erro máximo de estimativa (E) de 3%. A proporção ou prevalência que esperamos encontrar (p), a proporção populacional de indivíduos que não pertence à categoria que estamos interessados em estudar (q) e o tamanho da população (N) foram determinados a partir da revisão bibliográfica e montagem do sistema de referência.

A amostra final (n) foi constituída por cento e oitenta (180) idosos, sendo 60,6% (109) do sexo feminino e 39,4% (71) do sexo masculino. Média de idade de 70,8 (± 7,9) anos. Na sequência do cálculo amostral, foram sorteados os prontuários de forma estratificada, proporcionalmente de acordo com a região (rural ou urbana) onde os indivíduos residiam. Do total, trinta (30) indivíduos residiam na área rural e cento e cinquenta (150) na área urbana.

3.4.1 Critérios de inclusão

Indivíduos idosos, com idade igual ou acima de 60 anos, cadastrados no Sistema de Atenção Básica (SIAB), com prontuários registrados no Centro de Saúde/Unidade Básica NIS II, do município de Porto- PR e residentes habituais em domicílios particulares, da área urbana ou rural, no município onde foi realizada a pesquisa.

3.4.2 Critérios de exclusão

- Indivíduos com idade menor que sessenta anos.
- Indivíduos com deficiências sensoriais (cegueira, surdez e/ou mudez) ou motoras (ortopédicas / reumatológicas) que impeçam a realização das avaliações.
- Ausência de informante, caso houvesse necessidade.
- Ausência do idoso no domicílio, por tempo superior ao da pesquisa de campo.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante os meses de janeiro e fevereiro de 2016. A equipe de pesquisadores foi composta pelo autor e uma aluna do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde (PPGPS – 2015/2016), ambos matriculados na linha de pesquisa 01: Envelhecimento Ativo. Os alunos foram submetidos aos treinamentos relacionados à aplicação dos questionários e registro dos dados em formulários. O treinamento foi ministrado pelos próprios autores e orientadores do estudo.

Após esses procedimentos, retornou-se à UBS e realizou-se anotações de cada prontuário sorteado. Os pesquisadores identificaram os domicílios e os idosos selecionados, em seguida foi feita abordagem inicial, explicando os objetivos e os procedimentos para participação da pesquisa. Em caso de aceite, foi lido o TCLE (APÊNDICE D) e solicitada sua assinatura ou impregnação da polpa digital, nas duas vias do termo, para, em seguida, serem aplicados os questionários. Após registradas perdas e exclusões, novos sorteios foram realizados até atingir o número de idosos estimados, em cada região, para completar a amostragem.

A aplicação dos questionários foi realizada por meio de entrevista individual. A tabulação das informações coletadas e análise dos dados foram feitas posteriormente.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio da média, desvio-padrão (DP), porcentagem e os valores de máximo e mínimo.

Foi aplicado o Teste *T-Student* para comparação entre as médias dos idosos com e sem distúrbio cognitivo. Para a associação entre as variáveis dependentes e independentes foi adotado o Teste *Qui-Quadrado* ou Teste *Exato de Fisher*.

A decisão de se rejeitar a hipótese nula (H_0) , ou não, foi adotada, considerando-se p $\leq 0,05$. Aplicou-se teste de normalidade para os dados quantitativos. As análises foram realizadas nos programas Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0) e Statistica (versão 7.1), a partir de uma base de dados construída no aplicativo Excel (versão 2013).

3.7 Variáveis do estudo

3.7.1 Perfil sociodemográfico e classificação socioeconômica

Para conhecer os idosos segundo características sociodemográficas foram coletados dados com o auxílio de formulário, contendo as seguintes variáveis: idade (caracterizada por grupo etário: 60-69 anos; 70-79 anos e 80 ou mais), sexo (masculino e feminino), estado civil (casado, solteiro, viúvo, união consensual e divorciado/separado/desquitado), renda familiar, equivalente aos resultados de ganhos de todos os membros da residência, classificados em salários mínimos (SM): (< 1 SM, = 1SM, de 2 a 3 SM, de 3 a 4 SM, 4SM ou mais), uso da academia da terceira idade (sim ou não), localização de moradia (rural ou urbana), escolaridade (categorizada por anos de estudo em: não alfabetizados; 1-4 anos; 5-8 anos; 9-11 anos e maior que 11 anos de estudo), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), situação ocupacional (ativo ou inativo economicamente).(APÊNDICE E).

O perfil socioeconômico foi identificado por meio do Questionário de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014). Este instrumento estima o poder de compra da população brasileira por meio de um sistema de pontos que, somados, servem para classificar em classes econômicas em 8 níveis: A (A1, A2), B (B1, B2), C (C1, C2), D e E (ANEXO A).

Os pontos de corte e suas respectivas classificações estão descritos no quadro 1.

Quadro 1. Pontos de corte e classificação econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

CLASSES	PONTOS
A	45 – 100
B1	38 – 44
B2	29 – 37
C1	23 – 28
C2	17 – 22
D/E	0 – 16

Fonte: (ABEP, 2014).

3.7.2 Distúrbio cognitivo

A presença ou não de distúrbios cognitivos, nos idosos, foi identificada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), proposto e validado para a população idosa brasileira por Brucki et al. (2003) (ANEXO B). O instrumento avalia a orientação temporal e espacial, atenção e cálculo, lembranças (memória de evocação), linguagem, capacidade de obedecer comandos e coordenação motora fina. Foi considerada a influência da escolaridade para classificação do desempenho cognitivo. Dessa forma, a soma dos pontos de corte para identificação da presença de distúrbio cognitivo foram sugeridos pelos autores e estão descritos no quadro 2.

Quadro 2. Avaliação do escore obtido por meio do Mini Exame de Estado Mental (MEEM).

PONTOS DE CORTE	ESCOLARIDADE
< 20	Sem grau de escolaridade
< 25	De 1 a 4 anos de escolaridade
< 27	De 5 a 8 anos de escolaridade
< 28	De 9 a 11 anos de escolaridade
< 29	Mais de 11 anos de escolaridade

Fonte: (BRUCKI et al., 2003).

O Grau de escolaridade foi relatado pelo idoso ou responsável. Foram considerados sem grau de escolaridade, aqueles que são analfabetos, analfabetos funcionais (que somente assinam o próprio nome e não conseguem interpretar orações simples) ou que nunca frequentaram a escola. Levando-se em conta os pontos de corte estabelecidos, os idosos foram classificados em dois grupos: Apresenta Distúrbio Cognitivo (ADC) e Não Apresenta Distúrbio Cognitivo (NADC), dessa forma, foram avaliados como ADC aqueles que tiverem escores inferiores aos pontos de corte.

3.7.3 Nível de atividade física

O Nível de Atividade Física foi identificado por meio do *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* versão 8, forma longa, adaptado para idosos por Benedetti, Mazo e Barros (2004). Este instrumento permite estimar o tipo de atividade física e o tempo gasto em uma semana usual (típica), por pelo menos dez minutos contínuos (ANEXO C).

As questões estão divididas em cinco seções, que compreendem: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte (deslocamento à pé ou de bicicleta); atividade física em casa, tarefas domésticas e atenção à família; atividade física de recreação, esporte, exercício e lazer; e tempo que passa sentado.

Para determinação do nível de atividade física dos sujeitos, os autores propõem que eles sejam classificados em "Ativos" quando dispendem um tempo maior ou igual a 150 minutos com AF durante a semana. Por consequência, classificou-se aqueles que despendiam um tempo menor que 150 min/sem como "Sedentários".

3.7.4 Qualidade de vida

Para identificar a qualidade de vida dos idosos foi utilizado o instrumento *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-OLD)*, desenvolvido e validado na versão em português por Fleck, Chachamovik e Trentini (2006). O questionário permite a avaliação da QV em adultos e idosos. As questões estão relacionadas aos pensamentos, sentimentos, valores, esperanças, prazeres e preocupações dos membros mais velhos da sociedade. Os entrevistados devem responder pensando na sua qualidade de vida nas duas últimas semanas. Por meio dos resultados, é possível inferir o impacto da prestação de serviço, de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a QV, especialmente na identificação das possíveis consequências das políticas sobre qualidade de vida para idosos (ANEXO D).

O instrumento é constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: "Funcionamento do Sensório" (FS), "Autonomia" (AUT), "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" (PPF), "Participação Social" (PSO), "Morte e Morrer" (MEM) e "Intimidade" (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; assim os valores dos escores brutos mais baixos e mais altos possíveis são iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20).

Basicamente, escores altos (mais próximos de 20) representam alta QV, escores baixos (próximos de 4) representam baixa QV, em cada faceta. Os escores das seis facetas ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral ("global") para a QV em adultos idosos, denotado como o "escore total" do módulo WHOQOL-OLD. A soma dos escores podem variar entre 24 e 120 pontos totais. Adotou-se, no presente estudo, classificar os idosos com "Boa Qualidade de Vida Geral" quando alcançassem o escore ≥ 80 pontos.

Os autores sugerem que quando itens são expressos negativamente, o escore tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. Isso deve ser feito nas perguntas 1,2,6,7,8,9 e 10, conforme descrito no quadro 3.

Quadro 3. Facetas e número das questões do WHOQOL-OLD

FACETAS	QUESTÕES
Funcionamento Sensório (FS)	old_01*, old_02*, old_10*, old_20
Autonomia (AUT)	old_03*, old_04*, old_05*, old_11
Atividades Passadas Presentes e Futuras (PPF)	old_12, old_13, old_15, old_19
Participação Social (PSO)	old_14, old_16, old_17, old_18
Morte e Morrer (MEM)	old_06*, old_07*, old_08*, old_09*
Intimidade (INT)	old_21, old_22, old_23, old_24

Legenda: * Itens com escore reverso

Fonte: (FLECK; CHACHAMOVIK; TRENTINI, 2006).

3.7.5 Tabagismo

No presente estudo foi aplicado o questionário adaptado *Global Adult Tobacco Survey* (GATS, 2011), que tem por objetivo identificar a situação atual e passada do consumo de tabaco dos respondentes. Por meio deste questionário os idosos foram classificados em: Fumante diário; Fumante ocasional; Ex-fumante e Nunca fumou (ANEXO E).

3.7.6 Alcoolismo

A prevalência de alcoolismo foi identificada por meio do *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G). Este questionário foi validado e traduzido para a população idosa brasileira, por Kano (2011). Consiste em 24 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não). Nesse instrumento cada resposta "sim" vale um ponto e a nota de corte de 5 pontos é tomada como um indicativo de provável abuso do álcool. A pontuação entre 0 a 4 pontos significa que não há evidência de alcoolismo, enquanto que uma soma igual ou acima de 5 pontos indica problemas relacionados com o uso do álcool (ANEXO F).

4 ARTIGO 1

Distúrbios cognitivos associados ao nível de atividade física em idosos

Cognitive disorders associated with the level of physical activity in elderly

Danilo Francisco da Silva Marçal¹, Juliana Maria de Oliveira¹, Lucia Elaine Ranieri Cortez¹, Rose Mari Bennemann¹.

Contribuição dos autores:

- Marçal DFS. Colaborou com a redação do projeto, coleta, tabulação, análise e interpretação dos dados, pesquisa e redação final da versão a ser publicada.
- Oliveira JM. Colaborou com concepção, coleta, tabulação, análise e interpretação dos dados.
- Cortez LER. Colaborou com pesquisa na literatura científica para discussão dos resultados do artigo.
- Bennemann RM. Cooperou com orientação e aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; Bolsa de Mestrado para Marçal DFS e Oliveira JM).

Conflitos de interesse:

Não há conflitos de interesse a declarar.

Autor correspondente:

Danilo Francisco da Silva Marçal

Av. Guedner, 1610 – Jardim Aclimação, Maringá – PR, Brasil, 87050-390. danilofsm@msn.com

¹Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

Distúrbios cognitivos associados ao nível de atividade física em idosos

Cognitive disorders associated with the level of physical activity in elderly

Resumo

Objetivo: identificar a presença distúrbios cognitivos e sua associação com o nível de atividade física em idosos. **Métodos:** o estudo foi transversal, descritivo e analítico, com coleta de dados primários e secundários. **Resultados:** foram avaliados 180 idosos. Destes, 60,56% eram mulheres e 39,44% eram homens. A média de idade foi de 70,82 (±7,98) anos. A maioria (82,22%) dos(as) idosos(as) apresentou distúrbios cognitivos e 89,44% foram classificados(as) como ativos(as) fisicamente. Não houve associação estatisticamente significativa entre distúrbio cognitivo e nível de atividade física. Associação estatisticamente significativa (p<0,05) foi observada entre distúrbio cognitivo, grupo etário e situação ocupacional. Da mesma forma, entre o nível de atividade física, sexo, grupo etário e renda familiar. **Conclusão:** a maioria dos idosos são ativos fisicamente, embora esse quadro não esteja associado à presença ou não de distúrbios cognitivos.

Descritores: Idosos, Fatores de Risco, Cognição, Atividade Física, Saúde mental.

Abstract

Objective: to identify the presence of cognitive disorders and its association with the level of physical activity in the elderly. **Methods:** The study was transversal, descriptive and analytical, with primary and secondary data collection. **Results:** 180 elderly were evaluated. Of these, 60.56% were women and 39.44% were men. The mean age was $70.82 (\pm 7.98)$ years. The majority (82.22%) of the elderly had cognitive disorders and 89.44% were classified as physically active. There was no statistically significant association between cognitive disorders and level of physical activity. Statistically significant association (p<0,05) was observed between cognitive disturbance, age group and occupational situation. Similarly, between the level of physical activity, gender, age group and family income. **Conclusion:** Most of the elderly are physically active, although this is not associated with cognitive performance.

Keywords: Elderly, Risk Factors, Cognition, Physical Activity, Mental Health.

Introdução

À medida em que a população idosa aumenta, há maior preocupação em estratégias capazes de diagnosticar e tratar os distúrbios cognitivos. Tratamentos não farmacológicos podem ser a chave para manutenção da independência e autonomia dos idosos. (1,2) A identificação precoce do comprometimento cognitivo pode atrasar estágios avançados de dependência. Diversos testes e instrumentos são capazes de detectar distúrbios cognitivos em idosos, entretanto não há evidências empíricas claras que o rastreio melhora a tomada de decisões. (2-4)

Evidências mostram que existe possibilidade de prever a conversão do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) à provável Doença de Alzheimer (DA). Nesse contexto, o envelhecimento torna o organismo mais suscetível à doenças crônicas e mais vulnerável a DA. (5-7) Entre os anos de 2000 e 2010, nos Estados Unidos, houve declínio de mortes por doenças crônicas, cardiovasculares, HIV e cânceres. Entretanto, o número de óbitos atribuído à DA aumentou dois terços. (8) No Brasil, no mesmo período, também houve crescimento anual nas taxas de mortalidade em indivíduos com DA. No grupo etário de 80 anos ou mais, o aumento foi de 15,5% entre as mulheres e 14% entre os homens. (9)

Estimativas apontam que, nas próximas décadas, o número de mortes em indivíduos mais velhos com DA deverá aumentar consideravelmente. Em 2050, os óbitos em sujeitos com mais de 65, com Alzheimer, chegará a 1,6 milhão, 43% de todas as mortes de adultos mais velhos. (8,10) Os fatores de risco estão associados aos aspectos genéticos, à presença de outras patologias (síndrome metabólica, hipertensão, diabetes tipo 2, doenças cérebro vasculares, peso corporal, dislipidemias e prejuízos traumáticos cerebrais) e aos fatores do estilo vida, como: tabagismo, atividade física, dieta e atividade intelectual. (10)

Atividade física (AF) é considerada uma das estratégias não-farmacológicas mais eficazes para melhorar aspectos relacionados à idade e à qualidade de vida. São notórios os benefícios da AF sobre funções cardiovasculares e motoras. Essa prática pode trazer efeitos benéficos, também, sobre as funções cognitivas. (10-12) Combinação entre o treinamento aeróbico com outras intervenções, incluindo exercícios resistidos e tratamentos farmacológicos, são capazes de promover neuroplasticidade em áreas cerebrais envolvidas nas funções cognitivas. (11)

Em estudos brasileiros, (13,14) indicadores cognitivos, níveis de AF e aptidão física estavam associados, de maneira seletiva, entre homens e mulheres idosas. O nível de AF no domínio transporte obteve correlação positiva com o desempenho cognitivo nos homens. Já nas

mulheres, o componente aeróbico, da aptidão física, foi correlacionado positivamente com o desempenho cognitivo. Idosos fisicamente ativos também apresentaram melhores pontuações em testes de memória e de qualidade de vida (QV) quando comparados aos insuficientemente ativos.

Desse modo, a AF pode ser considerada alternativa de baixo custo para minimização dos efeitos deletérios da idade. O aumento da expectativa de vida traz consigo a necessidade de novas políticas públicas de incentivo ao envelhecimento ativo. Aspectos relacionados à saúde dos idosos, como memória, mobilidade, QV e desempenho intelectual podem ser mantidos, e até mesmo otimizados, com a prática de AF regular. (10-14)

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi identificar a presença distúrbios cognitivos e sua associação com o nível de atividade física em idosos.

Métodos

O estudo caracteriza-se como transversal, com coleta de dados primários e secundários e abordagem descritiva e analítica. A população foi composta por 306 idosos, residentes do município de Porto Rico, localizado no noroeste paranaense. Para determinar a amostra foi aplicado o cálculo de amostra para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas, nível de confiança de 95%, erro máximo de estimativa de 3%, tamanho da população e prevalência. A amostra resultou em 180 participantes. Os indivíduos foram selecionados por meio de sorteio aleatório.

Os critérios de inclusão foram: ter idade de 60 anos ou mais; ser cadastrado no Sistema de Atenção Básica (SIAB), com prontuários registrados no Centro de Saúde/Unidade Básica NIS II, do município de Porto- PR; ser residente habitual em domicílios particulares; não ser portador de deficiências sensoriais (cegueira, surdez e/ou mudez) ou motoras (ortopédicas / reumatológicas) que impedissem a aplicação dos questionários. Após registradas perdas e exclusões, novos sorteios foram realizados até atingir o número de idosos estimados para completar a amostragem.

Utilizou-se formulário estruturado com dados sociodemográficos e econômicos, que identificaram: idade, sexo, estado civil, renda familiar, região de moradia, escolaridade, arranjo familiar e situação ocupacional. Determinou-se a classificação socioeconômica pelo Critério de Classificação Econômica Brasil. (15)

A capacidade cognitiva dos idosos foi identificada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). (16) Foi considerada a influência da escolaridade, dessa forma, levando-se em

conta os pontos de corte estabelecidos, os idosos foram classificados em dois grupos: Apresenta Distúrbio Cognitivo (ADC) e Não Apresenta Distúrbio Cognitivo (NADC).

