



CURSO DE MEDICINA

MARCELA PIMENTEL LIMA MILITÃO

**FATORES ASSOCIADOS AO AUTORRELATO DE ESQUECIMENTO EM IDOSOS
ACOMPANHADOS POR UMA UNIDADE DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE**

Salvador, BA

2022

MARCELA PIMENTEL LIMA MILITÃO

**FATORES ASSOCIADOS AO AUTORRELATO DE ESQUECIMENTO EM IDOSOS
ACOMPANHADOS POR UMA UNIDADE DE CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito para aprovação no quarto ano do curso.

Orientadora: Prof(a). Dr^a Elen Beatriz Pinto.

Salvador - BA

2022

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e irmã e ao meu namorado que tanto me apoiaram durante esse processo, me encorajando e acreditando no meu potencial.

A todos os meus amigos de antes da faculdade e aos amigos que fiz durante esses anos de curso, em especial Ingrid Gonzalez, Louise Gramacho, Amanda Grecco, Mariana Caroline, Nathalia Queiroz e Henrique Saleh, pois sem vocês esse trabalho teria sido muito mais árduo do que foi. Obrigada por tornarem mais leve cada “surto” e me lembrarem de que eu sou capaz.

À minha orientadora profa. Elen Beatriz Pinto por sempre ter sido paciente e sempre muito presente nesse processo, desempenhando com maestria seu papel de orientar e ao grupo de pesquisa Comportamento Motor e Reabilitação Neurofuncional por toda a experiência.

À minha professora da matéria de metodologia da pesquisa profa. Alcina Andrade por todo auxílio e suporte.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Essa etapa do ciclo de vida pode ser marcada por efeitos deletérios funcionais, cognitivos e orgânicos que tornam os idosos mais suscetíveis a doenças, à fragilidade social e ao risco de acidentes, como as quedas. **OBJETIVO:** Identificar os fatores associados à queixa de comprometimento da memória em idosos acompanhados em uma unidade de cuidados primários. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal parte de uma coorte: “Perfil de fragilidade e fatores associados em pessoas idosas acompanhadas na atenção Primária à Saúde”. Em uma amostra acessível não probabilística foram incluídos homens e mulheres maiores de 65 anos que pertencem ao território que compõe a área de abrangência da unidade de saúde. Foram aplicadas duas ferramentas para coleta dos dados. A primeira foi o questionário contendo dados sociodemográficos, como idade, sexo, escolaridade, vida conjugal, ocupação, participação em atividades comunitárias, e dados clínicos, como número de comorbidades, uso de polifarmácia, autopercepção do estado de saúde, perda involuntária de fezes ou urina, problema de visão e audição, desânimo e tristeza. O outro instrumento aplicado foi o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20) / versão do profissional de saúde. Após a análise descritiva das variáveis, foram utilizados os testes de Mann-Whitney e o Qui-quadrado para análise das associações entre as variáveis testadas. Número do parecer consubstanciado do CEP: 3.254.953 em 09 de abril de 2019. **RESULTADOS:** A mediana da idade foi de 70 anos (64 – 75), com predomínio de mulheres (79,4%), sendo que 75 dos 102 idosos eram aposentados (73,5%) e 91 tinham controle de suas finanças (89,2%). Quanto à participação em atividades comunitárias, 44,4% dos indivíduos com relato de esquecimento responderam que participavam. Participantes com queixa de esquecimento responderam: ter múltiplas comorbidades (48,8%) e deixar de fazer compras (24,4%), ter queixas de problemas sensoriais de visão (6,6%) e audição (2,2%). Além disso, relataram autopercepção ruim ou regular do estado de saúde (46,6%), perda involuntária de urina e fezes (44,4%), desânimo e tristeza (35,5%), capacidade aeróbica e muscular reduzida (62,2%), deixar de realizar pequenos trabalhos (15,5%) ou de ter controle do próprio dinheiro (20%). **CONCLUSÃO:** Os fatores relacionados com maior frequência foram: autopercepção ruim e regular da saúde, incontinência urinária e fecal, desânimo e tristeza, reduzida capacidade muscular e aeróbica, ter deixado de realizar pequenos trabalhos ou de ter controle financeiro e baixa participação em atividades comunitárias.

Palavras-chave: idosos; autorrelato de esquecimento; comprometimento da memória.

ABSTRACT

INTRODUCTION: It is known that the world is going through an aging process of its population and that this is a progressive and intrinsic phenomenon to human beings. This stage of the life cycle can be marked by deleterious functional, cognitive and organic effects that make the elderly more susceptible to diseases, social fragility and the risk of accidents, such as falls. **AIM:** To identify the factors associated with the complaint of memory impairment in elderly people followed up in a primary care unit. **METHODS:** This is a cross-sectional study based on a cohort: “Frailty profile and associated factors in elderly people followed up in Primary Health Care”. In an accessible non-probabilistic sample, were included men and women over 65 years old who belong to the territory that makes up the area covered by the health unit. Two tools were applied for data collection. The first was the questionnaire containing sociodemographic data, such as age, sex, education, marital life, occupation, participation in community activities, and clinical data, such as number of comorbidities, use of polypharmacy, self-perception of health status, involuntary loss of feces or urine, vision and hearing problems, discouragement and sadness. The other instrument applied was the Clinical-Functional Vulnerability Index – 20 (IVCF-20) / health professional version. After the descriptive analysis of the variables, the Mann-Whitney and Chi-square tests were used to analyze the associations between the variables tested. CEP’s number: 3,254,953 on April 9, 2019. **RESULTS:** The median age was 70 years (64 - 75), with a predominance of women (79.4%), with 75 of the 102 elderly people being retired (73.5%) and 91 having control of their finances (89,2%). As for participation in community activities, 44.4% of individuals with a report of forgetfulness answered that they participated. Participants with complaints of forgetfulness answered: having multiple comorbidities (48.8%) and not shopping (24.4%), having complaints of sensory problems with vision (6.6%) and hearing (2,2%). In addition, they reported poor or regular self-perception of health status (46.6%), involuntary loss of urine and feces (44.4%), discouragement and sadness (35.5%), reduced aerobic and muscular capacity (62, 2%), stop performing small jobs (15.5%) or having control of their own money (20%). **CONCLUSION:** The most frequently related factors were: poor and regular self-perception of health, urinary and fecal incontinence, discouragement and sadness, reduced muscular and aerobic capacity, having stopped performing small jobs or having financial control and low participation in community activities.

Keywords: elderly; self-report of forgetfulness; memory impairment.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 6 |
| 2 | OBJETIVO | 7 |
| 2.1 | Geral..... | 7 |
| 2.2 | Específicos | 7 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 8 |
| 3.1 | Aspectos epidemiológicos do envelhecimento..... | 8 |
| 3.2 | Determinantes do envelhecimento | 9 |
| 3.3 | Envelhecimento dos diferentes sistemas | 10 |
| 3.4 | Aspectos do envelhecimento orgânico relacionados aos processos cognitivos no idoso | 10 |
| 4 | CASUÍSTICA E MÉTODOS | 13 |
| 4.1 | Desenho do estudo | 13 |
| 4.2 | Local do estudo | 13 |
| 4.3 | População do estudo..... | 13 |
| 4.3.1 | Critérios de inclusão..... | 13 |
| 4.3.2 | Critérios de exclusão | 13 |
| 4.4 | Procedimentos e instrumentos de coleta de dados | 13 |
| 4.5 | Variáveis do estudo | 14 |
| 4.6 | Análise estatística..... | 14 |
| 4.7 | Aspectos éticos..... | 14 |
| 5 | RESULTADOS | 16 |
| 6 | DISCUSSÃO | 18 |
| 7 | CONCLUSÃO | 22 |
| | REFERÊNCIAS | 23 |
| | APÊNDICES | 28 |
| | APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e clínico | 28 |
| | ANEXOS | 30 |
| | ANEXO A – Clinical-functional vulnerability index-20 (IVCF-20) | 30 |
| | ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno progressivo e intrínseco ao ser humano, definido por determinantes psicossociais, demográficos, geográficos, fisiológicos e comportamentais do indivíduo¹. Essa etapa do ciclo de vida pode ser marcada por efeitos deletérios funcionais, cognitivos e orgânicos que tornam os indivíduos idosos mais suscetíveis a doenças^{1,2}, à fragilidade social³ e de risco de acidentes⁴.

