

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ROBERTO COTIAS SILVA

**PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

ARACAJU-SE

2019

ROBERTO COTIAS SILVA

**PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

Monografia apresentada pelo aluno Roberto Cotias Silva ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do prof. Dr. Marco Antônio Prado Nunes.

PROF. DR. MARCO ANTÔNIO PRADO NUNES

ARACAJU-SE

2019

ROBERTO COTIAS SILVA

**PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

Monografia apresentada pelo aluno Roberto Cotias Silva ao Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Medicina, sob a orientação do prof. Dr, Marco Antônio Prado Nunes.

Aprovada em ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. MARCO ANTÔNIO PRADO NUNES

Roberto Cotias Silva

Nome do componente

A minha esposa

A minha mãe

Ao meu pai

Ao meu avô

A minha irmã

Aos meus amigos

AGRADECIMENTOS

A Deus e à minha família.....

À Universidade.....

Ao curso de Medicina e em especial à coordenadora Karla Freire Rezende.....

Ao orientador Dr. Marco Antônio Prado Nunes.....

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comprometimento cognitivo obtido pelo MEEM, segundo escolaridade, dos idosos, Aracaju/Sergipe-Brasil, 2018.....pag 45

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos idosos residentes no município de Aracaju/SE, 2018.....pag 46

Tabela 3. Perfil das condições de saúde e funcionalidade dos idosos residentes no município de Aracaju/SE, 2018pag 48

LISTA DE SIGLAS

DCNT - Doenças crônicas não-transmissíveis

DA - Doença de Alzheimer

DC - Declínio cognitivo

DV - Demência Vascular

EUA - Estados Unidos da América

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM - Mini-exame do estado mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SD - Síndromes Demenciais

SUMÁRIO

1 REVISÃO DE LITERATURA	10
2 REFERÊNCIAS	16
3 NORMAS PARA SUBMISSÃO DE TRABALHOS NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA	21
3.1. Informações gerais	21
3.2. Categorias de artigos	22
a) Artigos Originais	22
b) Comunicação breve	24
c) Artigos de revisão	24
d) Comentários	25
3.3. Dados de identificação do manuscrito	26
3.4. Conflito de interesses	26
3.5. Declarações e documentos	27
3.6. Preparo do manuscrito	31
a) Estrutura do texto	32
b) Referências	33
c) Tabelas	34
d) Quadros	34
e) Figuras	35
3.7. Checklist para submissão	35
3.8. Processo editorial	36
3.9. Taxa de publicação	37
PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE	39
4 RESUMO	40
5 INTRODUÇÃO	41
6 MÉTODOS	43
7 RESULTADOS	45
8 DISCUSSÃO	49

9 REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA	55
APÊNDICE B - TCLE	64
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	67

1 REVISÃO DE LITERATURA

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que os idosos possam atingir 2 bilhões de pessoas, em 2050, no mundo. Isso marcará a inversão da população relativa idosa quando comparada a de crianças menores de 14 anos, correspondendo, respectivamente a 22,1% e 19,6%. O estudo de Scafuza et al (2002) corrobora com essa informação ao prever que em 2050, a população idosa irá aumentar em 300%, sendo este crescimento mais acentuado em países em desenvolvimento, que poderá ter um acréscimo de até quatro vezes do quantitativo atual.

No Brasil, segundo Burlá et al. (2013), em 2020, existirá um quantitativo de 29,8 milhões de indivíduos com mais de 60 anos e mais de 4 milhões acima de 80 anos. Estima-se ainda, neste estudo, que em 2050 chegue ao quantitativo de 58 milhões de pessoas. Segundo dados do IBGE, estimados pelo último CENSO (2010), A região Nordeste possui o segundo maior número de idosos entre todas as regiões do país, com 5,45 milhões de habitantes acima de 60 anos. Em Aracaju, capital de Sergipe, atualmente residem aproximadamente 50 mil pessoas acima dos 60 anos, equivalente a 8% da população total do município.

A longevidade tem sido acompanhada por uma melhora no estado geral de saúde. Nesse sentido, Kalache (2008) aponta que as nações estão começando a compreender as proporções desta atual conjuntura e buscando alternativas para manter esses idosos social e economicamente integrados à sociedade.

O envelhecimento não deve ser associado naturalmente à perda de autonomia e declínio cognitivo (DC). Porém, há alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como o impacto negativo do acometimento dessas patologias para os pacientes e seus familiares, segundo Kenneth e Schmader (2019). Entre as DCNT mais prevalentes, as demências têm ganhado cada vez mais importância uma vez que uma das principais implicações é a perda da autonomia desses indivíduos.