O nível de AF foi identificado por meio do *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* versão 8, forma longa. Este instrumento permite estimar o tipo de AF e o tempo gasto em uma semana usual (típica), por pelo menos dez minutos contínuos. As questões estão divididas em cinco seções, que compreendem: atividade física no trabalho; atividade física como meio de transporte; atividade física em casa, tarefas domésticas e atenção à família; atividade física de recreação, esporte, exercício e lazer; e tempo que passa sentado. Os idosos foram classificados como "Ativos", caso realizassem AF durante um tempo ≥ 150 min/sem e, por consequência, classificou-se aqueles que despendiam um tempo menor do que 150 min/sem como "Sedentários".

Os dados foram descritos por meio de tabelas de porcentagem, frequências absolutas e relativas. Foi aplicado o Teste *T-Student* para comparação das variáveis independentes (as médias dos idosos com e sem distúrbio cognitivo). A associação entre as variáveis categóricas foram avaliadas por meio do Teste *Qui-Quadrado* ou Teste *Exato de Fisher*. A decisão de se rejeitar a hipótese nula (H₀) ou não foi adotada, considerando-se p≤0,05. As análises foram realizadas nos programas Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0) e Statistica (versão 7.1), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel (versão 2013).

O estudo foi encaminhado para avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá — UNICESUMAR, sob o número do parecer 1.423.637/2015, de acordo com as a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Antes no início da coleta de dados foi feita explicação aos idosos sobre os objetivos da pesquisa. Os que se adequaram aos critérios de inclusão e aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. Foi garantido aos participantes o anonimato a voluntariedade em participar e a desistência em qualquer etapa da pesquisa.

Resultados

A maioria da amostra foi constituída de mulheres (60,56%), enquanto que os homens representaram 39,44% do total. A média de idade dos participantes foi de 70,82 (±7,98) anos. Quase metade da amostra (48,89%) encontrava-se no grupo etário de 60 a 69 anos, outros 12,78% possuíam 80 anos ou mais.

Com relação ao estado civil, a maioria era casada (57,78%) e na sequência encontravamse os(as) viúvos(as) (33,33%). Apenas 2,78% dos(as) idosos(as) eram solteiros(as). No que se refere ao arranjo familiar, 88,89% moravam acompanhados(as), e apenas 11,11% moravam sozinhos(as).

Grande parte dos entrevistados possuía nenhum ou pouco tempo de estudo, 45,56% não eram alfabetizados(as) e 39,44% tinham de 1 a 4 anos de estudo. No que diz respeito à renda familiar, a maioria (72,22%) enquadrava-se entre 1 e 3 salários mínimos (SM).

Em relação à situação ocupacional, 41,11% eram ativos(as), mesmo com a idade avançada, enquanto que 58,89% não encontravam-se mais ativos(as). A maioria dos(as) idosos(as) foram classificados na classe C (60%) e 83,33% residiam na zona urbana. Observouse prevalência de 82,22% de idosos(as) que apresentavam distúrbios cognitivos (ADC).

Associação estatisticamente significativa (p<0,05) foi verificada entre distúrbio cognitivo (DC), grupo etário e situação ocupacional (p=0,040 e p=0,007, respectivamente). Pode-se observar que em relação à idade, embora a prevalência de DC tenha sido maior no grupo etário dos 60 aos 69 anos (45,95%), a prevalência, quando analisada isoladamente por grupo etário, foi maior no grupo etário dos 80 anos e mais. Ressalta-se que dos 23 idosos desse grupo, todos (100%) apresentaram DC. Nos demais grupos etários a prevalência aumentou conforme a idade avançou. Dos 88 indivíduos com idade entre 60 e 69 anos, 77,27% apresentavam DC e dos 69 idosos com idade entre 70 e 79 anos, 82,60% apresentavam DC.

Associação estatisticamente significativa também foi observada entre DC e a situação ocupacional (p=0,007), pois aqueles que se encontravam inativos e possuíam DC representaram 63,51% dos idosos. Já os que se encontravam inativos e não possuíam déficit cognitivo corresponderam a 37,50%.

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas e econômicas de acordo com a presença e ausência de distúrbios cognitivos na amostra investigada.

Tabela 1. Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, na presença ou não de distúrbios cognitivos.

Variável	ADC	(N=148)	NAD	C (N=32)	p-valor			
	N	%	N	%	_			
Sexo								
Feminino	91	61,49	18	56,25	0,582			
Masculino	57	38,51	14	43,75				
Grupo etário								
60 a 69 anos	68	45,95	20	62,50	0.040*			
70 a 79 anos	57	38,51	12	37,50	0,040*			
80 anos ou mais	23	15,54	-	-				
Renda familiar								
Até 1 S.M.	8	5,41	-	-				
De 2 a 3 S.M.	109	73,65	21	65,63	0,108			
De 3 a 4 S.M.	27	18,24	11	34,38				
5 S.M. ou mais	4	2,70	-	-				
Estado civil								
Solteiro (a)	5	3,38	-	-				
Casado (a)	84	56,76	20	62,50	0,526			
Divorciado (a)	9	6,08	2	6,25				
Viúvo (a)	50	33,78	10	31,25				
Moradia								
Rural	24	16,22	6	18,75	0,727			
Urbano	124	83,78	26	81,25				
Escolaridade								
Não alfabetizado	69	46,62	13	40,63				
1 a 4 anos	58	39,19	13	40,63	0.574			
5 a 8 anos	11	7,43	4	12,50	0,574			
9 a 11 anos	6	4,05	1	3,13				
Mais de 11 anos	4	2,70	1	3,13				
Situação ocupacional								
Ativo (a)	54	36,49	20	62,50	0,007*			
Inativo (a)	94	63,51	12	37,50				
Classificação econômica								
В	24	16,22	7	21,88	0,495			
C	88	59,46	20	62,50	0,493			
D/E	36	24,32	5	15,63				

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; SM - Salário(s) Mínimo(s); N – Número; p-valor - Valores para o Teste *Qui-Quadrado*; * - Valores Estatisticamente Significativos (p<0,05).

Em relação ao nível de AF constatou-se que 89,44% dos idosos foram classificados como ativos fisicamente, enquanto que somente 10,56% foram classificados como sedentários.

Observa-se na tabela 2 que as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de AF foram: sexo (p=0,001), grupo etário (p=0,002) e renda familiar (p=0,023). As mulheres eram significativamente mais ativas fisicamente do que os homens (64,60% e 35,40%, respectivamente). Em relação ao grupo etário, nota-se que quanto mais jovem, maior o nível de atividade física. No que concerne à renda familiar, aqueles que estavam

na faixa salarial entre 2 e 3 salários mínimos eram significativamente mais ativos que aqueles que se encontravam em outras faixas salariais.

Tabela 2. Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, segundo nível de atividade física e variáveis sociodemográficas e econômicas.

attvidade fisica e v	N						
Variável	Ativo (N=161)	Sedentá	rio (N=19)	p-valor		
	N	%	N	%	•		
Sexo							
Feminino	104	64,60	5	26,32	0,001*		
Masculino	57	35,40	14	73,68			
Grupo etário							
60 a 69 anos	85	52,80	3	15,79	0.002*		
70 a 79 anos	61	37,89	8	42,11	0,002*		
80 anos ou mais	15	9,32	8	42,11			
Renda familiar							
Até 1 S.M.	6	3,73	2	10,53			
De 2 a 3 S.M.	117	72,67	13	68,42	0,023*		
De 3 a 4 S.M.	36	22,36	2	10,53			
5 S.M. ou mais	2	1,24	2	10,53			
Estado civil							
Solteiro (a)	4	2,48	1	5,26			
Casado (a)	93	57,76	11	57,89	0,690		
Divorciado (a)	9	5,59	2	10,53			
Viúvo (a)	55	34,16	5	26,32			
Moradia							
Rural	26	16,15	4	21,05	0,587		
Urbano	135	83,85	15	78,95			
Escolaridade							
Não alfabetizado	72	44,72	10	52,63			
1 a 4 anos	64	39,75	7	36,84	0.112		
5 a 8 anos	15	9,32	-	-	0,113		
9 a 11 anos	7	4,35	-	-			
Mais de 11 anos	3	1,86	2	10,53			
Situação ocupacional							
Ativo (a)	69	42,86	5	26,32	0,165		
Inativo (a)	92	57,14	14	73,68			
Classificação econômica							
В	26	16,15	5	26,32	0.411		
C	100	62,11	8	42,11	0,411		
D/E	35	21,74	6	31,58			

Legenda: SM - Salário(s) Mínimo(s); N – Número; p-valor - Valores para o Teste *Qui-Quadrado*; * - Valores Estatisticamente Significativos (p<0,05).

Na tabela 3 observa-se o nível de AF dos idosos. Nenhuma das duas variáveis analisadas (Frequenta ATI e Classificação do Nível de Atividade Física) apresentou associação estatisticamente significativa, ou seja, a atividade física não interferiu diretamente na presença de distúrbios cognitivos.

Tabela 3. Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR., segundo frequência em academias da terceira idade, nível de atividade física e presença ou não de distúrbio cognitivo

		_			
Variável	ADC	(N=148)	NAD(p-valor	
	N	%	N	%	
Frequenta ATI					
Não	140	94,59	29	90,63	0,395
Sim	8	5,41	3	9,38	
Classificação nível AF					
Ativo (a)	132	89,19	29	90,63	0,810
Sedentário (a)	16	10,81	3	9,38	

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; N - Número; ATI - Academia da Terceira Idade; AF - Atividade Física; p-valor - Valores do Teste *Exato de Fisher*.

Do total de entrevistados, a maioria (93,88%) não frequentava ATI. No entanto, 89,44% foram classificados como ativos fisicamente, de acordo com o IPAQ. (17). Esses resultados mostram que os idosos utilizam alternativas diferentes para prática de AF. O nível de AF foi identificado de acordo com atividades realizadas no trabalho, como meio de transporte, atividades domésticas, atividades de recreação, esporte, exercício e lazer.

Discussão

Em pesquisa realizada na cidade de Ibicuí-BA, com 310 idosos⁽¹⁸⁾, alguns dados encontrados foram semelhantes aos do presente estudo. A média de idade foi de 71,62 (\pm 8,15) anos. Observou-se maior percentual de mulheres (56,5%), de indivíduos na faixa etária entre 60-79 anos (83,9%).

Nossos resultados se igualam, também, aos encontrados no estudo realizado no município do norte do Rio Grande do Sul⁽¹⁹⁾, o qual identificou que a maioria dos investigados eram do sexo feminino (92,9%), com predominância de idosos com idade entre 60 e 69 anos (61,2%). No quesito renda mensal, a maioria dos idosos recebiam de 1 a 3 salários mínimos (88,2%). Já em relação a situação conjugal, observou-se que a maioria dos idosos eram viúvos (54,1%), em seguida, os casados (28,2%) e divorciados e solteiros (17,7%).

Os autores⁽¹⁹⁾ ressaltaram que os idosos de 80 anos ou mais, apresentavam maior percentual de declínio cognitivo, quando comparados aos demais grupos etários. Ainda, Valle et al.⁽²⁰⁾ em seu estudo de base populacional sobre saúde de idosos, também observaram que os escores mais baixos do MEEM foram apresentadas pelos idosos pertencentes a faixa etária mais velha (> 80 anos).

Esses achados foram de importância crucial pois, à medida em que a população de idosos mais velhos aumenta, os custos dos tratamentos de saúde mental e física, neste grupo em

expansão, podem aumentar. Idosos mais velhos necessitam de uma avaliação geriátrica multidimensional, com especial atenção ao funcionamento cognitivo e à fragilidade. Esse contingente apresentou forte associação entre nível de fragilidade e a presença de distúrbios cognitivos. (21,22)

Mulheres, com média de idade de 85 anos, que apresentaram funções cognitivas preservadas possuíam algumas características sociodemográficas específicas, como: idade mais jovem, ensino superior, maior renda familiar, melhor bem estar emocional, menos sintomas depressivos, mais queixas de insônia, melhor saúde geral autorrelatada, melhor funcionamento físico e ausência de diabetes. (23) Abordar as disparidades sociodemográficas e combinar intervenções para preservar o desempenho físico, cognitivo e psicossocial podem desempenhar um papel importante na preservação da cognição de idosos que sobrevivem mais de 80 anos.

Além da idade avançada (≥ 80 anos), outros marcadores de vulnerabilidade para a pessoa idosa, como: escolaridade ≤ 4 anos, não possuir cônjuge, consumo de frutas e vegetais ≤ 5 vezes por semana e sintomas depressivos estavam associados, de forma positiva e independente, com o pior desempenho no MEEM⁽²⁰⁾.

O número de patologias associadas à capacidade cognitiva aumenta com o passar da idade. Idosos podem apresentar inúmeras limitações e sofrerem perdas, tendo como consequência sentimentos de autodepreciação. A terapia ocupacional pode contribuir no tratamento dessas patologias na terceira idade, uma vez que proporciona atividades de socialização, elevam a autoestima, favorecem o relacionamento interfamiliar e a reinserção do idoso à vida funcional. (24,25)

A capacidade funcional é considerada o principal indicador de saúde para os idosos. Nessa perspectiva, a prática de AF regular pode estar ligada diretamente com preservação da capacidade funcional e autonomia dos idosos, pelo maior tempo possível. (24)

Diversos estudos comprovaram que idosos fisicamente ativos possuíam menores prejuízos, além de otimizarem as capacidades físicas e mentais. (10-14) O exercício físico exerce efeitos positivos sobre vários processos cognitivos em idosos. (26) No entanto, investigações mais profundas, com protocolos pré-estabelecidos de tipo, intensidade, frequência, volume e duração de treino ainda devem ser realizadas.

Quando foi avaliada a qualidade de vida, prática de atividade física e a presença ou não de distúrbios cognitivos em idosos, observou-se que os domínios capacidade funcional, aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental foram mencionados pela maioria dos idosos que praticam atividade física e possuem preservadas suas capacidades cognitivas⁽¹⁹⁾.

Em contraste com pesquisas anteriores, um estudo randomizado e controlado constatou que a prática de exercícios físicos aeróbicos de baixa e alta intensidade, durante seis meses, não foram eficazes na melhoria das funções cognitivas e executivas de idosos⁽²⁷⁾. Pesquisas mais abrangentes nessa área são necessárias para estabelecer a eficácia dos programas de exercício e quais os fatores que estão relacionados a melhoria cognitiva.

Estudo recente realizado na cidade de São José-SC verificou que a maioria dos idosos (53,6%) apresentaram baixo desempenho cognitivo, de acordo com o MEEM. A maioria dos idosos (74,4%) não apresentaram suspeita de depressão, segundo a escala de depressão geriátrica. No entanto, a maioria (70%), também, foi classificada como suficientemente ativos (ativo/muito ativo), de acordo com o IPAQ⁽²⁸⁾.

A percepção do esforço nas Academias ao Ar Livre (AAL) foi avaliada em idosos. Por meio de exercícios autoselecionados, observou-se que os exercícios disponíveis nas AAL são suficientes para o estímulo a um modo de vida mais ativo e também para gerar condicionamento aos idosos, pois provocam percepções de esforço próximo aos limites recomendados pela literatura para benefícios derivados de um exercício regular⁽²⁹⁾.

Em investigação com mulheres após a menopausa, com idade entre 50 e 89 anos constatou-se que não houve associação significante entre a duração total por semana de caminhada, atividade física moderada e vigorosa e a percepção subjetiva de perda de memória nesse grupo⁽³⁰⁾.

Uma revisão sistemática⁽¹¹⁾ ofereceu uma visão geral em relação aos efeitos do treinamento aeróbico sobre as funções cognitivas. Parece que o treinamento pode otimizar a liberação de fatores neurotróficos, responsáveis pela neuroplasticidade, tanto de indivíduos idosos, quanto de indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico (AVE). No entanto, a revisão destaca a falta de padronização e diretrizes concretas para recomendações de exercícios de recuperação da cognição.

Uma das principais limitações do estudo está relacionada ao instrumento para avaliar a presença de DC. Apesar de o MEEM ser o questionário mais utilizado para o rastreamento do *status* cognitivo no Brasil, faltam padronização e evidencias de validade para essa medida⁽³⁾.

Outra limitação do estudo foi a falta de dados relacionados aos comportamentos e ao estilo de vida da amostra avaliada. A prevalência de fatores e comportamentos de risco, como a presença de doenças crônicas, tabagismo, alcoolismo, bem como a qualidade de vida podem estar associados à prevalência de distúrbios cognitivos na amostra investigada.

Conclusão

Após investigar os aspectos cognitivos e o nível de atividade física dos idosos, observou-se que a maioria dos participantes apresenta distúrbios cognitivos. Em relação ao nível de atividade física, a maior parte é classificada como ativa fisicamente.

Somente grupo etário e situação ocupacional foram associados significativamente à presença de distúrbios cognitivos. Já o sexo, grupo etário e renda familiar tiveram associações significativas em relação ao nível de atividade física. No entanto, o nível de atividade física dos idosos pesquisados não influencia diretamente na presença de distúrbios cognitivos.

Desta forma, outros aspectos podem ser pertinentes à presença de distúrbios cognitivos dessa amostra. Sugere-se que pesquisas mais abrangentes sejam realizadas a fim de identificar os fatores de risco que interferem nesse quadro.

Referências

- 1. Kerry LH, Skotti C. Evaluation and management of the elderly patient presenting with cognitive complaints. Med Clin N Am. 2015; 99(2):311-35.
- 2. Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Eckstrom E. Screening for cognitive impairment in older Adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann. Intern. Med. 2013; 159(9):601-12.
- 3. Melo DM, Barbosa JGB. [Use of the Mini-Mental State Examination in research on the elderly in Brazil: a systematic review]. Cien Saude Colet. 2015; 20(12):3865-76. Portuguese.
- 4. Vannier-Nitenberga C, Dauphinotb V, Bonguec BD, Sassc C, et al. Performance of cognitive tests, individually and combined, for the detection of cognitive disorders amongst community-dwelling elderly people with memory complaints: the EVATEM study. Eur J Neurol. 2016; 23(3):554-61.
- 5. Barnes DE, Cenzer IS, Yaff K, Ritchie CS, Lee SJ. A point-based tool to predict conversion from mild cognitive impairment to probable Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2014; 10(6):646-55.
- 6. Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. [Aging and Alzheimer's disease: reflections on autonomy and the challenge of care]. Rev. bioét. 2014; 22(1):85-93. Portuguese.
- 7. Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Geda YE, et al. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men: The Mayo Clinic Study of Aging (CME). Neurology. 2010;75(10): 889–97.