A função cognitiva é extremamente complexa e, portanto, a sua deterioração também é, já que não ocorre de maneira uniforme ou de todos os domínios de forma homogênea. Quando se fala, especificamente, do domínio da memória, percebe-se que ele é ainda mais complexo, por ser um processo em que as informações são codificadas, armazenadas e evocadas, podendo um tipo ser acometido, enquanto o outro não, já que a consolidação e armazenamento dessas informações ocorrem de maneira amplamente difusa a depender do tipo de memória e conteúdo (simples ou complexo)⁵.

A respeito do declínio cognitivo (DC) que idosos podem experienciar, é importante a dissociação do quadro de demência propriamente dita (que seria a lesão de extensa área cerebral, causando acometimento da memória declarativa por exemplo^{3,5}) do comprometimento neuro-cognitivo leve (CCL), o “intermediário” entre a função normal e a demência⁶, devido à própria disfunção relacionada ao envelhecimento, em que o indivíduo preserva sua independência no cotidiano⁷. Apesar de a grande maioria apresentar declínios “leves”, uma minoria vivencia pontos extremos, em que sua vivência social e autonomia serão prejudicados³. Dessa forma, há um amplo espectro da disfunção cognitiva que pode ser subdividida em três tipos: I. domínio único (memória); II. Domínio único (execução); III. Amnésia de múltiplos domínios (memória e execução)⁶, sendo que o domínio da memória e os fatores associados foram o foco do presente estudo.

Dessa forma, a investigação dos aspectos relacionados à cognição possibilita ampliar o conhecimento a respeito do envelhecimento da população e favorecer o planejamento das intervenções voltadas a reduzir ou prevenir o impacto do comprometimento cognitivo nos idosos.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Identificar os fatores associados à queixa de esquecimento em idosos acompanhados em uma unidade de cuidados primários.

2.2 Específicos

- Identificar os idosos com e sem queixas de esquecimento;
- Descrever as características sociodemográficas e comorbidades dos idosos, além das características comportamentais e funcionais;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos epidemiológicos do envelhecimento

O mundo está passando por um processo de envelhecimento de sua população, devido à redução da taxa de crescimento populacional, pela redução da fecundidade e taxa de mortalidade, com consequente aumento da expectativa de vida dos idosos^{8,9}. No entanto, surgem novas demandas, por vezes, específicas para aquele grupo etário, exigindo uma atenção e cuidado continuado dessa população. Assim como os países desenvolvidos passaram por esse processo desde 1960, atualmente, países em desenvolvimento, como o Brasil, estão vivenciando o aumento do número de idosos numa velocidade ainda maior^{8,10,11}.

Com o rápido envelhecimento populacional brasileiro, além das taxas de morbimortalidade que compõem o perfil epidemiológico do Brasil, torna-se imprescindível o olhar cuidadoso para as demandas geradas por esse grupo¹², com melhorias das políticas nacionais e de saúde voltadas para a população adulta e idosa, pois a qualidade de vida e envelhecimento saudável devem ser a prioridade^{12,4}.

Outro aspecto importante é o predomínio de mulheres em relação aos homens, 0,8 vezes maior e isso pode estar relacionado a uma diferença de mortalidade entre os sexos¹⁰. No entanto, apesar de os homens possuírem expectativa de vida menor que as mulheres, isso não está diretamente relacionado à uma maior quantidade de comorbidades nesse sexo. Observa-se que, em alguns casos, a prevalência maior de doenças crônicas é comum no sexo feminino, bem como as comorbidades mentais^{13,14}.

A saúde do idoso é um fator importante dentro da temática nacional, uma vez que é necessária para compreender como diversos fatores podem interferir na funcionalidade dessa população e no seu processo de envelhecimento. Os idosos são o grupo etário com maior prevalência de doenças crônicas, uma vez que estas aumentam conforme a idade e, além disso, houve um aumento, também, no número de pessoas com comorbidade; ou seja, associação de mais de uma patologia^{8,15}.

É sabido que a multimorbidade pode determinar uma maior fragilidade¹⁶ na pessoa idosa, aumentando o risco de declínio funcional (DF), de quedas, de desenvolvimento de desordens

de dor, incontinência urinária, delírio e mortalidade e diminuindo a qualidade de vida¹⁷. Dessa forma, faz-se necessário, inicialmente, conceituar a multicomorbidade; isto é, a presença duas ou mais condições¹⁴ de longo prazo/crônicas que não podem ser curadas, demandando tratamento para estabilizar, acometendo majoritariamente a população senil e residentes em comunidade^{16,17}. Além disso, apresenta como fatores de risco: idade avançada, sexo feminino, grande número de doenças prévias e baixo status socioeconômico e de escolaridade¹⁶. Por fim, como consequências principais da multicomorbidade, temos: declínio funcional, baixa qualidade de vida e altos custos com despesas e cuidados médicos¹³.

Uma população com baixa escolaridade e de baixas classes econômicas possuem maiores chances de terem multimorbidade devido a um comportamento de risco, pouco acesso aos meios de cuidado e serviços de prevenção e maior disposição a não tratar da maneira correta a saúde¹³.

3.2 Determinantes do envelhecimento

O envelhecimento é um processo evolutivo que todos os indivíduos que chegarem a essa faixa etária vão experimentar, podendo ocorrer declínios funcional, cognitivo e em outros sistemas¹⁸, mas pode ser um envelhecimento saudável; ou seja, um envelhecimento em que a qualidade de vida é mantida¹⁹.

Segundo um estudo que avalia a autopercepção de cuidado, foram associados a uma pior condição idosos cujo hábito de vida estava associado com: sedentarismo, tabagismo, a falta de uso de serviços médicos e odontológicos e baixa renda familiar²⁰. No entanto, idosos mais jovens apresentam um envelhecimento mais ativo, considerando como “envelhecimento ativo” a qualidade de vida e capacidade funcional, quando comparados a idosos com idade mais avançada, sendo que a chance de uma redução desse grau de atividade (muito, médio ou pouco) aumenta quase 6 vezes quando analisamos idosos acima de 70 anos²¹.

Dessa forma, nota-se que, apesar de o envelhecimento ser um processo natural e comum a todos que chegarem a esse momento, idosos com a mesma idade podem não ter a mesma capacidade funcional, cognitiva e um envelhecimento muito ativo. Isso pode ser relacionado com fatos biológicos, como idade, mas também com a sua associação com doenças crônicas e comorbidades²² e com o grau de fragilidade do idoso a partir de amplos aspectos, como físicos,

psicológicos, sociais^{23,24}, podendo classificá-los em idosos robustos, vulneráveis, fragilidade leve, moderada ou severa²⁴. Além disso, a fragilidade de um idosos e a sua qualidade do sono estão intimamente associados, quando observamos que idosos em uso de muitos medicamentos (polifarmácia) – o que acaba sendo comum devido ao grande número de idosos convivendo com comorbidades²⁵ – sem uma rede de apoio próxima, com histórico de queda no último ano ou com alterações funcionais e cognitivas apresentam fatores que interferem numa boa qualidade de sono²⁶.

3.3 Envelhecimento dos diferentes sistemas

É extremamente importante entender que, apesar de o envelhecimento ser um processo natural multifatorial e progressivo intrínseco ao ser humano²⁷, o avançar da idade pode ser um fator de risco para comprometimento funcional, como habilidade de realizar atividades diárias, memória, atenção, mobilidade e tomada de decisões²⁸, risco de quedas²⁹, para declínio cognitivo, doenças crônicas, comorbidades e mortalidade^{9,22,30}. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS), classifica o envelhecimento saudável, como o processo de desenvolvimento e manutenção das capacidades funcionais que permitem o bem-estar dos idosos⁹. Outro conceito importante é o conceito de fragilidade, uma vez que essa condição é muito comum entre os idosos, sendo ainda mais prevalentes em idosos do sexo feminino²³. Dessa maneira, podemos classificar a fragilidade como um processo com redução das funções físicas, psicológicas e sociais do indivíduo idoso^{23,24} que, quando detectada precocemente, pode reduzir risco de perda de qualidade do envelhecimento e maiores despesas e gastos com saúde.

Estudos mostram que o exercício aeróbico tem uma certa relação com uma melhora do status cognitivo e que a associação de exercícios para a mente e corpo, como treinos de resistência, meditação e yoga, apresentam resultados positivos numa melhora relativa da função cognitiva³¹, como pequena melhora no Mini-Mental State Examination, além de melhorias, também, do status funcional, como para realização de as atividades diárias e na redução do risco de quedas em idosos residentes na comunidade²⁹ e naqueles com leve comprometimento cognitivo^{29,31}, sendo uma opção efetiva na tentativa de tornar mais “saudável” o envelhecimento²⁷.

3.4 Aspectos do envelhecimento orgânico relacionados aos processos cognitivos no idoso

É importante entender que a demência é um processo progressivo que começa a ocorrer muito antes das suas primeiras manifestações clínicas³². Há fatores que são praticamente intrínsecos ao aumento desse evento, como idade avançada, baixa escolaridade, polifarmácia e sexo³³, devido ao aumento da fragilidade^{20,23}. Além disso, existem funções intrínsecas ao organismo que, com o tempo, podem sofrer redução, como status funcional, capacidade de realizar dupla tarefa, maneira de andar entre outros fatores^{33,34}.

Ao tratar de memória, sabe-se que o declínio desse domínio pode se dar por diversos motivos, mas que ela em si está armazenada de maneira difusa no cérebro, sendo, portanto, importante avaliar qual ou quais tipos de memória estão acometidas com a finalidade de tentar topografar possíveis áreas lesionadas. Sabe-se que no próprio processo de evocação e consolidação já há uma perda de alguma informação, uma vez que esses processos são longos e complexos e que é quase impossível reter 100% de tudo que se foi adquirido⁵. A memória a longo prazo possui uma capacidade limitada, apesar de muito grande, sendo isso um dos motivos de algumas informações – que não forem importantes à vida do indivíduo – serem “descartadas”⁵. O que acontece de diferente no idoso é que, normalmente, com o passar dos anos, a plasticidade neurológica vai se tornando reduzida e mais expostas a “perdas” de informações ou doenças que levem a esse desfecho, tornando o idoso “organicamente” mais vulnerável ao esquecimento³⁵, além do esquecimento “normal” para que novas informações sejam armazenadas, mas sendo esse estável e benigno.

Com relação ao declínio funcional e cognitivo, estudos demonstram que, quando comparado com adultos jovens, a atenção seletiva permanece íntegra nos idosos, o que pode estar relacionado com o fato de eles apresentarem um período de integração multissensorial do cérebro maior; isto é, eles levam mais tempo para integrar as informações, logo conseguem levar em consideração todas as informações recebidas pelo ambiente ao seu redor²⁸. No entanto, quando as tarefas exigem função cognitiva ou um foco em informações específicas, sem inclusão de informações extras, como distratores, os idosos, de fato apresentam um comprometimento quando comparados aos adultos mais jovens²⁸.

O declínio cognitivo leve (DCL) tem alguns critérios “diagnósticos”, como: ter comprometimento subjetivo e objetivo da memória, sendo esse último, quando comparado a indivíduos da sua mesma idade e escolaridade, ter um funcionamento cognitivo global normal, independência na sua vida diária e não ter demência³⁵. Apesar de que, atualmente, sabe-se da

associação da demência com fatores genéticos e ambientais, idosos com algum grau de DCL podem desenvolver demência, mais especificamente, doença de Alzheimer (DA) quando há um comprometimento da memória episódica³⁵, da memória anterógrada^{5,35} ou declarativa de um modo geral⁵.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional e descritivo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Salvador no Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP) que é uma unidade docente-assistencial localizado no Distrito Sanitário de Pau da Lima, vinculado à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), cujos atendimentos são fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3 População do estudo

Trata-se de uma amostra acessível não probabilística composta por homens e mulheres maiores de 65 anos.

4.3.1 Critérios de inclusão

Pertencer ao território que compõe a área de abrangência da unidade de saúde e ter cadastro e prontuário no CCVP.

4.3.2 Critérios de exclusão

Pessoas idosas sem acompanhamento regular ambulatorial com a equipe de saúde local ou possuir prontuário inativo há mais de cinco anos e idosos com incapacidade responder ao questionário aplicado.

4.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre maio de 2019 e dezembro de 2020 por um dos pesquisadores do projeto. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi aplicado um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, em um único momento, contendo dados sociodemográficos e variáveis clínicas e funcionais indicadas no Índice de Vulnerabilidade Clínico e Funcional - 20 versão profissional de saúde. Esse questionário considera o autorrelato dos participantes na coleta das informações. Para o estudo,

os grupos foram divididos de acordo com o relato ou não de esquecimento para comparar entre eles as variáveis analisadas.

4.5 Variáveis do estudo

Foram consideradas as seguintes variáveis com base no questionário sociodemográfico e clínico: idade (anos), sexo (masculino e feminino), raça/cor autorreferida (preta, parda, branca, amarela e indígena), estado civil (sem vida conjugal – solteiro, divorciado ou viúvo – ou com vida conjugal – casado/amasiado), mora sozinho (sim ou não; se tem rede de apoio caso necessite), escolaridade (anos de estudo), ocupação (em atividade, aposentado) e aspectos clínicos/comorbidades múltiplas (ter 5 ou mais doenças crônicas), incontinência urinária ou fecal, polifarmácia (fazer uso de 5 ou mais medicamentos diferentes). Foi considerada como a única variável dependente queixa de esquecimento.

4.6 Análise estatística

O software Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) foi utilizado para a elaboração do banco de dados e realização da análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas, bem como as análises de associação. A amostra foi descrita em termos de frequência absoluta e relativa, nos casos de variáveis categóricas; média e desvio padrão (DP), nos casos de variáveis com distribuição normal; e mediana e intervalos interquartis (IIQ) nos demais casos. Os histogramas permitiram a visualização das distribuições das variáveis numéricas, e as suposições de normalidade foram avaliadas pelo teste de Shapiro-Wilk.

Para a análise dos fatores associados foram calculadas as medidas descritivas de forma estratificada de acordo com o relato de esquecimento. As associações foram testadas por meio dos seguintes testes: teste de Mann-Whitney (variáveis numéricas com distribuição não normal) e o qui-quadrado para as variáveis categóricas.