- 8. Weuve J, Hebert LE, Scherr PA, Evans DA. Deaths in the United States among persons with Alzheimer's disease (2010–2050). Alzheimers Dement. 2014; 10(6):40-6.
- 9. Teixeira JB, Souza Junior PRB, Higa J, Theme Filha MM. Mortality from Alzheimer's disease in Brazil, 2000-2009. Cad. Saúde Pública. 2015; 31(4):850-60.
- 10. Reitz C, Mayeux R. Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. Biochem Pharmacol. 2014; 88(4):640-51.
- 11. Constans A, Pin-Barre C, Temprado JJ, Decherchi P, Laurin J. Influence of Aerobic Training and Combinations of Interventions on Cognition and Neuroplasticity after Stroke. Front Aging Neurosci. 2016;164(8):1-16.
- 12. Pahor M, Guralnik JM, Guralnik, MD, Ambrosius WT, Blair S, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial. JAMA. 2014; 311(23):2387-96.
- 13. Soares RM, Diniz AB, Cattuzzo MT. [Association between physical activity, physical fitness and cognitive performance in elderly]. Motricidade. 2013; 9(2), 85-94. Portuguese.
- 14. Cordeiro J, Del Castillo BL, Freitas CS, Gonçalves MP. [Effects of physical activity in declarative memory, functional capacity and quality of life in elderly]. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2014;17(3): 541-52. Portuguese.
- 15. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. [Internet]. [cited 2015 Apr 28]. Available from: http://www.abep.org/criterio-brasil.
- 16. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, et al. [Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil]. Arq. Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-81. Portuguese.
- 17. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. [Application of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for evaluation of elderly women: concurrent validity and test retest reprodutibility]. R. bras. Ci e Mov. 2004; 12(1): 25-34. Portuguese.
- 18. Nascimento RASA, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. [Prevalence ande factors associated with the decline in the elderly with cognitive low economic condition: MONIDI study]. J Bras Psiquiatr. 2015;64(3):187-92. Portuguese.
- 19. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Silva LAA. [Quality of life and cognitive level of elderly members of conviviality groups]. Rev bras geriatr gerontol. 2012;15(3):481-92. Portuguese.
- 20. Valle EA, Costa EC, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. [A population-based study on factors associated with performance on the Mini-Mental State Examination in the elderly: the Bambuí Study]. Cad Saúde Pública. 2009;25(4):918-26. Portuguese.

- 21. Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, et al. [Evaluation of the cognitive state and fragility in elderly old, domestic residents]. Cienc Cuid Saude. 2014;13(1):120-7. Portuguese.
- 22. Chiao C, Weng LJ. Mid-life socioeconomic status, depressive symptomatology and general cognitive status among older adults: inter-relationships and temporal effects. BMC Geriatrics. 2016;16(88):1-9.
- 23. Goveas JS, Rapp SR, Hogan PE, Discroll I, et al. Predictors of optimal cognitive aging in 80+ women: the women's health initiative memory study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016;71(Suppl 1):62-71.
- 24. Campos ACV, Almeida MHA, Campos GV, Bagutchi TF. [Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis]. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2016;19(3):545-59. Portuguese.
- 25. Mendes RS, Novelli MMPC. Cognitive and functional profile of residents of a long term institution for elderly. Cad. Ter. Ocup. 2015;23(4):723-31. Portuguese.
- 26. Hillman CH, et al. Physical activity and cognitive function in a cross-section of younger and older community-dwelling individuals. Health Psychol. 2006; 25(6): 678-87.
- 27. Tang A, Eng JJ, Krassioukov AV, Tsang TS, Liu-Ambrose T. High- and low-intensity exercise do not improve cognitive function after stroke: A randomized controlled trial. J Rehabil Med. 2016; 48(10):841-6.
- 28. Araújo CCR, Silveira C, Simas JPN, Zappelini A, Parcias SR, Guimarães ACZ. [Cognitive aspects and physical activity level among older adults]. Saúde (Santa Maria). 2015;41(2):193-202. Portuguese.
- 29. Lima FRL. [Perception of effort in elderly in outdoor academies]. RBPFEX. 2013; 7(37):55-64. Portuguese.
- 30. Mancini R, Matsudo S, Pereira M, Marin RV, Matsudo V. [Level of physical activity, aerobic power and perception of subjective memory loss in postmenopausal women]. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2014;8(3):171-7. Portuguese.

5 NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Revista ACTA Paulista de Enfermagem – ISSN: 0103-2100 – Qualis: A2 Interdisciplinar.

Preparando um manuscrito para submissão

Antes de submeter um artigo para a Acta Paulista de Enfermagem, por favor, leia atentamente as instruções e consulte os Padrões de Editoração.

Salientamos que plágio acadêmico em qualquer nível é crime, fere a legislação brasileira no artigo 184 do Código Penal e no artigo 7º parágrafo terceiro da lei 9.610-98 que regulamenta o direito autoral, constituindo-se, assim, matéria cível e penal.

A conduta editorial para o caso de plágio detectado segue as orientações do *Code of Conduct* and *Best Practice Guidelines for Journal Editors* do *Committee on Publication Ethics (COPE)* http://publicationethics.org/

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

1. Documentos para a submissão on-line

- a) Carta de Apresentação (cover letter) nesta carta o autor deve explicar ao Editor porque o seu artigo deve ser publicado na Acta Paul Enferm. e qual a contribuição ao conhecimento dos resultados apresentados no artigo e a sua aplicabilidade prática;
- b) Autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos autores e endereçada ao editor-chefe, conforme Modelo;
- c) Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas no Brasil, conforme o capítulo XII.2 da Res. CNS 466/2012, devem apresentar a documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e/ou CONEP, quando for o caso. Pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas em outros países devem apresentar a documentação ética local;
- d) Comprovante do pagamento da taxa de submissão (payment voucher);
- e) Manuscrito (vide abaixo Documento Principal);
- f) Página de Título (veja no item 2 o que deve conter a página de título).

2. Página de Título (Title Page) deve conter:

- O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês.
 Não usar caixa-alta no título;
- Os nomes completos e sem abreviações dos, no máximo, cinco autores e as Instituições às quais pertencem (obrigatório);
- As especificações sobre quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo conforme os critérios de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas;

- Agradecimentos: os autores devem agradecer todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também podem ser agradecidos, incluindo a origem (cidade, estado e país). No caso das agências de fomento, pode-se discriminar qual dos autores recebeu, por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de mestrado, etc. da seguinte forma: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa nível 1A para AB Exemplo); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de mestrado para AB Exemplo2). No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.
- Conflitos de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes;

3. Documento Principal (Main Document)

Deve conter o título, o resumo com descritores e o corpo do manuscrito (não coloque qualquer identificação dos autores).

3.1 Título

O título do manuscrito com, no máximo, 12 palavras e apresentado em português ou inglês. Não usar caixa-alta no título.

3.2 Resumo

Prepare o resumo no mesmo idioma do seu manuscrito com, no máximo, 150 palavras e estruturado da seguinte forma:

- **Objetivo:** estabelecer a questão principal e/ou hipóteses a serem testadas;
- Métodos: descrever o desenho do estudo, população e procedimentos básicos;
- **Resultados:** descrever o resultado principal em uma frase concisa. Deve ser o mais descritivo possível. Níveis de significância estatística e intervalo de confiança somente quando apropriado;
- **Conclusão:** frase simples e direta em resposta ao objetivo estabelecido e baseada exclusivamente nos resultados apontados no resumo.
- Cinco descritores em Ciências da Saúde que representem o trabalho conforme o DECS
 (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no
 endereço http://decs.bvs.br/e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderão
 ser consultados, como lista suplementar, quando necessário ou MeSH Keywords
 http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html.

3.3 Corpo do manuscrito

O corpo do texto do manuscrito deverá conter parágrafos distintos com **Introdução**, **Métodos**, **Resultados**, **Discussão**, **Conclusão** e **Referências**. Siga os padrões de editoração da Acta.

• A **introdução** deve apresentar a fundamentação teórica sobre o objeto de estudo. A finalidade da introdução é enunciar com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, finalidade e aplicabilidade da contribuição ao conhecimento pretendida. Não mais do que quatro citações devem ser utilizadas para apoiar uma única

idéia. Evite a citação de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução. Lembre-se para cada objetivo deverá haver uma conclusão.

- Métodos descreve como a pesquisa foi realizada, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas utilizadas para a obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem estar declarados. Estruture Métodos da seguinte forma: tipo de desenho de pesquisa, local, população (explicitando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medida (com informações sobre validade e precisão), coleta e análise de dados.
- **Resultados** descrição do que foi obtido na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).
 - As Tabelas, Gráficos e Figuras, no máximo de três, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo, sempre em formato original. Use esses recursos quando eles expressarem mais do que pode ser feito por palavras na mesma quantidade de espaço. Consulte os padrões de editoração da Acta.
 - **Discussão** apresenta a apreciação crítica do autor, os novos e importantes aspectos do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e as suas limitações, relacionando-as com outros estudos. A linguagem obedece a estilo crítico e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e a sua relação com o conhecimento existente, de forma a chegar-se a uma conclusão. Comece a discussão explicitando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo explicite a contribuição dos resultados deste estudo e a aplicabilidade prática.
 - Conclusão escrita em frase clara, simples e direta demonstrando o cumprimento do
 objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada
 um. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão.
 - Referências As referências dos documentos impressos e/ou eletrônicos deverão seguir o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Considere sempre a atualidade da referência, pois a citação de obras recentes, isto é, com menos de cinco anos, é essencial em artigos originais.
 - No texto, as citações devem ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescritos e sem menção do nome dos autores;
 - As Referências devem vir numeradas, na ordem da citação no texto, e aquelas
 que se referem a artigos com o texto completo em português ou outra língua,
 que não o inglês, as referências deverão ter o título em inglês, entre
 colchetes, com a indicação da língua do texto no final da referência, conforme
 exemplos abaixo. Todas as referências devem ser apresentadas sem negrito,
 itálico ou grifo;
 - Confira cuidadosamente as referências, é obrigatório que os leitores consigam consultar o material referenciado no original, por isso, não use publicações isoladas nem materiais de suporte (dicionários, estatística, e outros). Por favor, não inclua mais de 30 referências primárias e atualizadas (menos de cinco anos).

6 ARTIGO 2

Associação entre distúrbios cognitivos e qualidade de vida em idosos

Association between cognitive disorders and quality of life in the elderly

Danilo Francisco da Silva Marçal¹, Juliana Maria de Oliveira¹, Lucia Elaine Ranieri Cortez¹, Rose Mari Bennemann¹

Resumo

Objetivo: associar a presença de distúrbios cognitivos com a qualidade de vida de idosos. Métodos: o estudo foi descritivo, analítico, transversal, de base domiciliar, com coleta de dados primários e secundários. A capacidade cognitiva foi avaliada por meio do Mini Exame do estado Mental (MEEM) e a qualidade de vida (QV) pelo questionário World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-OLD). Resultados: foram avaliados 180 idosos, a média de idade foi de 70,82 (±7,98) anos, destes 82,22% apresentaram distúrbios cognitivos e 83,88% foram classificados com QV "Boa". Associações significativas (p<0,05) foram constatadas no grupo etário e situação ocupacional, em relação à capacidade cognitiva. Nenhum domínio da QV foi associado às variáveis sociodemográficas e econômicas na população avaliada. Conclusão: a maioria dos idosos apresenta distúrbios cognitivos, porém possui boa qualidade de vida. Investigações mais profundas devem ser realizadas a fim de identificar os fatores que estão ligados ao comprometimento cognitivo. Sugere-se o estímulo à participação social e à prática de atividades físicas e cognitivas, em grupos de terapia ocupacional e da terceira idade, para manutenção da QV e melhoria dos aspectos cognitivos, a fim de promover um envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Idoso. Transtornos cognitivos. Qualidade de vida.

Abstract

Objective: to associate the presence of cognitive disorders with the quality of life of the elderly. Methods: The study was descriptive, analytical, cross-sectional, home-based, with primary and secondary data collection. Cognitive ability was assessed using the Mini Mental State Examination (MMSE) and quality of life (QOL) by the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-OLD) questionnaire. Results: 180 elderly people were evaluated, mean age was 70.82 (± 7.98) years, of these 82.22% presented cognitive disturbances and 83.88% were classified as "Good" QoL. Significant associations (p <0.05) were found in the age group and occupational situation, in relation to the cognitive capacity. No QOL domain was associated with sociodemographic and economic variables in the population evaluated. Conclusion: Most of the elderly present cognitive disorders, but have a good quality of life. Further research should be carried out to identify the factors that are linked to cognitive impairment. It is suggested to stimulate social participation and the practice of physical and cognitive activities, in occupational therapy and the elderly, to maintain QoL and improve cognitive aspects in order to promote an active and healthy aging.

Keywords: Elderly. Cognition disorders. Quality of life.

¹Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. Maringá, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Preservação do funcionamento cognitivo é fator crucial para manutenção da Qualidade de Vida (QV) e para assegurar a independência dos idosos. Diversas pesquisas relacionam alguns domínios da QV, aspectos sociodemográficos, econômicos, sexo, idade, hábitos e estilo de vida à manutenção de um cérebro saudável¹⁻⁴. Há, também, correlação entre características cognitivas e independência funcional em idosos que sofreram Acidente Vascular Cerebral (AVC)¹. Dessa forma, conhecendo condições patológicas, fatores de risco, características sociodemográficas, desempenho cognitivo e funcional, é possível contribuir para manutenção da saúde e melhoria da QV da população idosa.

QV, sobretudo em um País que se encontra em estágio notável de aumento da expectativa de vida, deve ser discutida por diversos setores. Tanto poder público, quanto organizações privadas, engajados em um trabalho de longo prazo, devem preocupar-se em garantir QV aos idosos, hoje mais ativos e participantes no mercado de trabalho. Desse modo, espera-se demanda maior de investimentos voltados para a promoção da saúde durante o envelhecimento, em nível multidisciplinar⁵.

Em uma pesquisa realizada na cidade de Porto Alegre/RS observou-se correlação fraca, embora significativa, entre domínios da QV, funcionamento cognitivo e desempenho das funções executivas de idosos. Por meio desse estudo verificou-se que quanto melhor percepção de QV geral, melhor o funcionamento cognitivo global, avaliado pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM), além disso, melhor o desempenho executivo, avaliado pelo Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST)⁶.

Determinantes da QV foram mensurados na população em envelhecimento da Europa. As associações mais relevantes foram entre os dados sociodemográficos, presença de doenças crônicas e uma rica rede social, em três países. Alguns aspectos foram especificamente associados à QV: idade, na Polônia; consumo de álcool e depressão, na Espanha; angina, na Finlândia e tristeza auto referida tanto na Finlândia quanto na Polônia, porém não na Espanha⁷.

Fatores de risco estão associados à transição do Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) para demência e, até mesmo, para Doença de Alzheimer (DA). Esses fatores podem incluir: piora na capacidade funcional, piora na QV, aumento da

fragilidade e diminuição do estado funcional⁸. O nível de incapacidade influencia negativamente a QV de idosos com comprometimento cognitivo⁹.

Idosos apresentaram condições de fragilidade significativas associadas à deficiência instrumental de atividades da vida diária (39%), risco de desnutrição (38%), disfunção cognitiva (33%), multimorbidade (32%) e sarcopenia (28%). A fragilidade associada às condições geriátricas aumentam o risco de declínio funcional, má qualidade de vida e mortalidade, significativamente¹⁰.

Falta de dados adequados para identificação da saúde mental, bem como protocolos específicos para associação com a QV de idosos são lacunas para investigações mais complexas capazes de identificar as reais necessidades desse contingente.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo associar a presença de distúrbios cognitivos com a qualidade de vida de idosos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa e desenho analítico. A população foi composta por 306 idosos, residentes do município de Porto Rico, localizado no noroeste paranaense. A amostra foi apurada por meio de cálculo de amostra para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas, nível de confiança de 95%, erro máximo de estimativa de 3%. O tamanho da população e prevalência foram determinados a partir da revisão bibliográfica e montagem do sistema de referência. A amostra final totalizou 180 participantes, selecionados por meio de sorteio aleatório.

Os critérios de inclusão foram: ter idade de 60 anos ou mais; ser cadastrado no Sistema de Atenção Básica (SIAB), com prontuários registrados no Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Porto- PR; ser residente habitual em domicílios particulares e não ser portador de deficiências sensoriais (cegueira, surdez e/ou mudez) ou motoras (ortopédicas / reumatológicas) que impedissem a aplicação dos questionários. Após registradas perdas e exclusões, novos sorteios foram realizados até atingir o número de idosos estimados para completar a amostragem.

Utilizou-se formulário estruturado com dados sociodemográficos e econômicos, que identificaram: idade, sexo, estado civil, renda familiar, região de moradia,

escolaridade, arranjo familiar e situação ocupacional. Determinou-se a classificação socioeconômica pelo Critério de Classificação Econômica Brasil¹¹.

A capacidade cognitiva dos idosos foi identificada por meio do Mini exame do Estado Mental (MEEM)¹². Foi considerada a influência da escolaridade, dessa forma, levando-se em conta os pontos de corte estabelecidos, os idosos foram classificados em dois grupos: Apresenta Distúrbio Cognitivo (ADC) e Não Apresenta Distúrbio Cognitivo (NADC).

Para identificar a qualidade de vida dos idosos foi utilizado o instrumento *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-OLD)*, desenvolvido e validado na versão em português por Fleck, Chachamovik e Trentini¹³. O questionário permite a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos.

O instrumento constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: "Funcionamento do Sensório" (FS), "Autonomia" (AUT), "Atividades Passadas, Presentes e Futuras" (PPF), "Participação Social" (PSO), "Morte e Morrer" (MEM) e "Intimidade" (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; assim os valores dos escores brutos mais baixos e mais altos possíveis são iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20).

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas por meio da média, desvio-padrão (DP) e os valores de máximo e mínimo.

Foi aplicado o Teste T-Student para comparação entre as médias dos idosos com e sem déficit cognitivo. A associação entre as variáveis categóricas foram medidas por meio do Teste qui-quadrado ou Teste exato de Fisher. A decisão de se rejeitar a hipótese nula (H₀) ou não foi adotada, considerando-se o nível de confiança p≤0,05. As análises foram realizadas nos programas Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0) e Statistica (versão 7.1), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel (versão 2013).