4.7 Aspectos éticos

O presente estudo foi desenvolvido secundário a um projeto-mãe: “Perfil de fragilidade e fatores associados em pessoas idosas acompanhadas na atenção Primária à Saúde” cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), atendendo aos requisitos da resolução 466/2012 sob número do CAAE: 08126819.3.0000.5544

(Anexo B). Além disso, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

A amostra desse estudo foi composta por 102 idosos, sendo ambos os grupos compostos por idosos com mediana de idade de 70 anos (64 – 75) e de escolaridade de 5 anos (3 – 9). Dos 45 indivíduos que referiram estar mais esquecidos, houve predomínio de mulheres (86,6%) e pessoas sem vida conjugal (46,6%), entretanto 93,3% de indivíduos desse grupo possuíam rede de apoio. Ademais, 30 eram aposentados (66,6%), sendo que 9 possuíam controle de suas finanças (20%). Quanto à participação em atividades comunitárias, 44,4% dos indivíduos com relato de esquecimento responderam que participavam contra 63,1% de idosos sem relato de esquecimento, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 1).

Na comparação das características clínicas dos indivíduos que participaram do estudo, 48,8% dos idosos com queixa de esquecimento referiram presença de múltiplas comorbidades e fazer uso de polifarmácia, no entanto sem significância estatística. Quanto aos problemas sensoriais de visão (6,6%) e audição (2,2%), o grupo com relato de esquecimento teve uma frequência maior, mas essa diferença também não apresentou significância estatística. Este mesmo grupo referiu uma autopercepção ruim ou regular do estado de saúde (46,6%, p-valor = 0,006), além de perda involuntária de urina e fezes (44,4%, p-valor = 0,000), estas diferenças entre os grupos apresentaram significância estatística. Destaca-se, também, que a variável desânimo e tristeza foi referida por 35,5% desses idosos, sendo que, a diferença, quando comparado com o grupo sem esquecimento, foi estatisticamente significativa (p-valor = 0,005) (Tabela 1).

Quanto aos aspectos funcionais, a capacidade aeróbica e muscular reduzida foi mais frequente no grupo dos indivíduos que referiram estarem esquecidos (62,2%, p-valor = 0,044), além de 31,1% fazerem uso de dispositivo de marcha (p-valor = 0,001). Esse grupo também relatou terem deixado de realizar pequenos trabalhos (15,5%, p-valor = 0,033) ou de ter controle do próprio dinheiro (20%, p-valor = 0,008), sendo essas diferenças estatisticamente significantes na comparação entre os grupos. No entanto, deixar de fazer comprar (24,4%) e relato de queda no último ano (28,8%), apesar de frequentes no grupo com queixa de esquecimento, não apresentaram diferença significativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, clínicas e funcionais de idosos com ou sem autorrelato de esquecimento, assistidos numa unidade docente assistencial. Salvador-Bahia, 2019/2020.

| Variáveis | Total (n =102) | Não está ficando esquecido (n = 57) | Está ficando esquecido (n = 45) | P = valor |
|---|-------------------|--|---------------------------------------|--------------|
| Idade em anos, mediana (IQ) | 70 (64 – 75) | 70 (64 – 74) | 70 (65 – 78) | 0.207 |
| Sexo feminino, n (%) | 81 (79,4%) | 42 (73,6%) | 39 (86,6%) | 0.107 |
| Escolaridade em anos, mediana (IQ) | 5 (3 – 9) | 5 (3 – 9) | 5 (4 – 8) | 0.661 |
| Com vida conjugal, n (%) | 44 (43,1%) | 23 (40,3%) | 21 (46,6%) | 0.523 |
| Conta com apoio familiar, n (%) | 97 (95%) | 55 (96,4%) | 42 (93,3%) | 0.463 |
| Aposentado, n (%) | 75 (73,5%) | 45 (78,9%) | 30 (66,6%) | 0.163 |
| Participa de atividade comunitária, n (%) | 56 (54,9%) | 36 (63,1%) | 20 (44,4%) | 0.059 |
| Com comorbidades múltiplas, n (%) | 47 (46%) | 25 (43,8%) | 22 (48,8%) | 0.613 |
| Polifarmácia, n (%) | 50 (49%) | 28 (49,1%) | 22 (48,8%) | 0.981 |
| Autopercepção ruim ou regular do estado de saúde, n (%) | 33 (32,3%) | 12 (21%) | 21 (46,6%) | 0.006 |
| Perda involuntária de fezes ou urina, n (%) | 27 (26,4%) | 7 (12,2%) | 20 (44,4%) | 0.000 |
| Problema de visão, n (%) | 5 (4,9%) | 2 (3,5%) | 3 (6,6%) | 0.463 |
| Problema de audição, n (%) | 2 (1,9%) | 1 (1,7%) | 1 (2,2%) | 0.866 |
| Refere desânimo e tristeza, n (%) | 23 (22,5%) | 7 (12,2%) | 16 (35,5%) | 0.005 |
| Capacidade aeróbica e muscular reduzida, n (%) | 52 (50,9%) | 24 (42,1%) | 28 (62,2%) | 0.044 |
| Deixou de realizar pequenos trabalhos, n (%) | 9 (8,8%) | 2 (3,5%) | 7 (15,5%) | 0.033 |
| Deixou de ter controle do dinheiro, n (%) | 11 (10,7%) | 2 (3,5%) | 9 (20%) | 0.008 |
| Deixou de fazer compras, n (%) | 17 (16,6%) | 6 (10,5%) | 11 (24,4%) | 0.061 |
| Uso de dispositivo de marcha, n (%) | 17 (16,6%) | 3 (5,2%) | 14 (31,1%) | 0.001 |
| Relato de quedas no último ano, n (%) | 30 (29,4%) | 17 (29,8%) | 13 (28,8%) | 0.918 |

Fonte: dados originais coletados na unidade de cuidados primários à saúde Complexo Comunitário Vida Plena

6 DISCUSSÃO

Os resultados principais encontrados sugerem que idosos com uma autopercepção ruim ou regular da saúde, incontinência urinária e fecal, autorrelato de desânimo e tristeza, bem como capacidade aeróbica e muscular reduzida, redução da autonomia, como em realizar pequenos trabalhos ou ter controle do próprio dinheiro e uso de dispositivo de marcha possuíram uma frequência maior de queixas de esquecimento.

A autopercepção ruim ou regular da saúde foi mais frequentemente verificada nos indivíduos com queixa de esquecimento. Semelhante a este achado, estudos prévios avaliando a percepção de saúde com função cognitiva apontaram que, uma percepção negativa da saúde estava associada a um quadro de comprometimento da memória^{36,37,38}, estatisticamente significativa, quando relacionados à idade – idosos mais jovens responderam mais que tinham uma saúde de ótima-bom, sendo evidenciado um declínio menos acelerado e uma performance da cognição melhor neste grupo quando comparado com os mais velhos³⁶.

A respeito do relato de perda urinária e fecal, elas foram mais frequentes no grupo com queixa de comprometimento da memória/esquecimento. O estudo de Kučikiene et al. (2009)³⁹ evidenciou associação significativa em relação à incontinência urinária, fecal e problemas de memória, sendo que, a probabilidade de ter ambas as condições simultaneamente é ainda maior em quadros, como demência e sequelas de AVC. Isso ocorre porque, no processo de envelhecimento, existem mudanças em diversos sistemas, podendo ser patológicas, como as responsáveis por aumentar a chance de idosos desenvolverem disfunções com o passar dos anos, por exemplo, incontinência esfíncteriana^{39,40,41}, mas também alterações fisiológicas do organismo, como declínios funcionais e cognitivos. Com relação à incontinência urinária, existe uma dificuldade de diagnosticar subjetivamente, devido a aspectos comportamentais dos idosos, como não contar por achar que é normal com o envelhecimento ou por vergonha⁴². Além disso, disfunção cognitiva pode ser um fator que aumente a predisposição tanto na incontinência urinária quanto na fecal^{42,43}.

Os resultados sugeriram uma associação entre o autorrelato de desânimo e tristeza e o comprometimento de memória na amostra investigada. Estudos prévios mostram que essa associação é verdadeira, pois os idosos, com o processo de envelhecimento, apresentam um

aumento de sua fragilidade que pode ocorrer, devido a fatores, como doenças crônicas/comorbidade, polifarmácia, diminuição da plasticidade neuronal entre outros fatores, mas, também sintomas depressivos, como desânimo e tristeza^{25,44}. Os sintomas depressivos podem estar ainda relacionados com distúrbios do sono que, sabe-se atualmente, ter uma relação com a função cognitiva, por causar um sono excessivo diurno ou dificuldades de adormecer, resultando, por exemplo, na falta de atenção e esquecimento²⁶.

Quanto aos aspectos funcionais, esse estudo encontrou que a capacidade aeróbica e muscular reduzida foi mais frequente no grupo dos indivíduos que referiram estarem esquecidos. A prática de atividades físicas tende a diminuir com a idade, bem como prática de atividades de lazer e social⁴⁵, sendo um ponto importante, já que a prática de atividades pode reduzir a fragilidade do idoso⁴⁶, o declínio da capacidade intrínseca (fator que também está associada com fragilidade)⁴⁷ – conjunto de habilidades físicas e mentais e suas relações com fatores ambientais que garantem sua autonomia e bem-estar⁴⁸ – e o declínio cognitivo⁴⁹, tornando-se necessária a sua estimulação, principalmente, com o aumento da idade. Além disso, a revisão de Puts et al. (2017)⁴⁶ encontrou que intervenções com base em realização de atividades associadas a uma alimentação adequada apresentaram uma redução significativa na prevalência de fragilidade e Oliveira et al. (2019)⁵⁰ encontrou que, de forma semelhante, indivíduos mais ativos apresentavam uma percepção mais adequada para a idade em relação à memória.

No que diz respeito à autonomia dos participantes, duas variáveis se apresentaram com diferenças estatisticamente significantes entre os grupos: realizar pequenos trabalhos e controle financeiro, sendo que o grupo com queixa de esquecimento deixou de realizar ambas as atividades. A redução da autonomia do idoso ainda é uma realidade comum na sociedade atual, devido aos estereótipos negativos que o envelhecimento está associado^{51,52} e, principalmente, quando se trata de idosos com algum grau de comprometimento cognitivo relacionado com um declínio das capacidades intrínsecas⁴⁷. O estudo de Chhatwani (2022)⁵³ analisou o controle pessoal – “outros determinam o que você deve ou não fazer?” – e sua associação com o bem-estar financeiro – “a pessoa consegue cumprir com suas obrigações e fazer escolhas financeiras, bem como estar seguro financeiramente”. Neste estudo encontrou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre o controle pessoal e bem-estar financeiro.

Com relação ao uso de dispositivo de marcha, foi mais frequentemente verificado nos indivíduos com queixa de esquecimento, sendo a diferença entre os grupos estatisticamente

significante. Segundo os estudos de Allali et al. (2017)³³ e Ansai et al. (2019)³⁴, em um indivíduo com declínio da cognição se observa dificuldades de marcha que resulta na incapacidade de realizar outras tarefas enquanto anda e na necessidade de uso de dispositivos de auxílio e outras abordagens que reduzam o risco de queda. Isso ocorre porque a função cognitiva participa, em um certo grau, no “mecanismo” da marcha, como planejar, ter atenção e a capacidade de andar e fazer outras atividades ao mesmo tempo, por exemplo, sendo associado com aspectos funcionais e da própria execução, como, também, de processos intrínsecos do envelhecimento²⁸, culminado numa redução ou disfunção da capacidade de marcha^{54,55}.

Surpreendentemente, apesar de a frequência de participação em atividades comunitárias ter sido menor nesse grupo, ela não apresentou diferença significativa. No entanto, na literatura, foram encontrados resultados que sugerem significância, como o estudo de Lara et al.(2019)⁵⁶, que diferenciou a sensação de solidão e o isolamento social na hora da análise, apesar de ambos apresentarem uma redução no score de função cognitiva, tendo sido encontrado resultado semelhante no estudo de Adamsen et al. (2021)⁵⁷. Este mesmo estudo de Lara et al⁵⁶ sugeriu que o declínio cognitivo varia, principalmente, em função da sensação de solidão, tendo um declínio mais acelerado nos idosos que se sentiam solitários, enquanto pessoas com maior isolamento social de fato não apresentaram esse “aumento” da velocidade⁵⁶. Já o estudo de Evans et al. (2019)⁵⁸, classificou os idosos quanto ao isolamento social usando a Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6), obtendo como resultado que idosos com menor isolamento, apresentaram menor declínio na escala CAMCOG nos 2 anos de segmento⁵⁸.

Entretanto, compreendendo o contexto mundial atual e as medidas de distanciamento social aplicadas para impedir o avanço da COVID-19, o estudo de Almeida et al (2021)⁵⁹ avaliou a questão cognitiva através do Mini-exame do estado mental (MEEM) e a qualidade de vida pelo questionário Short-Form 36 (SF-36) e encontrou em contradição com outras literaturas: um aumento na função cognitiva entre os participantes do projeto durante o isolamento, apesar de uma diminuição da saúde mental dessa mesma população. O estudo analisou também a composição domiciliar, encontrando que morar com pelo menos um membro da família afeta positivamente o MEEM, reduzindo os impactos negativos do isolamento social e que, morar sozinho durante esse período de pandemia, causou um declínio acentuado na saúde mental desses indivíduos⁵⁹. Portanto, este achado deve ser interpretado com cautela, levando em consideração o contexto pandêmico.

Na análise crítica deste estudo, é importante destacar algumas limitações. Os idosos participantes são residentes da comunidade de um bairro específico da cidade de Salvador. Desta forma, os achados refletem essa população, não podendo ser uma análise ampliada para a população geral. Além disto, durante o período da coleta, entre maio/2019 e dezembro/2020, ocorreu a pandemia de COVID-19 que pode ter “contaminado” os resultados do estudo, devido à sua influência sobre o emocional e a cognição dos idosos, sendo necessária uma leitura atenta a esses possíveis “vieses”. No entanto, esse estudo apresenta pontos fortes que devem ser levados em consideração na interpretação dos resultados, como possuir uma amostra com a participação de 102 idosos mesmo num período pandêmico, além de a coleta foi realizada por pesquisadores com expertise na área, reduzindo o risco de vieses de aferição ou contaminação dos dados coletados pelos questionários aplicados.

7 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo sugerem que alguns fatores estiveram mais frequentemente presentes em idosos da amostra com queixa de esquecimento, quando analisados com o grupo sem essa queixa. Os fatores relacionados com maior frequência foram: autopercepção ruim e regular da saúde, incontinência urinária e fecal, desânimo e tristeza, reduzida capacidade muscular e aeróbica, ter deixado de realizar pequenos trabalhos ou de ter controle financeiro e baixa participação em atividades comunitárias.