O estudo foi encaminhado para avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, sob o número do parecer 1.423.637/2015, de acordo com as a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 70,82 (±7,98) anos. Os dados do perfil sociodemográfico da amostra podem ser observados na tabela 1

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e frequência na academia da terceira idade dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016.

ionico no mamorpio ac		
Variável	N	%
Sexo		
Feminino	109	(60,56)
Masculino	71	(39,44)
Grupo Etário		
De 60 a 69 anos	88	(48,89)
De 70 a 79 anos	69	(38,33)
Mais de 80 anos	23	(12,78)
Estado Civil		
Solteiro (a)	5	(2,78)
Casado (a)	104	(57,78)
Divorciado (a)	11	(6,11)
Viúvo (a)	60	(33,33)
Arranjo Familiar		
Acompanhado (a)	160	(88,89)
Sozinho (a)	20	(11,11)
Frequenta ATI		
Sim	11	(6,11)
Não	169	(93,89)
Local de moradia		
Zona urbana	150	(83,33)
Zona rural	30	(16,67)

Legenda:N – Número; ATI – Academia da Terceira Idade.

Grande parte dos entrevistados tem pouco tempo de estudo. O maior percentual dos entrevistados (45,56%) foi classificado como não alfabetizado e a menor parte possuía mais de 11 anos de estudo (2,78%). Em relação à renda familiar, 72,22% estavam na faixa salarial entre um e três salários mínimos, somente 2,22% possuíam renda maior que cinco salários mínimos. A situação ocupacional foi equilibrada: 41,11% são ativos, enquanto que 58,89% são inativos. A maior parte da amostra obteve a classificação econômica C (60%) e somente 17,22% estavam na classe B, conforme pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2. Perfil socioeconômico dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR,

2016.		
Variável	N	%
Escolaridade		
Não alfabetizado	82	(45,56)
De 1 a 4 anos de estudo	71	(39,44)
De 5 a 8 anos de estudo	15	(8,33)
De 9 a 11 anos de estudo	7	(3,89)
Mais de 11 anos de estudo	5	(2,78)
Renda Familiar		
Até 1 S.M.	8	(4,44)
De 1 S.M. a 3 S.M.	130	(72,22)
De 3 S.M. a 4 S.M.	38	(21,11)
Mais de 5 S.M.	4	(2,22)
Situação Ocupacional		
Ativo (a)	74	(41,11)
Inativo (a)	106	(58,89)
Classificação Econômica		
В	31	(17,22)
С	108	(60,00)
D-E	41	(22,78)

Legenda: N – Número; S.M. – Salário(s) Mínimo(s)

Na tabela 3 observa-se a associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas com a presença ou não de distúrbios cognitivos e classificação da QV.

Tabela 3. Distribuição dos idosos, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas com a presença ou não de distúrbios cognitivos e classificação da qualidade de vida nos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016.

	Distúrbio cognitivo					Qualidade de vida				
Variável	ADC NADC			Boa		Ruim				
vanavei	(N=148)		(N=32)	p-valor	(N=151)		(N=29)		p-valor
	Ν	%	Ν	%		N	%	Ν	%	
Sexo					α.					~
Feminino	91	(61,49)	18	(56, 25)	α 0,583	90	(59,60)	19	(65,52)	α 0,551
Masculino	57	(38,51)	14	(43,75)	0,303	61	(40,40)	10	(34,48)	0,551
Grupo etário										
60 a 69 anos	68	(45,95)	20	(62,50)	α	75	(49,67)	13	(44,83)	α
70 a 79 anos	57	(38,51)	12	(37,50)	0,040*	58	(38,41)	11	(37,93)	0,720
80 anos ou mais	23	(15,54)	-	-		18	(11,92)	5	(17,24)	
Renda familiar										
Até 1 S.M.	8	(5,41)	-	-	α	6	(3,97)	2	(6,90)	α
De 2 a 3 S.M.	109	(73,65)	21	(65,63)	0,108	109	(72,19)	21	(72,41)	0,623
De 3 a 4 S.M.	27	(18,24)	11	(34,38)	0,100	33	(21,85)	5	(17,24)	0,023
5 S.M. ou mais	4	(2,70)	-	-		3	(1,99)	1	(3,45)	
Estado civil										
Solteiro (a)	5	(3,38)	-	-	α	3	(1,99)	2	(6,90)	α
Casado (a)	84	(56,76)	20	(62,50)	0,526	87	(57,62)	17	(58,62)	0,287
Divorciado (a)	9	(6,08)	2	(6,25)	0,020	9	(5,96)	2	(6,90)	0,201
Viúvo (a)	50	(33,78)	10	(31,25)		52	(34,44)	8	(27,59)	

	Distúrbio cognitivo					Qualidade de vida				
Variável	ADC NADC			Boa		Ruim				
	(N	=148)	(1	N=32)	p-valor	(N=151)		(N=29)		p-valor
	N	%	N	%		N	%	Ν	%	
Moradia					~					ρ
Rural	24	(16,22)	6	(18,75)	α 0,727	27	(17,88)	3	(10,34)	β 0,241
Urbano	124	(83,78)	26	(81,25)	0,727	124	(82,12)	26	(89,66)	0,241
Escolaridade										
Não alfab	69	(46,62)	13	(40,63)		71	(47,02)	11	(37,93)	
1 a 4 anos	58	(39,19)	13	(40,63)	α	57	(37,75)	14	(48, 28)	α
5 a 8 anos	11	(7,43)	4	(12,50)	0,575	13	(8,61)	2	(6,90)	0,097
9 a 11 anos	6	(4,05)	1	(3,13)		7	(4,64)	-	-	
Mais de 11 anos	4	(2,70)	1	(3,13)		3	(1,99)	2	(6,90)	
Situação ocup.					~					α.
Ativo (a)	54	(36,49)	20	(62,50)	α 0,007*	62	(41,06)	12	(41,38)	α 0,974
Inativo (a)	94	(63,51)	12	(37,50)	0,007	89	(58,94)	17	(58,62)	0,974
Class. econ.										
В	24	(16,22)	7	(21,88)	α	26	(17,22)	5	(17,24)	α
С	88	(59,46)	20	(62,50)	0,496	87	(57,62)	21	(72,41)	0,198
D/E	36	(24,32)	5	(15,63)		38	(25,17)	3	(10,34)	

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; N - Número; SM - Salário(s) Mínimo(s); Alfab – Alfabetizado (a); Class. econ. – Classe Econômica; Situação ocup.: Situação Ocupacional; p-valor – Valor do teste associativo; α - Teste qui-quadrado; β – Teste exato de Fisher; * - Valores Estatisticamente Significativos (p<0,05).

Nos idosos entrevistados houve prevalência de 82,22% (N=148) de idosos(as) que apresentavam distúrbios cognitivos. Em relação à QV, 83,88% foram classificados com QV "Boa", enquanto que 16,12% apesentaram QV "Ruim",

Em todos os itens do questionário (Funcionamento sensório; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; Intimidade) e também na QV geral, os indivíduos do grupo que NADC possuem média superior de pontuação. Os domínios "Morte e morrer" e "Intimidade" apresentaram os maiores escores médios entre os idosos. As facetas "Funcionamento sensório" e "Autonomia" apresentaram as menores médias, em ambos os grupos.

Apesar desses resultados, nenhum item do questionário para avaliação da QV apresentou associação estatisticamente significativa em relação à presença de distúrbios cognitivos (Tabela 4).

Tabela 4. Teste de associação das médias dos grupos que apresentam ou não distúrbios cognitivos e as variáveis relacionadas à qualidade de vida, para os idosos residentes no município de Porto Rico-PR, 2016.

<u> </u>	Distúrbio Cognitivo					
Variável	ADC	NADC	p-valor			
	(n=148)	(n=32)	μ			
Funcionamento Sensório	7					
Média	13,43	13,66				
Desvio-Padrão	4,02	3,87	0.774			
Mínimo	4,00	8,00	0,774			
Máximo	20,00	20,00				
Autonomia						
Média	14,43	14,75				
Desvio-Padrão	2,44	2,18	0.460			
Mínimo	5,00	11,00	0,468			
Máximo	19,00	20,00				
Atividade Passadas, Presentes, Futuras						
Média	15,22	15,38				
Desvio-Padrão	2,13	2,37	0.700			
Mínimo	10,00	7,00	0,708			
Máximo	20,00	19,00				
Participação Social						
Média	14,80	15,22				
Desvio-Padrão	1,88	2,20	0,275			
Mínimo	8,00	10,00	0,275			
Máximo	20,00	19,00				
Morte e Morrer						
Média	15,75	16,09				
Desvio-Padrão	3,92	3,11	0,643			
Mínimo	5,00	8,00	0,043			
Máximo Máximo	20,00	20,00				
Intimidade						
Média	16,16	16,47				
Desvio-Padrão	1,89	2,31	0,426			
Mínimo	11,00	9,00	0,420			
Máximo	20,00	20,00				
QV Geral						
Média	89,80	91,56				
Desvio-Padrão	9,74	10,43	0,350			
Mínimo	67,00	68,00	0,330			
Máximo	118,00	112,00				

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; p-valor: Valores do teste de associação T-Student.

DISCUSSÃO

A compreensão científica que a demência é uma patologia que surge no fim da vida e não pode ser impedida deslocou-se e, hoje, considera-se que a prevenção, por meio de estilo de vida saudável, prática regular de atividades física, dieta equilibrada

e manutenção de uma boa qualidade de vida, desde as primeiras fases da vida, bem como, monitoramento do declínio cognitivo, manutenção de atividades cognitivas, educação contínua e cessação de hábitos não saudáveis são intervenções eficazes e podem evitar o surgimento da demência no futuro^{14,15}.

Em estudo realizado por Leite et al. 16, houve predominância de idosos com idade entre 60 e 69 anos (61,2%). Desses, 92,9% eram do sexo feminino. Observouse que, especificamente, entre os (as) idosos (as) com 80 anos ou mais, 66,6% deles (as) apresentavam declínio cognitivo. A maioria era viúvo (a) (54,1%). Sobre o número de anos do ensino formal, houve predominância daqueles que frequentaram de quatro a sete anos (52,9%). A renda mensal da maioria foi de um a três salários mínimos (88,2%). O arranjo familiar apontou um maior número de idosos que reside acompanhado (62,4%).

Atualmente, mulheres possuem uma expectativa de vida maior do que os homens, isso leva a uma feminilização do grupo etário formado por idosos. Nesse cenário, as idosas estão mais expostas à pobreza e à solidão, detém maior taxa de institucionalização, possuem maior risco de morbidade, procuram mais os serviços de saúde e vivem mais sozinhas em seus últimos anos de vida. Por conseguinte, constituem um grupo que merece intervenções sociais, que leve em conta as suas condições específicas¹⁷.

Outro dado bastante interessante do presente estudo é que a maioria dos indivíduos que não apresentam DC possui uma situação ocupacional ativa (62,50%). A participação em atividades grupais e o trabalho parece minimizar o sentimento de solidão dos idosos, mesmo que muitos deles vivam acompanhados de familiares¹⁶. Davim et al.¹⁸ consideraram importante salientar que, mesmo estando aposentado, o ser humano não deve se acomodar, devido ao sedentarismo. É essencial que esse indivíduo desempenhe atividades de acordo com sua vontade e habilidade pessoal, visando contribuir para um melhor estado de saúde e, consequentemente, para o prolongamento da vida, tornando-a mais prazerosa e sadia.

Sabe-se que quando a pessoa está inserida na família, muitas e enriquecedoras são as relações e trocas que ocorrem nesse ambiente e em ações na comunidade, principalmente para os idosos. No mundo atual, no entanto, a maior facilidade de mobilidade das pequenas famílias, bem como o aumento do número de separações ou divórcios, acabam por diminuir esse suporte ao idoso¹⁹.

Quando comparados o nível de inabilidade e qualidade de vida entre idosos com Doença Mental Crônica (DMC) e idosos saudáveis, de um grupo controle (GC), Ramaprasad, Rao e Kalyanasundaram⁹ constaram que o grupo DMC tinham maior inaptidão para locomover-se, para comunicar-se, para o autocuidado, para participação social e para atividades do cotidiano quando comparado ao GC. Idosos com DMC da área rural possuíam maior inaptidão em todos esses domínios quando comparados aos idosos residentes na área urbana. Em relação à qualidade de vida, indivíduos com DMC apresentaram pior qualidade de vida em comparação com o GC. A qualidade de vida estava associada negativamente com o nível de inaptidão, ou seja, quanto mais alto o nível de inaptidão, mais baixa era a qualidade de vida.

A percepção de saúde e de envelhecimento ativo, bem como os níveis de QV foram avaliados antes e após intervenção psicoeducativa em idosos. Os resultados evidenciaram que os idosos, em sua maioria, mantinham estilos de vida ativos, avaliavam positivamente o estado pessoal de saúde e concebiam saúde em uma perspectiva biopsicossocial. Esses aspectos mostraram-se fortalecidos após a intervenção. Houve diferença significativa para o domínio de participação social do WHOQOL-OLD²⁰.

Os resultados encontrados no presente estudo apontam que os domínios do Funcionamento Sensório e Autonomia, do WHOQOL-OLD, foram os que apresentaram menor média de pontuação. Indo ao encontro dessa correlação o nível de satisfação com a Autonomia também foi menor quando comparado às outras facetas, em pesquisa realizada por Dias et al.¹⁹, essa pontuação foi ainda mais baixa quando foram investigados idosos institucionalizados²¹.

Qualidade de vida que inclui melhor autorrelato de saúde geral, bem estar e melhor capacidade funcional foi fortemente associada ao desempenho cognitivo preservado, em mulheres com mais de 80 anos⁴. Revisão de literatura demonstrou que atenção aos sintomas depressivos e comportamento agitado podem melhorar a QV de idosos com demência, internados em instituições de longa permanência²².

Indivíduos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) também não apresentaram os domínios da QV prejudicados. Esses achados demonstram que essa não é uma preocupação crítica para idosos residentes em uma comunidade Taiwan. Entretanto, os autores relatam que são necessários trabalhos e exames mais complexos antes de descartar essa possibilidade³. Essa constatação também foi verificada em outras pesquisas que investigaram a QV entre idosos cognitivamente

intactos e aqueles com CCL, no estágio inicial da Doença de Alzheimer. Nessas investigações observou-se que a QV global dos indivíduos com CCL não foi diferente da observada nos outros grupos^{23,24}.

Corroborando com esses achados e com os resultados do presente estudo, Bosboom e Almeida² não identificaram associação entre o declínio cognitivo e a QV relacionada à saúde em pacientes idosos com Doença de Alzheimer. Antes e após 18 meses, à medida em que a doença progredia, a QV foi mensurada com instrumento específico para avaliação de pessoas com demência²⁵. No presente estudo, como não se previa o grande número de sujeitos com sinais sugestivos de distúrbios cognitivos, não utilizou-se ferramenta específica para mensurar QV nesse contingente.

Depressão geriátrica tem efeitos negativos na QV geral e na maioria dos domínios do WHOQOL-OLD, com exceção da morte e morrer, de forma significativa. O apoio social demonstrou uma correlação protetora significativa nas habilidades sensoriais, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, intimidade e QV geral. Desse modo, concluiu-se que a QV do idoso é afetada negativamente pela presença de depressão, enquanto o apoio social afeta positivamente²⁶.

As limitações relevantes do estudo estão relacionadas, principalmente, ao tamanho reduzido da amostra, o que não pode generalizar os resultados encontrados. Outro limitante foi a não aplicação de um questionário específico para avaliar a QV em idosos com distúrbios cognitivos, pois não esperava-se encontrar uma prevalência tão alta de idosos comprometidos.

CONCLUSÃO

Após análise dos resultados constatou-se que idosos mais velhos (80 anos ou mais) e que não trabalham apresentam maior prevalência de distúrbios cognitivos. A maioria dos entrevistados foram classificados com qualidade de vida "Boa". Nenhuma faceta do questionário sobre qualidade de vida, bem como a qualidade de vida geral, mostrou-se associada ao comprometimento cognitivo dos idosos avaliados.

No entanto, os dados são específicos apenas de uma área geográfica limitada no estado do Paraná (Brasil) e em uma pequena amostra. Além disso, pesquisas mais abrangentes, que incluam coleta de dados qualitativos podem trazer informações mais detalhadas sobre a qualidade de vida dessa população. O presente estudo deve servir de base para que novas pesquisas e intervenções sejam realizadas a fim de

esclarecer as relações entre qualidade de vida e distúrbio cognitivo a fim de promover o envelhecimento pleno e saudável dos idosos dessa região.

REFERÊNCIAS

- 1. Arsić S, Konstantinović L, Eminović F, Pavlović D. Correlation between demographic characteristics, cognitive functioning and functional Independence in stroke patients. Srp Arh Celok Lek. 2016;144(1-2):31-37.
- 2. Bosboom P, Almeida OP. Cognitive domains and health-related quality of life in alzheimer's disease. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2014;71(2):275-87.
- 3. Hsiao HT, Lis SY, Yang YP, Lin LL, Lin SI, Wang JJ. Cognitive Function and Quality of Life in Community-Dwelling Seniors with Mild Cognitive Impairment in Taiwan. Community Ment Health J. 2016;52(4):493–8.
- Goveas JS, Rapp SR, Hogan PE, Driscoll I, Tindle HA, Smith JC, et al. Predictors of optimal cognitive aging in 80+ women: the women's health initiative memory study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016;71(Suppl 1):62-71.
- 5. Correa DG, Borba-Pinheiro CJ, Dantas EHM. Qualidade de vida no envelhecimento humano. Praxia. 2013;1(1):36-52.
- Beckert M, Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. Estud.Psicol. 2012;29(2):155-192.
- 7. Raggi A, Corso B, Minicuci N, Quintas R, Sattin D, De Torres L, et al. Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. PLOS ONE. 2016;11(7):1-17.
- Liao w, Hamel REG, Olde Rikket MGM, Oosterveld SM, Aalten P, Verhey FRJ, et al. A profile of The Clinical Course of Cognition and Comorbidity in Mild Cognitive Impairment and Dementia Study (The 4C study): two complementary longitudinal, clinical cohorts in the Netherlands. BMC Neurology. 2016;16(1):242-253.
- 9. Ramaprasad D, Rao NS, Kalyanasundaram S. Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. Asian J Psychiatr. 2015;18(2):31-6.
- 10. Jung HW, Jang IY, Lee YS, Lee CK, Cho EI, Kang WY, et al. Prevalence of frailty and aging-related health conditions in older koreans in rural communities: a cross-sectional analysis of the aging study of pyeongchang rural area. J Korean Med Sci. 2016;31(3):345-52.