Esses resultados podem contribuir para a adoção de formas mais abrangentes de cuidado, resultando uma abordagem holística do paciente e uma prática mais direcionada na busca de critérios que apontem à fragilização dessa população, visando reduzir o declínio cognitivo. Isso porque estudos prévios sugerem associação entre fragilidade e queixas de comprometimento da memória, tornando importante para entendimento da autonomia do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Finkenzeller T, Pötzelsberger B, Kösters A, Würth S, Amesberger G, Dela F, et al. Aging in high functioning elderly persons: study design and analyses of behavioral and psychological factors. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 2019 Apr 1;29(S1):7–16.
2. Cornelissen G, Otsuka K. Chronobiology of Aging: A Mini-Review. *Gerontology*. 2017;63(2):118–28.
3. Cansino S, Torres-Trejo F, Estrada-Manilla C, Pérez-Loyda M, Ramírez-Barajas L, Hernández-Ladrón-deGuevara M, et al. Predictors of Working Memory Maintenance and Decline in Older Adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020;89(May):104074.
4. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Neira WF, Huayta VMR, Robazzi ML do CC. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: Systematic review with meta-analysis. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2016;50(6):1003–10.
5. Mourão CA, Faria NC. Memória. *Psicologia: Reflexao e Critica*. 2015;28(4):780–8.
6. Tangalos EG, Petersen RC. Mild Cognitive Impairment in Geriatrics. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2018;34(4):563–89.
7. Lin JS, O’Conner E, Rossom RC, Perdue LA, Eckstrom E. Review Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: A Systematic. *Annals of Internal Medicine*. 2013;159(9):601–12.
8. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Vol. 55. 2010. 2003 p.
9. World health organization. World report and ageing on health. 2015;260.
10. IBGE. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Vol. 55. 2010. 2003 p.
11. Simões CC da S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. 2016. 113 p. : il.
12. Miranda, Mendes, Silva. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia O envelhecimento populacional brasileiro : desafios e consequências sociais atuais e futuras*. 2011;1–10.
13. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 2011;10(4):430–9.
14. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*. 2012;380(9836):37–43.

15. Miranda, Mendes, Silva. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia O envelhecimento populacional brasileiro : desafios e consequências sociais atuais e futuras*. 2011;1–10.
16. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 2011;10(4):430–9.
17. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle J V. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing*. 2017;46(6):882–8.
18. Finkenzeller T, Würth S, Müller E, Amesberger G. Aging-related changes of cognitive performance and stress regulation in high functioning elderly individuals. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 2019 Apr 1;29(S1):17–25.
19. Michel JP, Leonardi M, Martin M, Prina M. WHO's report for the decade of healthy ageing 2021–30 sets the stage for globally comparable data on healthy ageing. *The Lancet Healthy Longevity*. 2021;2(3):e121–2.
20. Hiraga TM, Batistoni SST, Borim FSA, Neri AL. Prevalência e fatores associados à percepção negativa de autocuidado em idosos brasileiros residentes na comunidade. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2018;12(1):24–30.
21. Cavalcanti AD, Moreira R da S, Diniz GTN, Vilela MBR, Silva V de L. O envelhecimento ativo e sua interface com os determinantes sociais da saúde. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2018;12(1):15–23.
22. Rocha J de P, Oliveira GG, Neris JCD, Bós AMG, Bós ÂJG. Impacto clínico, socioeconômico e da autopercepção de saúde na funcionalidade de idosos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2017;11(3):124–32.
23. Ofori-Asenso R, Chin KL, Mazidi M, Zomer E, Ilomaki J, Ademi Z, et al. Natural regression of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *Gerontologist*. 2020;60(4):e286–98.
24. Faller JW, do Nascimento Pereira D, de Souza S, Nampo FK, de Souza Orlandi F, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019;14(4):1–23.
25. Ancoli-Israel S, Ayalon L, Salzman C. Sleep in the elderly: Normal variations and common sleep disorders. Vol. 16, *Harvard Review of Psychiatry*. 2008. p. 279–86.
26. Ribeiro AMF, Silva LA da, Oliveira FC de, Martins TCR, Luchesi BM. Factors related to difficulty sleeping in adults and older people registered with the Family Health Strategy. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2020;14(4):236–43.
27. Zhang Y, Li C, Zou L, Liu X, Song W. The effects of mind-body exercise on cognitive performance in elderly: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018;15(12):1–16.

28. de Dieuleveult AL, Siemonsma PC, van Erp JBF, Brouwer AM. Effects of aging in multisensory integration: A systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2017;9(MAR):1–14.
29. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: An updated systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2017;51(24):1749–57.
30. Jylhävä J, Pedersen NL, Hägg S. Biological Age Predictors. *EBioMedicine*. 2017;21:29–36.
31. Farhang M, Miranda-Castillo C, Rubio M, Furtado G. Impact of mind-body interventions in older adults with mild cognitive impairment: A systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2019;31(5):643–66.
32. Pasternak E, Smith G. Cognitive and neuropsychological examination of the elderly. 1st ed. Vol. 167, *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2019. 89–104 p.
33. Allali G, Launay CP, Blumen HM, Callisaya ML, de Cock AM, Kressig RW, et al. Falls, Cognitive Impairment, and Gait Performance: Results From the GOOD Initiative. *J Am Med Dir Assoc [Internet]*. 2017;18(4):335–40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.008>
34. Ansai JH, Andrade LP de, Masse FAA, Gonçalves J, Takahashi ACDM, Vale FAC, et al. Risk Factors for Falls in Older Adults with Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 2019;42(3):E116–21.
35. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(1):79–82.
36. Bendayan R, Piccinin AM, Hofer SM, Muniz G. Are Changes in Self-Rated Health Associated With Memory Decline in Older Adults? *Journal of Aging and Health*. 2017;29(8):1410–23.
37. Chan SCY, Au AML, Lai SMK. The detrimental impacts of negative age stereotypes on the episodic memory of older adults: does social participation moderate the effects? *BMC Geriatrics*. 2020;20(1):1–12.
38. Hu RX, Luo M, Zhang A, Li LW. Associations of Ageism and Health: A Systematic Review of Quantitative Observational Studies. *Research on Aging*. 2021;43(7–8):311–22.
39. Kučikiene O, Lesauskaite V, Macijauskiene J, Jievaltiene G. Assessment of urinary incontinence in the elderly using the interRAI-AC instrument. *Medicina (B Aires)*. 2009;45(5):365–71.
40. Milsom I, Gyhagen M. The prevalence of urinary incontinence. Vol. 22, *Climacteric*. 2019. p. 217–22.

41. Afonso Ribeiro J, Simeoni S, De Min L, Uchiyama T, Tung Lo Y, Solanky N, et al. Lower urinary tract and bowel dysfunction in spinocerebellar ataxias. *Neurology*. 2016;16(2):10–3.
42. Asemota O, Eldemire-Shearer D, Waldron NK, Standard-Goldson A. Prevalence of Self-reported Urinary Incontinence in Community-dwelling Older Adults of Westmoreland, Jamaica. *MEDICC Review*. 2016;18(1–2):41.
43. Foxx-Orenstein A, Kolakowsky-Hayner S, Marwitz JH, Cifu DX, Dunbar A, Englander J, et al. Incidence, risk factors, and outcomes of fecal incontinence after acute brain injury: Findings from the traumatic brain injury model systems national database. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003 Feb;84(2):231–7.
44. Suh S, Cho N, Zhang J. Sex Differences in Insomnia: from Epidemiology and Etiology to Intervention. Vol. 20, *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1; 2018.
45. Takechi H, Tsuzuki A, Matsumoto K, Matsunaga S, Nishiyama H, Ogawa M, et al. Relationship between subjective memory complaints and social and leisure activities in community-dwelling older people: Toyoake Integrated Care Study. *Geriatrics and Gerontology International*. 2020;20(10):867–72.
46. Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: A scoping review of the literature and international policies. *Age and Ageing*. 2017;46(3):383–92.
47. Ma L, Chhetri JK, Zhang L, Sun F, Li Y, Tang Z. Cross-sectional study examining the status of intrinsic capacity decline in community-dwelling older adults in China: prevalence, associated factors and implications for clinical care. *BMJ Open*. 2021 Jan 5;11(1):e043062.
48. World Health Organization W. *Environments Decade of Healthy Ageing*. 2020. 220 p.
49. Biazus-Sehn LF, Schuch FB, Firth J, Stigger F de S. Effects of physical exercise on cognitive function of older adults with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020 Jul;89:104048.
50. Oliveira DV de, Frongia LP, Bertolini SMMG, Soares VN, Nascimento Júnior JRA do, Cavaglieri CR. Perception of memory decline in physically active elderly: comparison between practitioners of systematized and non-systematized physical exercises. *Motriz: Revista de Educação Física*. 2019;25(1):1–7.
51. Burnes D, Jr CRH, Sheppard C, Zhao R, Pillemer K, Lachs MS. Prevalence of Financial Fraud and Scams Among Older Adults in the United States : A Systematic Review and Meta-Analysis. 2017;1–9.
52. Burnes D, Sheppard C, Henderson CR, Wassel M, Cope R, Barber C, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*. 2019;109(8):E1–9.