- 11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em http://www.abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 02/07/2015.
- 12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. Arq. Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-781.
- 13. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev. Saúde Públ. 2006;40(5):785-791.
- 14. Qiu C. Preventing Alzheimer's disease by targeting vascular risk factors: hope and gap. J Alzheimers Dis. 2012;32(3):721-31.
- 15. Barnett JH, Hachinski V, Blackwell AD. Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a lifelong and preventable condition. BMC Medicine.2013;11(246):1-16.
- 16. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):64-71.
- 17. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos sobre Envelhecimento. 2005;8(1):24-32.
- 18. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev Latino-Am Enfermagem 2004;12(3):518-24.
- 19. Dias CSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparison of subjective perceptions of quality of life and well-being of elderly people living alone, with family and institutionalized. Rev. Bras. Geriatr. Geronto. 2013;16(1):127-138.
- 20. Borges LM, Seidel EMF. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. Psico USF. 2014:19(3);421-431.
- 21. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2006; 28(1):27-38.
- 22. Beerens HC, Zwakhalen SMG, Verbeek H, Ruwaard D, Hamers JPH. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. Int. j. nurs. stud. 2013;50(9):1259–1270.
- 23. Ready RE, Ott BR, Grace J. Patient versus informant perspectives of quality of life in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2004;19(3): 256–265.

- 24. Maki Y, Yamaguchi T, Yamagami T, Murai T, Hachisuka K, Miyamae F, et al. The impact of subjective memory complaints on quality of life in community-dwelling older adults. Psychogeriatrics, 2014;14(3):175–181.
- 25. Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. Psychosom Med. 2002;64(3):510-9.
- 26. Unalan D, Gocer S, Basturk M, Baydur H, Ozturk A. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. Eur. Geriatr. Med. 2015;6(4):319-324.

7 NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia – ISSN: 1519-7522 – Qualis: B2 Interdisciplinar.

Orientação para preparação de manuscritos

Preparação de manuscritos

Os artigos devem ser escritos em português e inglês, ou em espanhol e inglês, preferencialmente. Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, fonte arial, corpo 12, espaçamento entre linhas 1,5; justificado; parágrafo 1,25; página em tamanho A-4.

Título

O artigo deve conter Título completo em português e inglês. Para artigos em espanhol, os títulos devem ser escritos em espanhol e inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão ter títulos em inglês e português.

Um bom título permite identificar o tema do artigo.

Resumo

Os artigos deverão ser acompanhados de resumo com um mínimo de 150 e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivo, método, resultado e conclusão com as informações mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave

Indicar, no campo específico, de três e a seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em http://www.bireme.br/decs).

Corpo do artigo

A quantidade de palavras no artigo é de até 4 mil, englobando Introdução; Método; Resultado; Discussão e Conclusão.

Introdução

Deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos

Deve informar a procedência da amostra, o processo de amostragem, dados do instrumento de investigação e estratégia de análise utilizada. Nos estudos envolvendo seres humanos, deve haver referência à existência de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido.

Resultados

Devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem autoexplicativas, informando a significância estatística, quando couber. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é 5 (cinco).

Discussão

Deve explorar os resultados, apresentar a interpretação / reflexão do autor fundamentada em observações registradas na literatura atual e as implicações/desdobramentos para o conhecimento sobre o tema. As dificuldades e limitações do estudo podem ser registradas neste item.

Conclusão

Apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Referências

Máximo de 35 referências para artigos originais e de 50 para artigos de revisão. Solicitamos que 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Solicitamos que 50% das referências devam ser publicações datadas dos últimos 5 anos e que sejam normalizadas de acordo com o estilo Vancouver.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Imagens, figuras, tabelas, quadros ou desenhos

Devem ter fonte: 10, centralizados, espaçamento entre linhas: simples, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. O número máximo do conjunto de tabelas e figuras é de cinco. O tamanho máximo da tabela é de uma página.

Gráficos

Devem ter fonte: 11, centralizados, com informação do local do evento/coleta e Ano do evento. Devem ser encaminhados e produzidos no formato Excel ou Word porém de forma editável, em tons de cinza ou preto, com respectivas legendas e numeração.

8 ARTIGO 3

Distúrbios cognitivos no processo de envelhecimento: associação entre tabagismo e

alcoolismo

Cognitive disorders in aging process: association between smoking and alcoholism

Danilo Francisco da Silva Marçal¹, Juliana Maria de Oliveira¹, Lucia Elaine Ranieri Cortez¹,

Rose Mari Bennemann¹.

Resumo

Objetivo: identificar a presença de distúrbios cognitivos e associar à prevalência de tabagismo

e ao consumo abusivo de álcool em idosos. Métodos: estudo transversal, com coleta de dados

primários e secundários e abordagem descritiva-analítica. Amostra de 180 idosos.

Investigaram-se o perfil sociodemográfico e econômico, distúrbios cognitivos, prevalência de

tabagismo e problemas relacionados ao uso de álcool nos elegidos. Resultados: a média de

idade foi de 70,82 (±7,98) anos. Mulheres representaram 60,56% da amostra. 82,22% dos

idosos apresentavam distúrbios cognitivos. A maioria dos idosos não apresentaram problemas

relacionados ao uso do álcool (88,89%). No entanto, todos os idosos que apresentaram indícios

de alcoolismo (11,1%) possuíam comprometimento cognitivo. No que concerne ao tabagismo

foram encontrados os seguintes resultados: 48,33% nunca fumou, 34,45% era ex fumante e

17,22% foi classificado como fumante diário. Conclusão: houve associação estatisticamente

significativa entre o uso de álcool e a presença de distúrbios cognitivos, porém não houve

associação entre o tabagismo e a presença de distúrbios cognitivos na amostra avaliada.

Descritores: Envelhecimento; Distúrbios cognitivos; Tabagismo; Alcoolismo.

Descriptors: Elderly; Cognition disorders; Smoking, Alcoholism.

¹Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil

Introdução

O processo de envelhecimento da população traz consigo maiores prevalências de doenças crônicas, limitações da capacidade funcional, comprometimento cognitivo, declínio sensorial, risco de acidentes e isolamento social. Com o passar da idade ocorre maior predisposição à deterioração da saúde mental e física dos idosos⁽¹⁾. A identificação precoce do comprometimento cognitivo pode atrasar estágios avançados de dependência e demência na terceira idade⁽²⁾.

Recentes revisões sistemáticas evidenciam sobre os aspectos epidemiológicos e fatores de risco modificáveis associados à cognição e à demência. Vários fatores comportamentais foram selecionados, incluindo tabagismo, consumo de álcool e atividade física. Tabagismo é fator de risco para diversas doenças crônicas, inclusive para a Doença de Alzheimer (DA), no entanto, sua relação com a prevalência de outros tipos de demência ainda é controversa. Já o consumo moderado de álcool pode ser protetor contra o declínio cognitivo na velhice. Atividades físicas de lazer, mesmo de intesidade moderada, apresentam efeitos protetores contra a demência (3,4).

Apesar do consumo leve e moderado de álcool estar relacionado à diminuição dos riscos de demência, não há como comprovar que esse consumo regular é a causa da diminuição do risco de comprometimento cognitivo em homens idosos⁽⁵⁾. Bebedores compulsivos apresentam maior risco de demência do que abstênicos (p<0,05) e bebedores moderados (p<0,02), dois anos após o diagnóstico de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)⁽⁶⁾.

A diminuição da capacidade funcional é outro aspecto relacionado aos efeitos deletérios da idade. Prevalência de depressão, tabagismo, doenças crônicas e idade avançada comprometem diretamente as atividades básicas da vida diária em idosos. Embora alguns desses fatores sejam inevitáveis, outros são passíveis de prevenção e tratamento. Medidas de intervenção que previnam a depressão devem ser tomadas, enquanto que a cessação do hábito de fumar pode diminuir a perda funcional em idosos⁽⁷⁾.

Sintomas depressivos também estão fortemente associados ao comprometimento cogntivo. Fatores de risco cardiovasculares, como hipertensão, diabetes e tabagismo devem ser rastreados e controlados, pois são preditores de diminuição da capacidade cognitiva em idosos com depressão⁽⁸⁾.

Em estudos sul coreanos foram constatados que tabagismo e consumo de álcool são fatores de risco para a depressão. Os idosos mais jovens, casados e praticantes de exercício tiveram efeitos protetores sobre essa patologia. Houve, também, associação entre o início tardio

do hábito de beber e fumar, após os 60 anos, com o desenvolvimento de disfunção cognitiva, apresentando diferenças significativas entre sexos^(9,10).

Deste modo, objetivou-se, no presente estudo, identificar a presença de distúrbios cognitivos e associá-los à prevalência de tabagismo e ao consumo abusivo de álcool em idosos.

Métodos

O desenho do estudo é transversal e quantitativo, com abordagem descritiva-analítica. Foram avaliados indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Rico - PR.

O tamanho da amostra foi avaliado aplicando-se regra para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas. A amostra final foi constituída por cento e oitenta (180) idosos.

Considerou-se como critérios de inclusão indivíduos idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes habituais em domicílios, cadastrados no Sistema de Atenção Básica e com prontuários registrados na Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de Porto Rico - PR. Não participaram do estudo indivíduos ausentes no domicílio no momento da visita, idosos com deficiências sensoriais (cegueira, surdez e/ou mudez), ou motoras (ortopédicas/reumatólogicas), que impedissem a realização das avaliações.

Utilizou-se formulário estruturado com dados sociodemográficos e econômicos, que identificaram: idade, sexo, estado civil, renda familiar, região de moradia, escolaridade, arranjo familiar e situação ocupacional. Determinou-se a classificação socioeconômica pelo Critério de Classificação Econômica Brasil⁽¹¹⁾.

A capacidade cognitiva dos idosos foi identificada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽¹²⁾. Foi considerada a influência da escolaridade, dessa forma, levando-se em conta os pontos de corte estabelecidos, os sujeitos foram classificados em dois grupos: Apresenta Distúrbio Cognitivo (ADC) e Não Apresenta Distúrbio Cognitivo (NADC).

Para identificação da situação atual e passada do uso de tabaco dos respondentes, foi aplicado o questionário adaptado *Global Adult Tobacco Survey*⁽¹³⁾. Por meio deste questionário os idosos foram classificados em: Fumante diário; Fumante ocasional; Ex-fumante e Nunca fumou.

A prevalência de alcoolismo foi identificada por meio do *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version* (MAST-G)⁽¹⁴⁾. Consiste em 24 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não). Nesse instrumento cada resposta "sim" vale um ponto e a nota de corte de 5 pontos

é tomada como um indicativo de provável abuso de álcool e problemas relacionados ao uso do mesmo.

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequências absolutas e relativas e porcentagem. Foi aplicado o Teste *T-Student* para comparação entre as médias dos idosos com e sem distúrbio cognitivo. A associação entre variáveis categóricas foram medidas por meio do Teste *Qui Quadrado* ou Teste *Exato de Fisher*. A decisão de se rejeitar a hipótese nula (H₀) ou não foi adotada, considerou-se p≤0,05. As análises foram realizadas nos programas Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0) e Statistica (versão 7.1), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel (versão 2013).

O estudo foi encaminhado para avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, sob o número do parecer 1.423.637/2015, de acordo com as a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A média de idade dos participantes foi de 70,82 (±7,98) anos. Nota-se que a maioria da amostra foi constituída por mulheres (60,56%). Quase metade (48,89%) encontrava-se na faixa etária de 60 a 69 anos, outros 12,78% possuíam 80 anos ou mais.

Com relação ao estado civil, a maioria era casada (57,78%) e na sequência encontravamse os(as) viúvos(as) (33,33%). Apenas 2,78% dos idosos(as) eram solteiros(as). No que se refere ao arranjo familiar, 88,89% moravam acompanhados(as).

Pode-se identificar que muitos possuíam pouco ou nenhum tempo de estudo, 45,56% afirmaram que não eram alfabetizados(as), e 39,44% possuíam de 1 a 4 anos de estudo. No que diz respeito à renda familiar, a maioria encontrava-se entre 1 e 3 salários mínimos (SM).

A situação ocupacional era equilibrada, pois 41,11% encontravam-se ativos(as), mesmo com idade avançada, enquanto que 58,89% não encontravam-se mais ativos(as). Outro fato evidenciado é que 83,33% moravam na zona urbana (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos perfis sociodemográfico e econômico dos idosos avaliados

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	109	60,56
Masculino	71	39,44
Grupo Etário		
De 60 a 69 anos	88	48,89
De 70 a 79 anos	69	38,33
Mais de 80 anos	23	12,78
Estado Civil		
Solteiro (a)	5	2,78
Casado (a)	104	57,78
Divorciado (a)	11	6,11
Viúvo (a)	60	33,33
Arranjo Familiar		
Acompanhado (a)	160	88,89
Sozinho (a)	20	11,11
Frequenta ATI		
Sim	11	6,11
Não	169	93,89
Escolaridade		
Não alfabetizado (a)	82	45,56
De 1 a 4 anos de estudo	71	39,44
De 5 a 8 anos de estudo	15	8,33
De 9 a 11 anos de estudo	7	3,89
Mais de 11 anos de estudo	5	2,78
Renda Familiar		
Até 1 S.M.	8	4,44
De 1 S.M. a 3 S.M.	130	72,22
De 3 S.M. a 4 S.M.	38	21,11
Mais de 5 S.M.	4	2,22
Situação Ocupacional		
Ativo (a)	74	41,11
Inativo (a)	106	58,89
Classificação Econômica		
В	31	17,22
C	108	60,00
D-E	41	22,78
Local de Moradia		
Zona Rural	30	16,67
Zona Urbana	150	83,33

Legenda: N – Número; ATI – Academia da Terceira Idade; SM – Salário(s) Mínimo(s).

Na tabela 2 pode-se observar a associação entre as características dos perfis sociodemográfico e econômico com a presença ou não de distúrbios cognitivos e problemas relacionados ao consumo de álcool dos idosos residentes do município de Porto Rico-PR.

Tabela 2. Associação entre variáveis sociodemográficas e econômicas na presença ou não distúrbios cognitivos e presença ou não de problemas com consumo de álcool nos idosos avaliados.

		Dist	úrbio	cogniti	vo		Problemas com Álcool			
Vaniánal	A	DC	NA	NADC		Não têm Têm			m	
Variável	(N=	-148)	(N	(N=32) p-valor		(N=	=160)	(N=	20)	p-valor
	N	%	N	%	-	N	%	N	%	•
Sexo										
Feminino	91	61,49	18	56,25	$0,583^{a}$	104	65,00	5	25	$0,001^{a*}$
Masculino	57	38,51	14	43,75		56	35,00	15	75	
Grupo etário						_			_	_
60 a 69 anos	68	45,95	20	62,50	$0,040^{a*}$	76	47,50	12	60	$0,173^{\alpha}$
70 a 79 anos	57	38,51	12	37,50	0,040	65	40,63	4	20	0,173
80 anos ou mais	23	15,54	0	0,00		19	11,88	4	20	
Renda familiar		•								
Até 1 S.M.	8	5,41	0	0,00		5	3,13	3	15	
De 2 a 3 S.M.	109	73,65	21	65,63	$0,108^{\alpha}$	116	72,50	14	70	$0,051^{\alpha}$
De 3 a 4 S.M.	27	18,24	11	34,38		36	22,50	2	10	
5 S.M. ou mais	4	2,70	0	0,00		3	1,88	1	5	
Estado civil		•								
Solteiro (a)	5	3,38	0	0,00		4	2,50	1	5	
Casado (a)	84	56,76	20	62,50	$0,526^{\alpha}$	93	58,13	11	55	$0,786^{\alpha}$
Divorciado (a)	9	6,08	2	6,25		9	5,63	2	10	
Viúvo (a)	50	33,78	10	31,25		54	33,75	6	30	
Moradia		•								
Rural	24	16,22	6	18,75	$0,727^{\alpha}$	29	18,13	1	5	$0,116^{\beta}$
Urbano	124	83,78	26	81,25		131	81,88	19	95	
Escolaridade				•						
Não alfab	69	46,62	13	40,63		71	44,38	11	55	
1 a 4 anos	58	39,19	13	40,63	$0,575^{a}$	65	40,63	6	30	$0,146^{a}$
5 a 8 anos	11	7,43	4	12,50	0,373	15	9,38	0	0	0,140
9 a 11 anos	6	4,05	1	3,13		5	3,13	2	10	
Mais de 11 anos	4	2,70	1	3,13		4	2,50	1	5	
Situação ocp.		•		•						
Ativo (a)	54	36,49	20	62,50	$0,007^{a*}$	66	41,25	8	40	$0,915^{a}$
Inativo (a)	94	63,51	12	37,50		94	58,75	12	60	
Class. econ.										
В	24	16,22	7	21,88	$0,496^{\alpha}$	25	15,63	6	30	0.1269
C	88	59,46	20	62,50	U,490 ^w	100	62,50	8	40	$0,126^{\alpha}$
D/E	36	24,32	5	15,63		35	21,88	6	30	

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; N - Número; SM - Salário(s) Mínimo(s); Alfab - Alfabetizado (a); Class. econ. - Classificação Econômica; α - Teste *Qui Quadrado*; β - Teste *Exato de Fisher*; * - Valores Estatisticamente Significativos (p<0,05).

Observa-se na tabela 2 que as associações estatisticamente significativas (p<0,05), ou seja, as que interferiam diretamente na presença de distúrbios cognitivos, encontradas neste estudo foram somente grupo etário e situação ocupacional (p=0,040 e p=0,007,

respectivamente). Sexo, renda familiar, estado civil, local de moradia, escolaridade e classificação socioeconômica não apresentaram associação estatisticamente significativa.

Com relação à idade, a associação foi observada uma vez que quanto maior a faixa etária, maior a prevalência de distúrbios cognitivos, pois entre os que possuíam 80 anos ou mais (15,54%), todos apresentavam distúrbios cognitivos.

Em relação à situação ocupacional, os sujeitos que se encontravam inativos e possuíam distúrbios cognitivos representavam 63,51%. Já os que encontravam-se inativos e não possuíam distúrbios cognitivos representavam 37,50%.

Em relação aos problemas relacionados ao consumo de álcool, somente houve associação estatisticamente significativa entre os sexos (p=0,001), pode-se dizer que o sexo masculino foi mais acometido com este problema e apresentou indícios sugestivos de alcoolismo.

A maioria dos idosos não apresentaram problemas relacionados ao uso do álcool (88,89%). No entanto, todos os idosos que possuíam problemas com o uso de álcool (11,1%) apresentavam distúrbios cognitivos. No que concerne ao tabagismo, foram encontrados os seguintes resultados: 48,33% nunca fumaram, 34,45% eram ex fumantes e 17,22% foram classificados como fumantes diários.

Tabela 3. Associação entre as variáveis: consumo de álcool e tabagismo na presença ou não de distúrbios cognitivos para os idosos avaliados.

	Distúrbio Cognitivo				_	
Variável	ADC	ADC (n=148)		C (n=32)	p-valor	
	N	%	N	%		
Consumo de álcool						
Não tem problemas	128	86,49	32	100,00	$0,027^{\beta*}$	
Problemas com uso	20	13,51	-	-		
Tabagismo						
Fumante Diário	24	16,22	7	21,88	$0,719^{\alpha}$	
Ex Fumante	51	34,46	11	34,38	0,719	
Nunca Fumou	73	49,32	14	43,75		

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; N - Número; β – Teste *Exato de Fisher*; α - Teste *Qui Quadrado*; * - Valores Estatisticamente Significativos (p<0,05).

Foram analisados também os problemas relacionados ao consumo de álcool e tabagismo com a presença ou não de distúrbios cognitivos. Pode-se inferir que o consumo do álcool possuía associação direta com a presença de distúrbios cognitivos, uma vez que o p-valor de 0,027 foi estatisticamente significativo. Quem não tinha problemas com álcool não apresentou

distúrbio cognitivo, enquanto que entre os que possuíam problemas com uso de álcool esse índice foi de 13,51%. Com relação ao tabagismo, não houve nenhum tipo de associação dessa variável com a presença de distúrbios cognitivos, conforme os resultados apresentados na tabela 3.

Discussão

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional, deixam essa população vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Isso poderá acarretar em um grande problema populacional, já que o número de idosos aumentará nos próximos anos⁽¹⁰⁾.

Indícios apontam que tabagismo e consumo de álcool são fatores de risco para a depressão. Idosos mais jovens, casados e praticantes de exercício tiveram efeitos protetores sobre essa patologia. Houve, também, associação entre o início tardio do hábito de beber e fumar, após os 60 anos, com o desenvolvimento de disfunção cognitiva ^(9,10).

Diversas pesquisas fornecem evidências de que consumo leve e moderado de álcool, durante a vida tardia, está associado com menor declínio na aprendizagem, memória e, consequentemente, melhor funcionamento cognitivo e menor risco de demência^(5,6,15). O intrumento utilizado no presente estudo não avaliou a frequência do consumo de álcool, no entanto, infere-se que os idosos sejam consumidores pesados, pois a maioria apresentou problemas relacionados com o uso de álcool e associação estatísticamente significativa à presença de distúrbios cognitivos.

Estudo realizado com homens, com média de idade de 42.6 (±15.8) anos, na China, mostrou que o tabagismo foi associado com significativo declínio cognitivo, especialmente na memória imediata, atenção, linguagem e desempenho cognitivo geral. Não foi observado, no entanto, que o uso de álcool estava associado com o declínio cognitivo, ou produzia efeitos aditivos no declínio cognitivo com o tabagismo⁽¹⁶⁾.

Quando foram comparados à idade de início do hábito de consumir bebidas alcoólicas, os resultados sugeriram que os idosos que começam a beber em uma fase mais tarde da vida têm maiores deficiências cognitivas em comparação com seus pares que iniciaram esse hábito há décadas. Isso enfatiza a vulnerabilidade do envelhecimento do cérebro aos efeitos tóxicos do álcool⁽¹⁷⁾.

É provável que o tabagismo aumente o risco de desenvolver Doença de Alzheimer e pode ser, também, fator de risco para outras formas de demência. Essas informações são importantes para impedir ou cessar o hábito de fumar, sobretudo para indivíduos com idade superior a 65 anos^(3,4,18). No entanto, os resultados aqui encontrados não associaram o tabagismo com as disfunções cognitivas.

Quando comparados indivíduos que fazem tratamento para a dependência do álcool e que estão há pelo menos um mês abstinentes, com o hábito crônico de fumar, observou-se que os indivíduos tabagistas possuem pior desempenho neurocognitivo do que aqueles que não fumam. Essa pesquisa apoia fortemente intervenções que promovam a cessação do hábito de fumar para aqueles que procuram tratamento contra a dependência do álcool⁽¹⁹⁾.

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional, deixam essa população mais vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Isso poderá acarretar em um grande problema de saúde pública, já que a expectativa de vida da população aumentará⁽²⁰⁾.

O tabaco é um dos mais potentes agentes carcinogênicos para o ser humano e seu consumo, assim como a exposição à fumaça produzida pelo fumante, é considerado principal fator de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares. O alcoolismo está associado à hipertensão arterial, à cirrose, ao acidente vascular encefálico e a alguns tipos de câncer também⁽²⁰⁾.

Conclusão

Após análise dos resultados, conclui-se que há associação entre a capacidade cognitiva, grupo etário e situação ocupacional dos idosos. A prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool foi associada somente ao sexo masculino. O tabagismo não foi associado à nenhuma varíavel sociodemográfica, econômica ou à presença de distúrbios cognitivos.

Quando comparados os problemas relacionados ao uso de álcool à presença de distúrbios cognitivos, nota-se associação significativa, ou seja, idosos que possuem problemas com uso do álcool apresentam capacidade cognitiva comprometida.

Dessa forma, sugere-se que políticas públicas de incentivo aos hábitos saudáveis sejam direcionadas à população idosa de Porto Rico-PR. Idosos mais velhos e que não possuem ocupação podem ser estimulados a praticarem exercícios físicos e cognitivos regulares por meio da participação social em grupos da terceira idade, por exemplo. Campanhas para diminuição do consumo de álcool entre os homens idosos também devem ser incentivadas. Desse modo,

espera-se que a capacidade cognitiva dos idosos seja preservada e que a adoção de hábitos saudáveis seja capaz de promover o envelhecimento ativo da amostra investigada.

Referências

- 1. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. Cad Saúde Pública 2011;27(3):555-64.
- 2. Vannier-Nitenberga C, Dauphinotb V, Bonguec BD, Sassc C, Bathsavanis A, Rouch I, et al. Performance of cognitive tests, individually and combined, for the detection of cognitive disorders amongst community-dwelling elderly people with memory complaints: the EVATEM study. Eur J Neurol. 2016; 23(3):554-61.
- 3. Beydoun MA, Beydoun HA, Gamaldo AA, Teel A, Zonderman AB, Wang y. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. BMC Public Health 2014; 14(643):1-33.
- 4. Lee Y,Back JH, Kim J, Kim SH, Na DL, Cheong HK, et al. Systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. Int Psychogeriatr. 2010;22(2):174-87.
- 5. Almeida OP, Hankey GJ, Yeap BB, Golledge J, Flicker L. Alcohol consumption and cognitive impairment in older men: a mendelian randomization study. Neurology. 2014;82(12):1038-44.
- 6. Xu G, Liu X, Yin Q, Zhu W, Zhang R, Fan X. Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. Psychiatry Clin Neurosci. 2009;63(1):43-9.
- 7. Hajek A, Konig HH. Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. PLoS One. 2016; 11(1):115-24.
- 8. Gallagher D, Kiss A, Lanctot K, Herrmann N. Depressive symptoms and cognitive decline: A longitudinal analysis of potentially modifiable risk factors in community dwelling older adults. J Affect Disord. 2016;190(25):235-40.
- 9. Kim SA, Kim E, Morris RG, Park WS. Exploring the non-linear relationship between alcohol consumption and depression in an elderly population in gangneung: the gangneung health study. Yonsei Med J. 2015;56(2):418-25.
- 10. Park B, Park J, Jun JK, Choi KS, Suh M. Gender differences in the association of smoking and drinking with the development of cognitive impairment. PLoS One. 2013 8(10):142-57.
- 11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em http://www.abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 02/07/2015.

- 12. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. Arq. Neuropsiquiatr. 2003;61(3-B):777-81.
- 13. GATS. (GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY). Grupo Colaborativo para a pesquisa mundial sobre tabagismo em adultos. Perguntas sobre Tabaco para Pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos, 2a Edição. Atlanta, GA: Centro de Prenvenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, 2011.
- 14. Kano MY. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test Geriatric Version (MAST-G). 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Pretos, Universidade de São Paulo.
- 15. Downer B, Zanjani F, Fardo DW. The relationship between midlife and late life alcohol consumption, APOE e4 and the decline in learning and memory among older adults. Alcohol Alcohol. 2014;49(1):17-22.
- 16. Zhang XY, Tan YL, Chen DC, Tan SP, Yang FD, Zunta-Soares GB, et al. Effects of cigarette smoking and alcohol use on neurocognition and BDNF levels in a Chinese population. Psychopharmacology. 2016;233(3):435-45.
- 17. Kist N, Sandjojo J, Kok RM, Van Den Berg JF. Cognitive functioning in older adults with early, late, and very late onset alcohol dependence. Int Psychogeriatr. 2014;26(11):4863-9.
- 18. Peters R, Poulter R, Warner J, Beckett N, Burch L, Bulpitt C. Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. BMC Geriatr. 2008;8(36):45-63.
- 19. Durazzo TC, Pennington DL, Schmidt TP, Mon A, Abé C, Meyerhoff DJ. Neurocognition in 1-month-abstinent treatment-seeking alcohol-dependent individuals: interactive effects of age and chronic cigarette smoking. Alcohol Clin Exp Res. 2013;37(10):1794-803.
- 20. Senger AEV. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011;14(4):713-19.

9 NORMAS DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Revista Rene – INSS impresso: 1517-3852 INSS on-line:2175-6783 – Qualis: B1 Interdisciplinar.

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- 1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
- 2. Todo o texto está formatado em Times New Roman, fonte 12, espaço 1,5cm entrelinhas e espaçamento de 0 pt antes de depois. As quatro margens de 2,5 cm, papel A4 e parágrafos 1cm. As páginas estão numeradas a partir da Introdução. Figuras e tabelas estão no texto. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
- 3. O resumo está apresentado somente no idioma de submissão, em Times New Roman, fonte 12 e espaço 1,5cm. Não ultrapassa o limite de 150 palavras. Os descritores estão abaixo do resumo, nos dois idiomas inglês/português com a denominação de Descritores e Descriptors. Limitados de 3 a 6, separados por ponto e vírgula e com as iniciais maiúsculas, exceto para preposições, em conformidade com os DeCS.
- 4. O texto não apresenta siglas, priorizando a descrição destas, exceto para aquelas reconhecidas internacionalmente. Ademais, segue os padrões de estilo e requisitos de formatação descritos em Diretrizes para Autores.
- 5. O título, no idioma de submissão, apresenta no máximo 14 palavras, grafado em negrito, em caixa baixa, isto é, somente com a inicial maiúscula, e em nomes próprios, sem localização geográfica.
- 6. Os títulos das seções do artigo encontram-se grafados em caixa baixa, somente com inicial maiúscula, e em negrito: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (opcional), Colaborações e Referências.
- 7. O artigo se apresenta dentro do limite de páginas e de referências preconizado para cada Seção da Revista.
- 8. Não contém nomes de autores no texto, estes foram substituídos por sua codificação numérica, sobrescrito, com parênteses e sem espaço entre a última palavra e o parêntese. Não utilizando expressões como: Segundo..., De acordo etc.
- 9. As referências seguem o estilo Vancouver, conforme modelos expostos nas Diretrizes de publicação.
- 10. As declarações encontram-se em conformidade com os modelos disponíveis nas Diretrizes para Autores, assinadas por todos os autores. Estas foram impressas, assinadas, escaneadas e incluídas em Documento Suplementar. **Documentos com assinaturas coladas não serão aceitos.**
- 11. No caso de Artigos de Pesquisa, se encaminha o documento de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob a forma de documento digitalizado, anexado como arquivo suplementar.
- 12. Envio do *Checklist* preenchido como Documento Suplementar.
- 13. Envio do comprovante de pagamento referente à taxa de submissão, no valor de R\$ 120,00, como documento suplementar. Este valor também pode ser pago diretamente na Secretaria da Revista.
- 14. Adesão aos custos de tradução do artigo para língua inglesa após aprovação.

10 CONCLUSÃO

Levando-se em conta os resultados analisados, conclui-se que há prevalência expressiva de distúrbios cognitivos na amostra avaliada. Idosos mais velhos, que não possuem atividade ocupacional e que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool são mais acometidos pelo declínio cognitivo.

O nível de atividade física, a qualidade de vida e a prevalência de tabagismo não estão associados diretamente com a capacidade cognitiva dos idosos.

Um grupo preponderante de idosos possuem um bom nível de atividade física e foram classificados com ativos fisicamente. Nota-se que quanto mais jovem, maior a adesão à prática de atividades físicas. Mulheres idosas são significativamente mais ativas que os homens. Houve associação, também, entre a renda familiar e o nível de atividade física da população estudada.

Nenhum domínio da qualidade de vida foi associado às variáveis sociodemográficas, econômicas ou à capacidade cognitiva dos idosos entrevistados.

Os problemas relacionados ao uso de álcool foram associados ao sexo e a capacidade cognitiva. Homens apresentam maiores indícios de alcoolismo do que mulheres idosas. Indivíduos que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool expõem maior prevalência de distúrbios cognitivos. No entanto, o tabagismo não foi associado a nenhuma variável sociodemográfica, econômica ou à capacidade cognitiva.

Esta pesquisa deve servir de subsídio para que outros tipos de estudos, como os longitudinais e qualitativos, sejam capazes abranger mais variáveis e aprofundar os conhecimentos relacionados à promoção da saúde da população idosa dessa região. Sugere-se investimentos em políticas públicas para o rastreamento precoce, acompanhamento e prevenção para que os distúrbios cognitivos não se agravem. Assim, os idosos conseguirão usufruir de maneira mais independente e saudável essa fase da vida.

REFERÊNCIAS

ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. 2014. Disponível em http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 02/07/2015.

ANSTEY, K. J. et al. Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. *American Journal Geriatric and Psychiatry*, v.17, n.7, p.542–55, 2009.

ARAÚJO, L. F. et al. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. v.30, n.1, p.80–86, 2011.

BAMIDIS, P. D. et al. A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v.44, n.3, p. 206-20, 2014.

BARNERS, D.E. et al. A point-based tool to predict conversion from mild cognitive impairment to probable Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, v. 10, n. 6, p. 646-655, 2014.

BARNETT, J; HACHINSKI, V; BLACKWELL, A. Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a life long and preventable condition. *BMC Medicine*, v. 11, n. 1, 2013.

BÁRRIOS, M. J.; FERNANDES, A. A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v.32, n.2, p.188–96, 2014.

BARRY, L.C; et al. Under-treatment of depression in older persons. *Journal of affective disorders*. v.136, n.3, p. 789-796, 2012.

BECKERT, M; IRIGARAY, T.Q; TRENTINI, C.M. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, v.29, n.2, p.155-192, 2012.

BELL, C. L. et al. Late-life factors associated with healthy aging in older men. *Journal of the American Geriatrics Society*, v.62, n.5, p. 880–88, 2014.

BENEDETTI, T. B; MAZO, G.Z; BARROS, M.V.G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*, v.12, n.1, p.25-34, 2004.

BIELAK, A.A.M et al. Preserved differentiation between physical activity and cognitive performance across young, middle, and older adulthood over 8 years. *The Journals of Gerontology, Series B: Phychological Sciences and Social Sciences*, v.69, n.4, p.523-532, 2014.

BOSBOOM, P.R; ALMEIDA, O.P. Cognitive domains and health-related quality of life in alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology, Series B: Phychological Sciences and Social Sciences*, v. 69, n.4, p. 101-109, 2014.

BOUDINY, K. 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, v.33, n.6, p. 1077-98, 2013.

BRANDÃO, S.D.N; SIQUEIRA, T.D.A. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e a eficácia do treinamento de força em idosos. *Boletim Informativo Unimotrisaúde em Sociogerontologia*, v. 5, n.2, p. 01-09, 2014.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). *Avaliação de efetividade dos programas de atividade física no Brasil*. Brasília-DF (Ministério da Saúde) - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação em Saúde, 182 f. 2011. Disponível em: http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 15/06/2015.

BRUCKI, S.M.D. et al. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.

CARVALHO, A.A; GOMES, L; LOUREIRO, A.M.L. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v.36, n.3, p. 339-346, 2010.

CHAN, A.M. et al. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas*, v. 62, n.3, p. 294-300, 2009.

CHAPMAN, D. P; PERRY, G. S. Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing chronic disease*, v.5, n.1, p.01-09, 2008.

CORREA, D.G; BORBA-PINHEIRO, C.J; DANTAS, E.H.M. Qualidade de vida no envelhecimento humano. *Praxia*, v. 1, n.1, p. 36-52, 2013.

CRAMM, J.M; LEE, J. Smoking, physical activity and healthy aging in India. *BMC Public Health*, v.14, n. 526, p.1-6, 2014.

CRUZ-JENTOFT, A.J. et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People *Age and Ageing*, v.39, n.4, p. 412–423, 2010.

DIAS, D.S.G; CARVALHO, C.S; ARAÚJO, C.V. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.16, n.1, p.127-138, 2013.

DOWNER, B. et al. The relationship between midlife and late life alcohol consumption, APOE e4 and the decline in learning and memory among older adults. *Alcohol and Alcoholism*, v. 49, n. 1, p. 17–22, 2014.

FALCADE, B.L. et al. Octagenários em residências unipessoais: enfoque sobre a qualidade de vida e condições de saúde. *Revista de Enfermagem*, v.1, n.3, p. 386-396, 2011.

FARINATTI, P.T. V. Envelhecimento, promoção de saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas. 2ª ed: Manole, Barueri, 2014.

FLECK, M.P; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

FREITAS, E.R.F.S. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos residentes na cidade de Londrina, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.13, n.2, p.277-287, 2010.

GATS. (GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY). Grupo Colaborativo para a pesquisa mundial sobre tabagismo em adultos. *Perguntas sobre Tabaco para Pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos*, 2a Edição. Atlanta, GA: Centros de Prenvenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, 2011.

GONÇALVES, K.C. et al. Comparação entre a percepção da qualidade de vida e o nível de aptidão física de idosos praticantes de atividades aquáticas. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 39, p.35-43, 2014.

GUEDES, D.P. et al. Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. *Journal of Aging and Health*, v. 24, n. 2, p. 212-226, 2012.

GUTIERRES-FILHO, P.J.B. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.17, n.1, p. 141-151, 2014.

HAMER, M; OLIVEIRA, C; DEMAKAKOS, P. Non-exercise physical activity and survival: English longitudinal study of ageing, *American Journal of Preventive Medicine*, v.47, n.4, p.452–460, 2014.

HELLER, T. et al. Interventions to promote health: Crossing networks of intellectual and developmental disabilities and aging. *Disability and Health Journal*, v.7, n.1, p. 24-32, 2014.

HERNANDÉZ, S.S.S et al. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.14, n.1, p.68-74, 2010.

HUANG, C.Q. et al. Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *International psychogeriatrics/IPA*. v.23, n.4, p. 516-525, 2011.