53. Chhatwani M. Personal control and financial well-being among the elderly : Moderating role of the big five. *Personality and Individual Differences*. 2022;184(August 2021):111171.
54. Rosso AL, Studenski SA, Chen WG, Aizenstein HJ, Alexander NB, Bennett DA, et al. Aging, the central nervous system, and mobility. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2013 Nov;68(11):1379–86.
55. Cruz-Jimenez M. Normal Changes in Gait and Mobility Problems in the Elderly. Vol. 28, *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 713–25.
56. Lara E, Caballero FF, Rico-Urbe LA, Olaya B, Haro JM, Ayuso-Mateos JL, et al. Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline? *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2019;34(11):1613–22.
57. Adamsen C, Manson SM, Jiang L. The Association of Cultural Participation and Social Engagement With Self-Reported Diagnosis of Memory Problems Among American Indian and Alaska Native Elders. *Journal of Aging and Health*. 2021;33(7-8_suppl):60S-67S.
58. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L, et al. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS ONE*. 2019;13(8):1–14.
59. Almeida PHTQ, Bernardo LD, Pontes TB, Davis JA, Deodoro TMS, Ferreira RG, et al. Short-Term Impact of Social Distancing Measures During the COVID-19 Pandemic on Cognitive Function and Health Perception of Brazilian Older Adults : A Pre-Post Study. 2021;

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e clínico

Desempenho funcional, a qualidade do sono e a ocorrência de quedas em idosos residentes na comunidade

| | | | |
|--------------------------------|--|-----------------|--|
| Ficha n° | Data da avaliação: | | |
| DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | | | |
| Nome | | | |
| Endereço: | | | |
| Telefone / operadora | | | |
| Data de Nascimento | | IDADE (em anos) | |
| Sexo | () F () M | | |
| Cor autodeclarada | () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena | | |
| Estado Civil | () Sem vida conjugal: solteiro, viúvo, divorciado () Com vida conjugal : casado/ amasiado | | |
| Mora sozinho | () Sim () Não O senhor conta com apoio caso necessite? () Sim () Não | | |
| Escolaridade em anos | | | |
| Aposentado | () Sim () Não | | |
| Profissão/Ocupação | () Sim () Não | | |
| Dados antropométricos | Altura _____ Peso _____ IMC _____ | | |
| DADOS CLÍNICOS | | | |
| IVCF 20 (pontuação) | | | |
| Comorbidades | () DM () HAS () Dislipidemia () Chagas () ICC () FA | | |
| | () Neoplasia () Incontinência urinária | | |
| | () Incontinência fecal | | |

| | |
|---|---|
| Medicamentos em uso | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Serviços de saúde utilizados | <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Psicologia <input type="checkbox"/> Serviço Social <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> grupo de idosos <input type="checkbox"/> Nenhum |
| Frequência de acompanhamento clínico | <input type="checkbox"/> 1 vez/ano <input type="checkbox"/> 2 vezes/ano <input type="checkbox"/> 3 vezes ou mais/ano |
| Uso de dispositivo auxiliar marcha | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bengala <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Com assistência de terceiros <input type="checkbox"/> Órteses <input type="checkbox"/> Não utiliza |
| Queda no último ano | <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas ou mais quedas |

ANEXOS

ANEXO A – Clinical-functional vulnerability index-20 (IVCF-20)

Chart. Clinical-Functional classification of older adults, according to Moraes et al.¹¹

| Group | Stratum | Clinical-Functional classification |
|-------------------------------|------------|--|
| Robust older adults | Stratum 1 | They are at their maximum degree of vitality. They present independence for all advanced, instrumental, or basic activities of daily living, and absence of disease or risk factors except age itself. |
| | Stratum 2 | They are independent for all activities of daily living, but present health conditions of low clinical complexity, such as uncomplicated hypertension or presence of risk factors such as smoking, dyslipidemia, osteopenia, among others. |
| | Stratum 3 | They are independent for all activities of daily living, but present well established chronic-degenerative diseases of higher complexity, such as complicated hypertension, diabetes mellitus, history of transient ischemic attack, cerebrovascular accident without sequelae, chronic kidney disease, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, osteoarthritis, coronary artery disease, peripheral artery disease, osteoporosis, atrial fibrillation, depression, among others. In these older adults, such diseases are not associated with functional impairment and are presented in isolation. In this group, are also included older adults who feature one or two criteria of the "fragility phenotype", according to Fried and Ferrucci ⁴ . |
| Older adults at risk of frail | Stratum 4 | They are independent for all activities of daily living, but present predictive conditions of adverse outcomes represented by the higher risk of functional decline established, institutionalization, or death: presence of sarcopenia markers, mild cognitive impairment, or multiple comorbidities (polypathology, polypharmacy, or recent hospitalization). In this group, are included older adults who have three or more criteria of the "fragility phenotype", according to Fried and Ferrucci ⁴ . |
| | Stratum 5 | They present predictive conditions of adverse outcomes (as in Stratum 4), but have functional decline in activities of daily living, associated with leisure, work, or social interaction. These older adults are still independent for instrumental and basic activities of daily living. |
| | Stratum 6 | They present partial functional decline in instrumental activities of daily living and are independent for the basic activities. |
| Frail older adults | Stratum 7 | They present functional decline in all instrumental activities of daily living, but are still independent for the basic activities. |
| | Stratum 8 | They present complete dependency in instrumental activities of daily living associated with the semi-dependence in the basic activities: impairment of one of the functions influenced by culture and learning – bathing, dressing up, and using the toilet. |
| | Stratum 9 | They present complete dependency in instrumental activities of daily living associated with the incomplete dependence in the basic activities: impairment of one of the simple vegetative functions (transfer and continence), in addition to clearly being dependent for bathing, dressing up, and using the toilet. The isolated presence of urinary incontinence should not be considered. |
| | Stratum 10 | They are at their maximum degree of fragility and, consequently, have the most functional dependency, needing help even to feed themselves. |

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil de fragilidade e fatores associados em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.

Pesquisador: Elen Beatriz Carneiro Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08126819.3.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.254.953

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal, com 60 idosos, para avaliar fragilidades, considerando que, a população brasileira, vem acompanhando a tendência mundial de envelhecimento. Entre 2012 e 2017, houve um acréscimo de novos idosos da ordem de 4,8 milhões, fazendo com que o Brasil já possua mais de 30,2 milhões de pessoas nesta faixa etária. Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima de 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, o que se traduz num alto risco para desfechos clínicos adversos. O Ministério da Saúde considera a fragilidade como uma síndrome multidimensional que envolve uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, levando a um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, incluindo declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. A Política Nacional de

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.254.953

Saúde da Pessoa Idosa, instituída por meio da Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006, considera como idoso frágil ou em situação de fragilidade aquele que vive em instituições de longa permanência, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, possui pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. O referido documento traz ainda que, por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade e que "outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais".