IBGE. InstitutoBrasileiro de Geografia e Estatística. CensoDemográfico 2010. *Resultados da amostra – características da população*. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=412020&search=parana|portorico>. Acesso em: 11/06/2015.

KANO, M.Y. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). 2011. 78 f. *Dissertação (Mestrado)*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Pretos, Universidade de São Paulo.

KALRA, G. et al. Mental health promotion: guidance and strategies. *European Phychiatry*, v.27, n.2, p. 81-86, 2012.

KIM, S. A. et al. Exploring the non-linear relationship between alcohol consumption and depression in an elderly population in gangneung: the gangneung health study. *Yonsei Medicine Journal*, v.56, n.2, p.418-25, 2015.

LARA, E; HARO, J.M; TANG, M.X; MANLY, J; STERN, Y. Exploring the excess mortality due to depressive symptoms in a community-based sample: the role of Alzheimer's Disease. *Journal of Affective Disorders*, v. 202, n. 1, p. 163-170, 2016.

LIMA, D.L; LIMA, M.A.V.D; RIBEIRO, C.G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v.7, n.3, p.346-356, 2010.

LO, A. H. Y. et al. Associations between life style and cognitive function over time in women aged 40-79 years. *Journal of Alzheimer's Disease*, v.39, n.2, p.371-83, 2014.

MAKIZAKO, H. et al. Physical frailty predicts incident depressive symptoms in elderly people: prospective findings from the obu study of health promotion for the elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 16, n. 3, p. 194-99, 2015.

MATSUDO, S.M.M. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Boletim do Instituto de Saúde / BIS*, v.11, n. 47, p. 76-79, 2009.

MAUJEAN, A. et al. The capacity for health promotion survey. *General Hospital Psychiatry*. v. 36, n.6, p. 594-98, 2014.

MELO, B. et al. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.19, n.2, p.205-214, 2014.

MESQUITA, R. et al. Smoking status and its relationship with exercise capacity, physical activity in daily life and quality of life in physically independent, elderly individuals. *Physiotherapy*, v.101, n.1, p.55-61, 2015.

MOFRAD, Z. P; JAHANTIGH, M; ARBABISARJOU, A. Health promotion behaviors and chronic diseases of aging in the elderly people of Iranshahr*- IR Iran. *Global Journal of Health Science*, v.8, n.3, p.139-45, 2016.

MONS, U. et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *The BMJ*, v. 350: h1551, p.1-12, 2015.

MONTAÑO, M. B. M. M; RAMOS, L.R. Declínio cognitivo e quadros demenciais. In: RAMOS, L. R; CENDOROGLO, M.S. *Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Barueri: Manole, 2011. Cap. 14. p. 185-196.

NOH, J.W. et al. Atypical Epidemiologic finding in association between depression and alcohol use or smoking in korean male: korean longitudinal study of aging. *Psychiatry Investigation*, v.11, n.3, p.272-280, 2014.

PAHOR, M. et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial. *The Journal of the American Medical Association /JAMA*, v. 311, n23, p. 2387-2396, 2014.

PARENTE, M.A.M. P. Cognição e Envelhecimento. Porto Alegre: Artmed. 2006.

PARK, B. et al. Gender differences in the association of smoking and drinking with the development of cognitive impairment. *PLOS ONE*, v.8, n.10, p.01-07, 2013.

PETERS, R. et al. Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatrics*. v. 8, n.36, p. 01-07, 2008a.

PETERS, R.et al. Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: a systematic review. *Age and Ageing*, v. 37, n.5, p. 505-512, 2008b.

PÍCOLI, T.S; FIGUEIREDO, L.L; PATRIZZI, L.J. Sarcopenia e envelhecimento. *Fisioterapia e Movimento*, v.24, n.3, p.455-462, 2011.

RAGGI, A. et al. Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLOS ONE*, v.11, n.7, p.01-17, 2016.

RAMAPRASAD, D; RAO, N.S; KALYANASUNDARAM, S. Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. *Asian Journal of Psychiatry*, v. 10, n.4, p. 1-6, 2015.

RAMOS, L. R; CENDOROGLO, M. S. *Guia de geriatria e gerontologia*. 2ª Ed. Barueri, São Paulo: Manole. 404p. 2011.

RYAN, M. et al. Drinking patterns of older adults with chronic medical conditions. *Journal of General Internal Medicine*, v.28, n.10, p.1326–32, 2013.

SANTOS, A.S. et al. Atividade física, álcool e tabaco entre idosos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v.2, n.1, p. 6-13, 2014.

SANTOS, F.S; JUNIOR, J.L. O Idoso e o Processo de Envelhecimento: Um estudo sobre a qualidade de vida na terceira Idade. *Revista de Psicologia*, v. 8, n.24, p.34-55, 2014.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.14, n.4, p.713-19, 2011.

SILVA, M. F. et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.15, n.4, p.635-42, 2012.

SILVA, V.L; CESSE, E.A.P; ALBUQUERQUE, M.F. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 17, n. 2, p. 178-193, 2014.

TEIXEIRA, J. B. et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. *Caderno de Saúde Pública*, v.31, n.4, p.01-12, 2015.

TEIXEIRA, I. N. D. O; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, v.19, n.1, p. 81-94, 2008.

UNALAN, D. et al. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *European Geriatric Medicine*, v. 6, n. 4, p. 319-324, 2015.

VAZ, R.C.R. Envelhecimento e atividade física: influência na qualidade de vida. 2014. 61 f. *Monografia (Graduação)*. Universidade Federal de Goiás.

WEUVE, J. et al. Deaths in the United States among persons with Alzheimer's disease (2010–2050). *Alzheimer's & Dementia*, v. 10, n. 2, p. 40-46, 2014.

WEYERER, S. et al. Current alcohol consumption and its relationship to incident dementia: results from a 3-year follow-up study among primary care attenders aged 75 years and older. *Age and Ageing*. v. 40, n.5, p.456–463, 2011.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). 9th Global Conference on Health Promotion. Shanghai: World Health Organization, 2016. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>. Acesso em: 21/11/2016.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization, 2015. Diponível em: http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15/08/2016.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Global recommendations on physical activity for health. Geneva. 2010. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf. Acesso em: 15/08/2016.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, p.403-409, 1995.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva. 1992. Disponível em: http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf. Acesso em: 15/08/2016.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: World Health Organization, 1986. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 20/12/2016.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - UNICESUMAR PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

APÊNDICES

APÊNDICE A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAPACIDADE COGNITIVA, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO EM IDOSOS

Pesquisador: Danilo Francisco da Silva Marçal

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 51923615.8.0000.5539 Instituição Proponente: unicesumar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.423.637

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal, com coleta de dados primários, com abordagem descritiva e analítica, cujo objetivo é associar capacidade cognitiva com nivel de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos da cidade de Porto Rico – PR. Para este propósito, os pesquisadores pretendem analisar as características sociodemográficas por meio de questionário adaptado pelo pesquisador, baseado na ABEP (2014). Para identificar a capacidade cognitiva será utilizado o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), proposto por Brucki et al (2003). Para avaliar o nível de atividade física será empregado o Questionário internacional de Atividade Física (IPAQ), adaptado para a população idosa por Benedetti, Mazo e Barros (2004). A qualidade de vida será identificada por meio do WHOQOL-OLD, desenvolvido e validado na versão em português por Fieck et al., (2006). A prevalência de tabagismo será identificada por meio da adaptação do Giobal Adult Tobacco Survey(GATS) (2011), por fim, o alcoolismo será identificado por meio do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Associar capacidade cognitiva com nivel de atividade física, qualidade de vida e

Enderego: Avenida Guedner, 1610 - Bioco 07 ¿ Têrreo

Bairro: Jardim Aclimação CEP: 87,050-390

UF: PR Municipio: MARINGA

Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR

Continuação do Parecer: 1.423.637

prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos da cidade de Porto Rico - PR.

Objetivo Secundário: Conhecer as características sóciodemográficas dos idosos; identificar a capacidade cognitiva dos idosos; identificar o nivel de atividade física dos idosos; identificar a qualidade de vida dos idosos; identificar a prevalência de tabagismo e alcoolismo nos idosos; Associar as variáveis de acordo com sexo e grupo etário; Apresentar estratégias de promoção da saúde, de acordo com os resultados encontrados.

Avallação dos Riscos e Beneficios:

Riscos: Não haverá riscos para os participantes.

Beneficios: Será feito levantamento do perfil sociodemográfico e dos aspectos relacionados à saúde de uma amostra representativa da população idosa da cidade de Porto Rico - PR. Nesse sentido, de acordo com os resultados e conclusões do estudo, as informações serão retornadas à população estudada, na Unidade Básica de Saúde, com a finalidade de promover a saúde e o envelhecimento ativo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância e reúne todos os requisitos para ser desenvolvida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos.

Recomendações:

Não hà.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	08/12/2015		Acelto
do Projeto	ROJETO 619691.pdf	12:33:20		
Cronograma	Cronograma.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acelto
_		12:31:52	Silva Marçai	
TCLE / Termos de	Scan4.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acelto

Enderego: Avenida Guedner, 1610 - Bioco 07 ¿ Térreo

Bairro: Jardim Acilmação CEP: 87,050-390

UF: PR Municipio: MARINGA

Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR



Continuação do Parecer: 1.423.637

Assentimento /	Scan4.pdf	12:27:14	Silva Marçai	Acelto
Justificativa de				
Auséncia				
TCLE / Termos de	Scan1.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acetto
Assentimento /		12:26:07	Silva Marçai	
Justificativa de			_	
Auséncia				
Declaração de	Scan2.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acetto
Pesquisadores	-	12:25:28	Silva Marçai	
Declaração de	Scan3.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acetto
Instituição e		12:24:11	Silva Marçal	
Infraestrutura			-	
Projeto Detalhado /	Projeto_Danilo_Unicesumar.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acelto
Brochura		12:22:05	Silva Marçai	
Investigador				
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/12/2015	Danllo Francisco da	Acelto
		12:10:00	Silva Marçal	

(Coordenador)

	Assinado por: Niice Marzolia ideriha
	MARINGA, 25 de Fevereiro de 2016
Necessita Apreciação da Não	CONEP:
Situação do Parecer: Aprovado	

Enderego: Avenida Guedner, 1610 - Bioco 07 ¿ Térreo

CEP: 87.050-390 Bairro: Jardim Acimação

UF: PR Municipio: MARINGA

Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br

APÊNDICE B — Declaração de Autorização do Local

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Porto Rico / PR. 03 /Novembro / 2015.

Ilma Sr.ª
Prof.º Dr.ª Nilce Marzolla Ideriha
Coordenadora do Comité de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)
UNICESUMAR -- Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Érica Aliberto Pereira Belentani de Souza declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "CAPACIDADE COGNITIVA, NÎVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO EM IDOSOS", sob a responsabilidade do(s) pesquisador (es) Danilo Francisco da Silva Marçal e Rose Mari Bennemann que a CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA NIS II - PORTO RICO, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Assinatura da responsável

Nome complete por externa

CPE OU CP

Erica Alterto Pereira Belantani do Souta Socretar la telecicional de Calcolea Portecia de 120 de Calcolea Capir dos res sira-de

APÊNDICE C – Termo de Proteção de Risco e Confidencialidade

TERMO DE PROTEÇÃO DE RISCO E CONFIDENCIALIDADE

Declaro que, ao ser facultado o acesso às informações sobre exames, observações de dados pessoais de individuo oriundos de documentos relativos a prontuários, julgamentos expressos em questionários, resultados de exames clínicos e laboratoriais e demais instrumentos de natureza documental, pertencentes aos arquivos Centro de Saúde/Unidade Básica NIS II — Porto Rico, com a finalidade específica de coleta de informações para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa intitulado Capacidade cognitiva, nivel de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos, de autoria de Rose Marii Bennemann (orientadora) e Danilo Francisco da Silva Marçal, docente e discente, respectivamente, do curso de Promoção da saúde- linha 1 envelhecimento ativo — Centro Universitário Maringá-Unicesumar, será preservada a privacidade e a confidencialidade de tais documentos e dos seus Sujeitos.

Declaro, também, que o procedimento proposto, na pesquisa assegura a confidencialidade dos dados e garante a privacidade dos sujeitos, bem como a proteção da sua imagem, impedindo o estigma e a utilização das informações em prejuizo de terceiros e da comunidade. Preservando, ainda, a auto-estima e o prestigio dos envolvidos, tudo utilizando, apenas, para os fins propostos no protocolo de pesquisa.

Todo o referido é verdade.

Maringá / PR, 12 / 11 / 2015.

Nome e assinatura do orientados da pesquisa

Nome e assinatura do orientando da pesquisa

Comité de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar) Centro Universitário Cesumar- UNICESUMAR Bloco 10 Av. Guedner, 1610 CEP 87.050-900 Maringá - Paraná

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CAPACIDADE COGNITIVA, NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO EM IDOSOS

Eu,			declaro
que fui satisfatoriamente esclarece Bennemann (orientadora) e Danilo I minha participação no projeto e pe de atividade física, qualidad alcoolismo em idosos, cujo objutividade física, a qualidade de vididosos da cidade de Porto Rico — Plipara descrever as características se cognitiva, outro para avaliar o nive vida, outro para verificar a prevalência de alcoolismo entre os inenhum custo ao idoso. Estou ciencitados e a utilização dos dados origidivulgação em revistas científica mantidas em sigilo informações relamento direito de receber resposta a acerca dos procedimentos, riscos e cumpra a legislação em caso de di prejudicar meu estado de saúde fís pesquisador responsável cou com consentimento a qualquer hora e o qualquer prejuizo à minha pessoa, consentimento, sem ter sido submetire.	rancisco da squisa intitu le de vid- le de vid- etivo è veri da e a prev. Serà reali ficiodemogra I de ativida cia de tabagadosos. A por le e autorizardos destos brasileiras cionadas à qualquer proposer propose	a Silva Marçal (orie alado Capacidade a e prevalência ficar a capacidade alência de tabagis zado aplicação de s áficas, outro para de fisica, outro ve ismo e, por último, esquisa não trará no o a reulização dos es procedimentos p as ou estrangeiras minha privacidade pergunta ou esclar relacionados à pes naja algum efeito ental, poderei entre esquisadores. É po articipar do estudo a, concordo volunt	intando), em relação a le cognitiva, nível a de tabagismo e cognitiva, o nível de mo e alcoolismo em seis questionários, um avaliar a capacidade rificar a qualidade de noutro para verificar a enhum risco à saóde e procedimentos acima ara fins didáticos e de contanto que seja e bem como garantido ecimento de dúvidas quisa, além de que se inesperado que possa ar em contato com o essivel retirar o meu o sem que isso traga ariamente e dou meu ou coação.
Eu			após ter lido e
entendido as informações e esclarecido professora Rose Mari BenneuannCO	NCORDO \ mesmo.	VOLUNTARIAME	NTE em participar do
Maring	d. r	7 2015.	

Eu Rose Mari Bennemann declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados: Nome: Dra. Rose Mari Bennemann Endereço: Avenida Guedner, 1.610

Bairro: Jardim Aclimação

Cidade: Maringá UF: Paraná

Fones: (44) 3027-6360 email: <u>rosemari@cesumar.br</u>

Nome: Danilo Francisco da Silva Marçal

Endereço: Rua Manoel de Macedo 31

Bairro: Zona 07

Cidade: Maringá UF: Paraná

Fones: (44) 88325817 email: danilofsm@msn.com

$\mathbf{AP\hat{E}NDICE}\;\mathbf{E}-\mathbf{Question\acute{a}rio}\;\mathbf{para}\;\mathbf{identifica}$ ção do perfil sociodemográfico

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS / QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO
Dados de identificação da pesquisa
Protocolo: Data da entrevista: / /2016. Incluído: () Não incluído ()- Motivos: Recusa() Portador de deficiência visual grave não corrigida() Portador de deficiência auditiva grave não corrigida() Deficiência física ()
Dados de identificação do participante
Nome:
Endereço:
Telefone:
Data de nascimento: / / .
Idade:
Grupo etário: () 60 – 69() 70 – 79 () 80 ou mais
Sexo: () Masculino () Feminino
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () União consensual
() Divorciado/Separado/Desquitado
Renda Familiar Mensal:() Menor que 1 SM () 1 Salário Mínimo
() 2 a 3 Salários Mínimos () 3 a 4 Salários Mínimos () 5 ou mais
Frequenta a Academia da Terceira Idade (ATI):() Sim () Não
Localização da residência:() Rural () Urbana
Arranjo familiar: ()Mora sozinho () Mora acompanhado
Escolaridade (considerar nível de escolaridade e não número de anos que frequentou a escola).
 () não alfabetizados ou analfabeto* () 1 a 4 anos de estudos () 5 a 8 anos de estudos () 9 a 11 anos de estudos ()>11 anos de estudos
*Considerar analfabeto aquele que nunca apendeu a ler, ou, embora tenha aprendido, nunca frequentou qualquer tipo de curso escolar. Incluem-se neste grupo as pessoas que só forem capazes de escrever o próprio nome.
Situação ocupacional: () ativo economicamente () inativo economicamente
Classe econômica:() A () B () C () D
Conforme critério de classificação ABEP 2014: A, B (B1+B2), C (C1+C2), D (D+E) Conforme pontuação a seguir:

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - UNICESUMAR PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ANEXOS

ANEXO A - Questionário para classificação do perfil socioeconômico

VARIÁVEIS

	Quantidade de Itens				
	Não possui	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregadas domésticas	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupas	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura atual	Pontuação
Analfabeto/Primário Incompleto	Analfabeto / Fundamental I	0
	incompleto	
Primário Completo/Ginásio	Fundamental I completo /	1
Incompleto	Fundamental II incompleto	
Ginásio Completo/Colegial	Fundamental completo/Médio	2
Incompleto	incompleto	
Colegial Completo/Superior	Médio completo/Superior	4
Incompleto	incompleto	
Superior completo	Superior completo	7

ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS

SERVIÇOS PÚBLICOS	NÃO	SIM
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

CLASSE	PONTOS
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D/E	0 – 16

(ABEP, 2014)

ANEXO B - Mini Exame de Estado Mental (MEEM)

т				
μ	omt	uações	may	111112
	OHL	uayou.	o micro	11111013

Pontuações máximas

Pontuações máximas	Pontuações máximas		
Orientação Temporal Espacial	Linguagem		
1. Qual é o (a) Dia da semana? 1	5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente		
Dia do mês?1	dizer o nome desses objetos conforme você os aponta		
Mês?1	2		
Ano? 1			
Hora aproximada? 1	6. Faça o paciente. Repetir "nem aqui, nem ali, nem		
2. Onde estamos?	lá".		
Local?1	1		
Instituição (casa, rua)? 1			
Ваітто? 1	Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios.		
Cidade?1	"Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao		
Estado?1	meio. Coloque o papel na mesa".		
	3		
Registros			
 Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada 			
uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras			
que você menciou. Estabeleça um ponto para cada	1		
resposta correta.			
-Vaso, carro, tijolo	09. Faça o paciente escrever uma frase de sua		
3	própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um		
	objeto e fazer sentido).		
	(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)		
3. Atenção e cálculo	1		
Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65).			
Estabeleça um ponto para cada resposta correta.	Copie o desenho abaixo.		
Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar apalavra	Estabeleça um ponto se todos os lados e		
MUNDO de trás para frente.	ângulos forem preservados e se os lados da interseção		
5	formarem um quadrilátero.		
	<u> </u>		
4. Lembranças (memória de evocação)			
Pergunte o nome das 3 palavras aprendidos na questão			
Estabeleça um ponto para cada resposta correta.			
,			
	\searrow		
	-		

AVALIAÇÃO do escore obtido	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS
Pontos de corte - MEEM Brucki et al. (2003)	
20 pontos para analfabetos	
25 pontos para idosos com um a quatro anos	
de estudo	
26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos	
de estudo	
28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de	
estudo	
29 pontos para aqueles com mais de 11 anos	
de estudo.	