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Determinar o perfil de fragilidade e seus fatores associados em pessoas idosas acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde.

Secundários:

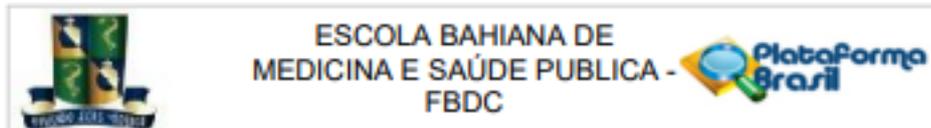
- Identificar dentre os aspectos relacionados ao declínio funcional dos idosos, aqueles que mais contribuem para a instalação de quadros de fragilidade ;
- Identificar as diferenças entre os perfis de fragilidade encontrados em idosos acompanhados em ambulatório, daqueles assistidos por meio de atenção domiciliar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os instrumentos serão aplicados de forma individual em sala reservada para tal finalidade, sendo feitos previamente todos os esclarecimentos dos objetivos da pesquisa e etapas da coleta de dados. Pode haver o risco de queda durante a avaliação do componente relacionado à "mobilidade" do instrumento IVCF-20, quando serão verificados os aspectos da capacidade aeróbica e/ou muscular. Esse risco será minimizado

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: csp@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.254.053

pela supervisão profissional do fisioterapeuta através do seguimento de protocolos seguros e de fácil aplicabilidade durante a avaliação deste componente do instrumento.

Benefícios:

Durante o estudo, os idosos participantes receberão orientações individualizadas, tendo por base a sua avaliação após aplicação dos instrumentos diante dos aspectos da fragilidade mensurados. Na vigência de serem identificadas situações potenciais que estejam contribuindo para que o idoso venha a tornar-se frágil, serão feitas as orientações, além dos encaminhamentos e articulações internas e externas necessárias, inclusive junto à família (se este for o caso), a fim de garantir a reversão do caso ou minimamente, a prevenção de complicações, contribuindo para a manutenção da autonomia e da independência funcional do idoso, nos melhores níveis e dentro das possibilidades de cada caso. Na vigência de quadros de fragilidade já instalados, a equipe multiprofissional da unidade será sinalizada para que sejam feitas as intervenções necessárias e, dessa forma, seja garantida a oferta de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de corte transversal. A população-alvo do estudo será composta por indivíduos idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde, em nível ambulatorial e/ou cuidado domiciliar, através do Complexo Comunitário Vida Plena (CCVP), unidade docente-assistencial, que atua na perspectiva do modelo proposto pela Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma unidade docente-assistencial, que oferta cuidados em Atenção Primária à Saúde, na comunidade do Bairro de Pau da Lima, na cidade do Salvador/BA, unidade parceira da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. A coleta de dados ocorrerá com indivíduos idosos vinculados ao CCVP, sendo realizada por um fisioterapeuta pesquisador do projeto.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: csp@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.254.953

Tal coleta será realizada tanto com idosos acompanhados em nível ambulatorial na referida unidade, quanto com aqueles assistidos durante as visitas/atendimentos domiciliares realizadas pelo profissional supracitado ou mesmo indicados pelos demais membros da equipe de saúde. O pesquisador convidará os voluntários para participarem da pesquisa, esclarecendo-os quanto aos objetivos, procedimentos realizados e benefícios do estudo proposto. Após a assinatura do TCLE, será aplicado um questionário sócio demográfico anual e participação em atividades na comunidade. Em seguida, serão aplicadas as seguintes escalas: Escala Visual de Fragilidade (EVF): Apresenta a relação inversamente proporcional entre vitalidade e fragilidade e, conseqüentemente, que contempla aspectos como a existência de cadastro da família no CCVP, sexo, idade, raça/cor, estado civil, se possui filhos, número de filhos, nível de escolaridade, se já recebeu visita do CCVP, quais serviços acessa na unidade, com quem reside, frequência de acompanhamento clínico, a presença de declínio funcional iminente e estabelecido, o grau de dependência funcional nas atividades de vida diária, além dos determinantes do declínio funcional. • Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20) / versão do profissional de saúde: Trata-se de um instrumento desenvolvido e validado no Brasil e, portanto, adaptado simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde do idoso. Sua perspectiva multidimensional avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: a idade, a auto percepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia,

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: csp@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.254.953

polifarmácia e/ou internação recente. Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros.

Critério de Inclusão: Serão incluídas na pesquisa pessoas acima de 60 anos de idade, que pertençam ao território que compõe a área de abrangência da unidade de saúde CCVP e em acompanhamento regular ambulatorial e/ou domiciliar com a equipe de saúde local com cadastro e prontuário no CCVP.

Critério de Exclusão: Serão excluídos da pesquisa: Voluntários que apresentem déficit de compreensão que afete o entendimento adequado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou dos instrumentos aplicados.

O número amostral será de 60 idosos. As variáveis numéricas serão apresentadas em média e desvio padrão, ou em mediana e intervalo interquartil, quando apropriado; e as variáveis categóricas, em valores absolutos e frequência relativa. Para a análise de normalidade das variáveis contínuas será utilizado o teste Kolmogorov Smirnov. Para realizar a análise univariada, será utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher para variáveis categóricas e o teste T student ou Mann-Whitney para variáveis contínuas. O teste de Spearman será empregado para análise das correlações entre os idosos acompanhados em domicílio e aqueles acompanhados em ambulatório. Se utilizara o "software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto: adequadamente apresentada, assinada por pesquisador responsável e coordenador do Curso de Pós Graduação em Tecnologias em Saúde;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: csp@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.254.953

- Termo de anuência: apresenta em papel timbrado da Instituição Holon e Complexo Comunitário Vida Plena, assinado pela diretora técnica médica;
- Orçamento: no valor de R\$1.022,90, com financiamento próprio;
- Cronograma: corrigido e anexado;
- TCLE: anexado com as devidas adequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após reanálise bioética embasada na Res. 466/12 e documentos afins, as pendências assinaladas no Parecer Consubstanciado de nº 3.232.943 relativas ao TCLE e cronograma foram devidamente sanadas garantindo a execução deste projeto dentro da metodologia e objetivos propostos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---------------------------------|-----------|------------------------|-----------------|----------|
| TCLE / Termos de Assentimento / | TCLE.docx | 09/04/2019 23:53:56 | Roseny Ferreira | Acelto |

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 3.254.953

| | | | | |
|---|---|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 09/04/2019 23:53:56 | Roseny Ferreira | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1285992.pdf | 02/04/2019 20:22:49 | | Aceito |
| Outros | tcle_revisado.docx | 02/04/2019 20:17:28 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| Outros | cronograma_revisado.docx | 02/04/2019 20:13:40 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| Outros | projeto_revisado.docx | 02/04/2019 20:12:05 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | termo_de_anuencia.pdf | 19/02/2019 00:30:55 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| Cronograma | cronograma_do_projeto.docx | 19/02/2019 00:29:57 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termo_de_consentimento_livre_esclarecido.docx | 19/02/2019 00:29:20 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES BRASIL | Aceito |
| Orçamento | orcamento_do_projeto.docx | 19/02/2019 00:29:03 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.docx | 19/02/2019 00:28:42 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 19/02/2019 00:17:38 | ANTONIO MAURICIO RODRIGUES | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 09 de Abril de 2019

Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
UF: BA Município: SALVADOR E-mail: csp@bahiana.edu.br
Telefone: (71)3276-8225