ANEXO C — Questionário Internacional de Atividade Física

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA Versão 8 (forma longa, semana usual)

Noi	me:				Data	ı:/ /_	ldade:	anos
\subseteq	stador **	Nesta entrev senhor(a) fa entender qu	z em uma s	semana nor	mal (típica)). Suas respo		
	Entr	As pergunto fazendo ativ ou de bicicle	idades físic	as no traba	lho, em cas	a (no lar), no	os deslocan	
	ientaçõe	Portanto, co envolve algo que precisa MUITO mais que exigem mais forte qu	um esforço m de um g forte que c algum esfo	físico. Lemb rande esfoi o normal. As orço físico e	re que as a rço físico e s atividades	tividades VI que fazem s físicas MO	GOROSAS s o(a) senhor DERADAS so	ão aquelas r(a) respirar ão aquelas
		s	EÇÃO 1 - A	TIVIDADE FÍ	SICA NO TR	ABALHO		
volu não	ıntário. Inclu deve inclu	ui as ativida ua as ativido ir as tarefas erão incluída	ides que vo domésticas	ocê faz na u s, cuidar do	universidade	e, faculdad	e ou escolo	a. Você
1a.,	Atualmente	e você tem o	cupação re	emunerado	ou faz trabo	alho voluntá	ário fora de s	sua casa?
	\bigcirc :	SIM	O ÑÃO	→ Váp	ara seção 2	2 - Transport	te	
	entações do antrevistador	trabalh▶ Por fav	o (fora de o or, NÃO INO apenas nac	casa) seja e CLUA o tran	ele remuner sporte parc	ado ou voli o trabalho		
,	vigorosas, c construção cortar gran	s dias de um de forma co o pesada, lev na, pintar co oor semana	ntínua por p vantar e tra asa, cavar v	oelo menos Insportar ob valas ou bur	10 minutos ojetos pesac acos, etc.)	(exemplo: dos, cortar l	trabalho de enha, serrar	>
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Cado	Tempo							
1c. E 1	MODERAD <i>A</i> transportar	s dias de um AS, de forma pequenos o roupas com	contínua p bjetos, limp as mãos, e	oor pelo me oar vidros, v tc.)?	enos 10 minu arrer ou limp	utos (exemp oar o chão,	olo: levanta . carregar c	re
E %	DIAS	oor semana	Não	faz AF mod	deradas -)	→ Vá para o	questão 1d	
o em dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

Tempo

	Orientaçõ Entrevisto		e realiz	ore que voc za para ir po balho.				
	DIAS	or semana	Não	faz caminh	nadas \rightarrow \wedge	/á para seç	ão 2 - Trans	porte
כממם מומי	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
000	Tempo							
	um lugar pa	SEÇAO as desta seção ara outro. Voc o grupo de tei	o estão relo ê deve inc	luir os desloca	atividades o amentos par	que você rec a o trabalho	aliza para se o o (se você tra	ibalha),
a,	Em quanto:	s dias de um	a semana	normal voc	ê anda de	carro, ônib	us, metrô ou	ı trem₹
	DIAS	oor semana	Não	o utiliza veíc	ulos a moto	x → Váj	oara a ques	tão 2b
cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
000	Tempo							
1	Entrevisto Em quantos minutos cor	s dias de um ntínuos, para	realiza d inclua d a semana ir de um l	à pé ou de b is atividades normal voc ugar para o	que você fo ê anda de utro, ?	a ir de um lu az por diven bicicleta, p	ugar para ou são ou exerc or pelo mer	itrol Não sício. nos 10
1	Entrevisto Em quantos minutos cor DIAS p	s dias de um ntínuos, para por semana	realiza di inclua d a semana ir de um l Nād	à pé ou de b is atividades normal voc ugar para o o anda de b	icicleta par que você fo ê anda de utro, ? icicleta =	a ir de um lu az por diver bicicleta, p Vá para	ogar para ou são ou exerc por pelo mer a questão	ntrol Não fício. nos 10
1	Entrevisto Em quantos minutos cor	ador \s dias de uma ntínuos, para	realiza d inclua d a semana ir de um l	à pé ou de b is atividades normal voc ugar para o	icicleta par que você fo ê anda de utro, ?	a ir de um lu az por diven bicicleta, p	ugar para ou são ou exerc or pelo mer	ntrol Não fício. nos 10
	Entrevisto Em quantos minutos cor DIAS p DIA Tempo Em quantos contínuos, p DIAS p	s dias de um ntínuos, para por semana	realiza di inclua di semana ir de um li Nadi Terça di semana di lugar par	normal voc o anda de b Quarta	icicleta par que você fo è anda de utro, ? icicleta — Quinta è caminha	a ir de um lu az por diver bicicleta, p Vá para Sexta por pelo m	gar para ou são ou exerc or pelo mer a a questão Sábado enos 10 min	itrol Não fício. nos 10 2c Domingo
	Entrevisto Em quantos minutos cor DIAS p DIA Tempo Em quantos contínuos, p	s dias de uma ntínuos, para por semana Segunda s dias de uma para ir de uma	realiza di inclua di semana ir de um li Nadi Terça di semana di lugar par	a pé ou de b is atividades normal voc ugar para o o anda de b Quarta normal voc ra outro?	icicleta par que você fo è anda de utro, ? icicleta — Quinta è caminha	a ir de um lu az por diver bicicleta, p Vá para Sexta por pelo m	gar para ou são ou exerc or pelo mer a a questão Sábado enos 10 min	itrol Não fício. nos 10 2c Domingo
COOD GIOS	Entrevista Em quantos minutos cor DIAS p DIA Tempo Em quantos contínuos, p DIAS p DIAS p	s dias de uma ntínuos, para cor semana Segunda s dias de uma cara ir de um cor semana Segunda	realiza di inclua di inclua di semana li raca di semana di lugar pari lugar p	normal voc ugar para o o anda de b Quarta normal voc ra outro? o faz caminh	icicleta par que você fo è anda de utro, ? Dicicleta — Quinta e caminha nadas —	a ir de um lu az por diver bicicleta, p Vá para Sexta por pelo m Vá para a S Sexta	gar para ou são ou exerc or pelo mer a a questão Sábado enos 10 min Seção 3	ntrol Não fício. nos 10 2c Domingo utos
dia cada dia?	Entrevista Em quantos minutos cor DIAS p DIA Tempo Em quantos contínuos, p DIAS p DIA Tempo SEÇÃO As pergui sua casa quintal, m Em quantos quintal, po levantar e	s dias de uma ntínuos, para cor semana Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda	realiza di inclua di inclua di inclua di a semana di reca di a semana di lugar pare di	normal voc ugar para o o anda de b Quarta normal voc ra outro? o faz caminh Quarta EM CASA, Ta relacionada a. Nestas ativ aquelas que a normal voc os contínuos sados, corta	icicleta par que você fo è anda de utro, ? icicleta — Quinta è caminha hadas — Quinta AREFAS DOI is às atividad idades estă você faz po cê faz ativid ? (Exemplo ir grama co	a ir de um luaz por diverso bicicleta, por bicicleta, por Sexta Por pelo mová para a Sexta MÉSTICAS E des que o la coincluídas a des físicas carpir, com motesoura, em tesoura,	gar para ou são ou exercisão ou exercisão ou exercisão ou exercisão Sábado enos 10 min seção 3 Sábado ATENÇÃO A sa tarefas no onta da sua sa vigorosas ritar lenha, se etc.).	pomingo Domingo Domingo TAMÍLIA Pealiza na pardim ou família. To jardim ou família. To jardim ou família.
	Entrevista Em quantos minutos cor DIAS p DIA Tempo Em quantos contínuos, p DIAS p DIA Tempo SEÇÃO As pergui sua casa quintal, m Em quantos quintal, po levantar e	s dias de uma cor semana Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda Segunda O3 - ATIVIDA ntas desta se e ao redor de nanutenção de se dias de uma repelo menos repelos rep	realiza di inclua di inclua di inclua di a semana di reca di a semana di lugar pare di	normal voc ugar para o o anda de b Quarta normal voc ra outro? o faz caminh Quarta EM CASA, Ta relacionada a. Nestas ativ aquelas que a normal voc os contínuos sados, corta	icicleta par que você fo è anda de utro, ? icicleta — Quinta è caminha hadas — Quinta AREFAS DOI is às atividad idades estă você faz po cê faz ativid ? (Exemplo ir grama co	a ir de um luaz por diverso bicicleta, por bicicleta, por Sexta Por pelo mová para a Sexta MÉSTICAS E des que o la coincluídas a des físicas carpir, com motesoura, em tesoura,	gar para ou são ou exercitor pelo mer a questão Sábado enos 10 min seção 3 Sábado ATENÇÃO A starefas no onta da sua sua starefas no onta da sua sua starefas no onta da sua su	pomingo Domingo Domingo FAMÍLIA Pealiza na pardim ou família. To jardim ou família. To jardim ou família.

	o. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas moderadas no jardim ou quintal, por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, jardinagem, caminhar ou brincar com crianças, etc.).								
		or semana		_		o quintal —)	-	•	
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
Tem	Tempo								
:	Em quantos sua casa, po roupas à mô	or pelo men	os 10 minut anheiro, est	os contínuc fregar o chá	os? (Exemplo ão, carrega	o: , limpar vi	dros ou jan pequenas n	elas, lavar o colo, etc).	
em Jia?							-		
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
e C	Tempo								
	SEC	ÇÃO 4 - ATIV	/IDADE FÍSI	CA DE RECR	EAÇÃO, ES	PORTE, EXER	CÍCIO E LA	ZER	
4 a.	contínuos. No seu temp perguntas a menos 10 m	e somente r Por favor N <i>i</i> po livre, sem nteriores, er	nas atividad ÃO inclua d incluir qua m quantos d nuos?	des físicas q atividades q Ilquer camir dias de uma	ue você faz ue você já nhada que a semana n	z por pelo m tenha citac você já ten	nenos 10 min do.nas seçõ ha citado r caminha, p	nutos es aas oor pelo	
em Jia?						,			
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
	Tempo								
	No seu temp atividades fí rápido, pedo	sicas vigoro alar rápido,	sas, por pe canoagen	lo menos 10 n, remo, mu) minutos co sculação, e	ontínuos? (E: esportes em	xemplo: co geral, etc)	rer, nadar	
em ia?		r semana				lazer $ ightarrow$ \		estao 4c	
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
Ca	Tempo								
	4c. No seu tempo livre, durante uma semana normal em quantos dias você participa de atividades físicas moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos? (Exemplo: pedalar em ritmo moderado, voleibol recreativo, natação, hidroginástica, ginástica e dança, etc).								
E ℃	DIAS po	or semana	N	ão faz AF m	oderadas r	no lazer $ ightarrow$	Vá para Se	eção 5	
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
Tem	Tempo								
_			SEÇÃO 5 -	TEMPO QUE	VOCÊ PASS	A SENTADO			
7	Esta é a últ sentado er casa, no tr		da semana	a. Inclua too	do o tempo	que você p	oassa senta	do em	
Tempo em cada dia?	DIA	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo	
Temp	Tempo								

ANEXO D - World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL - OLD)



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto	as perdas nos seus	sentidos (por exemplo	, audição, visão, pala	dar, olfato,
tato), afetam	a sua vida diária?			
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
		1		l
old_02 Até que ponto	o a perda de, por exe	mplo, audição, visão,	paladar, olfato, tato, a	afeta a sua
capacidade d	e participar em ativida	ides?		
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
		'		
old_03 Quanta liberd	lade você tem de toma	ar as suas próprias de	cisões?	
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
		'		l
old_04 Até que ponto	o você sente que cont	rola o seu futuro?		
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
		'		
old_05 O quanto voc	ê sente que as pesso	as ao seu redor respe	itam a sua liberdade?	
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
		1		l
old_06 Quão preocu	pado você está com a	maneira pela qual irá	morrer?	
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
		'		1
old_07 O quanto voc	ê tem medo de não p	oder controlar a sua m	orte?	
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
	I			I
old_08 O quanto voc	ê tem medo de morre	r?		
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old 09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old	15	Quão	satisfeito.	você está.	com ao	milo que	alcanco	ou na sua vida?
2000	1000	2000 000 000 000	PROPERTY OF THE PARTY OF THE PARTY.	ALCOHOLD DESCRIPTION	Service of the Service	granter square	NAME OF TAXABLE PARTY.	AND THE SECOND PROPERTY.

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old 17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old 19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz
1	2	nem infeliz	4	5
		3		

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1	2	nem boa	4	5
		3		

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old 21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÉ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO E - Global Adult Tobacco Survey (GATS)

3. MEDINDO A PREVALÊNCIA DO TABAGISMO

Os indicadores de tabaco considerados como de alta prioridade são construídos apartir de três perguntas que tem como objetivo produzir a prevalência do consumo de tabaco. A primeira pergunta (Q1) mede o consumo atual, a segunda pergunta (Q2a) mede o consumo passado de fumantes atuais não diários e, a terceira, (Q2b), mede o consumo passado dos não fumantes atuais. É importante que essas perguntas estejam incluídas em qualquer pesquisa que tenha como objetivo examinar as taxas de prevalência básicas do tabagismo.

Q1. Consumo Atual de Tabaco Fumado						
Atualmente, vo cê fuma tabaco diariamente, menos que diariamente, ou não fuma?						
DIARIAMENTE	□ 1 > FINALIZAR SEÇÃO					
MENOS QUE DIARIAMENTE	□ 2 > PERGUNTAR Q2a					
NÃO FUMA	□ 3 > PERGUNTAR Q2b					
NÃO SABE	□ 7 > FINALIZAR SEÇÃO					
Q2a. Situação Passada sobre o Consumo Diário de Tabaco Fumado						
No passado, você fumou tabaco diariament	el					
SIM	□ 1 > FINALIZAR SEÇÃO					
NÃO	□ 2 > FINALIZAR SEÇÃO					
NÃO SABE	7 > FINALIZAR SEÇÃO					
Q2b. Situação Passada sobre o Consumo de Tabaco Fumado						
No <u>passado</u> , você fumou tabaco diariamente, menos que diariamente, ou não fumou?						
ENTREVISTADOR: SE O ENTREVISTADO RESPONDER AMBOS, "DIARIAMENTE" E "MENOS QUE DIARIAMENTE", NO PASSADO, ASSINALE "DIARIAMENTE".						
DIARIAMENTE	□1					
MENOS QUE DIARIAMENTE	□ 2					
NÃO FUMOU	3					
NÃO SABE						

QUESTIONÁRIO

d) Estado civil: 1 () solteiro(a) 2. () casado(a) 3. () separado(a) 4. () viúvo(a) 5. () outro	iino	
e) Anos de estudo:f) Mini Exame do Estado Mental:		
e) Renda familiar:		
g) Ocupação: 1. ()aposentado 2. () Dona de casa 3. () outro. Qual?		
h) Moradia: 1. () própria 2. () alugada 3. () asilo		
i) Com quem mora? 1. () família 2. () sozinho 3. ()Outro		
j) Possui algum tipo de doença? Qual?		
k) Uso de medicação: ()não ()sim. Qual?		
Instrução: Segue a lista de questões sobre seu hábito de beber no passado e no presente. Por favor, respor NÃO para cada questão.		
Quando você terminar de responder a questão, por favor some quantos "sim" você respondeu e coloque no abaixo.	espaço	9
diodiko.	Sim	Não
Após beber você percebe um aumento no batimento do coração ou batedeira no peito?		
2. Quando você conversa com outras pessoas, alguma vez disseram que bebe menos do que realmente bebe?		
3. O álcool deixa você tão sonolento(a) a ponto de adormecer enquanto está sentado(a)?		
4. Depois de você beber um pouco, alguma vez você ficou sem comer ou pulou alguma refeição por não sentir fome?		
 Beber um pouco, ajuda a reduzir os tremores (que acontecem quando você fica sem beber algum tempo)? 		
Algumas vezes o álcool te impediu de lembrar alguma coisa que você fez durante o dia ou a noite?		
7. Você coloca regras de que não vai beber em algum periodo do dia?		
Você perdeu o interesse em passatempos ou atividades de que você costumava fazer?		
Quando você acorda de manhã, tem dificuldade para lembrar o que aconteceu na noite anterior?		
10. Beber ajuda você a dormir?		
11. Você esconde garrafas de bebidas alcoólicas de sua família?		
12. Depois de uma festa, você se sente envergonhado(a) porque bebeu demais?		
13. Você tem ficado preocupado(a) de que beber seja prejudicial a sua saúde?		
14. Você gosta de terminar a noite bebendo?		
15. Você acha que aumentou o consumo de bebida depois que alguém próximo a você morreu?		
16. Em geral, você prefere beber em casa a sair e encontrar pessoas?		
17. Você está bebendo mais agora do que você costumava beber no passado?		
18. Você geralmente bebe para relaxar ou "acalmar os nervos"?		
19. Você bebe para esquecer seus problemas?		
20. Vooê alguma vez já aumentou o consumo de bebidas alcoólicas após ter sofrido uma perda na sua vida?		
21. Você às vezes dirige depois de ter bebido bastante?		
22. Alguma vez, um médico ou uma enfermeira demostrou preocupação com o seu consumo de bebidas alcoólicas?		
23. Alguma vez estabeleceu regras para controlar o seu consumo de bebidas alcoólicas?		
24. Quando você se sente sozinho(a), tomar uma bebida alcoólica te ajuda?		