Segundo a OMS, há atualmente 35,6 milhões de pessoas com algum grau de demência em todo mundo, valor que poderá ser dobrado em 2030 e com estimativa de que em 2050, existam 115,4 milhões de pessoas com patologias demenciais em todo globo. Dados dos Estados Unidos, em 2011, mostram cerca de 4,5 milhões de pessoas acima de 65 anos vivendo com doença de Alzheimer. A estimativa é de que em 2050, sejam 13,8 milhões. (KEENE; MONTINE; KULLER, 2019)

A demência é caracterizada como perda da cognição, em graus variados, em um ou mais dos seus domínios (DSM-5, 2014). Esses declínios devem ser comparados em relação ao basal ou avaliação anterior do paciente e serem importantes o suficiente para interferir na função e independência diárias (Larson, 2019). Livingston et al. (2017) estimam que aproximadamente 35% dos casos de demência sejam consequência da junção em diferentes graus de fatores modificáveis: baixo nível educacional, hipertensão arterial e obesidade na meia-idade, perda auditiva, depressão tardia, diabetes mellitus, sedentarismo, tabagismo e isolamento social.

Satizabal et al. (2016) declaram que mesmo não existindo muitas evidências de boa qualidade sobre prevenção do DC e que não há uma atitude que possa ser efetiva isoladamente, a mudança extrema do estilo de vida, especialmente em paciente na faixa etária entre 45 e 65 anos, tem potencial de atrasar ou impedir um grande número de casos novos de demências.

Segundo Burlá et al (2013), as demências abrangem o declínio da função cognitiva em suas mais diversas áreas, tais quais: cálculo, capacidade de aprendizagem, compreensão, linguagem, julgamento, memória, raciocínio e orientação, tendo um caráter crônico e progressivo. A Doença de Alzheimer (DA) certamente lidera a prevalência, seguida de demência vascular, entre outras. A DA apesar de não matar per si, mas é causa importante de vulnerabilidade ao paciente, facilitando o óbito por outros transtornos. Morrison e Siu (2000) afirmam que pacientes com doença avançada parecem ter uma menor sobrevida quando confrontados com doenças agudas.

A diretriz de prática clínica do Departamento de Saúde e Agência de Serviços Humanos dos EUA elenca os principais sintomas relacionados à síndromes demenciais (SD), são eles: esquecimento (o mais comum), dificuldade em reter novas informações

ou lidar com tarefas mais complexas, diminuição da capacidade de raciocínio ou da orientação espacial, alteração de comportamento, entre outros. É interessante perceber que em estudo realizado por Carr et al. (2000) foi percebido que quando a queixa de lapso de memória é referida pelo acompanhante do paciente, ela teve um melhor valor preditivo positivo da presença atual ou futuro desenvolvimento de SD do que quando referida pelo próprio paciente.

Muitos estudos apontam a Doença de Alzheimer (DA) como a doença mais prevalente que se apresentam como SD (Ballard et al., 2011). McKhann et al. (2011) referem que o sintoma inicial mais comum é o comprometimento da memória. A disfunção executiva e o comprometimento visuoespacial tendem a surgir cedo na história natural da doença, enquanto déficits de linguagem e alterações do comportamento têm início mais tardiamente. Os autores enfatizam que essa é a forma mais comum de apresentação da patologia, mas existem outras possibilidades. Wolk (2018) afirma que a memória episódica declarativa é extremamente afetada e que a memória semântica tende a ser prejudicada mais tardiamente, A memória episódica de origem recente é acometida no início da doença. Todavia, a memória imediata e as consolidadas por longos períodos são mais poupadas.

A Demência vascular (DV) é uma síndrome que pode ser causada por doença cerebrovascular ou comprometimento do fluxo sanguíneo cerebral, também causando distúrbio cognitivo. É a segunda causa de demência mais prevalente (MRC CFAS, 2001). Sharp et al. (2011) listam como fatores de risco gerais para esta patologia: idade avançada, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, dislipidemia, sedentarismo, magreza extrema ou obesidade, tabagismo, doença arterial coronariana e fibrilação atrial.

Apesar de grandes avanços na área, a base do tratamento das SD ainda não possuem caráter curativo, nem oferecem a possibilidade de parar o avanço natural da doença. Press e Alexander (2019) afirmam que a base do tratamento ainda é sintomática, agindo sobre os distúrbios comportamentais, por exemplo. Os autores estão esperançosos de que no futuro possam haver tratamentos modificadores de doença. Karlawish et al. (2005) lembram que pacientes com SD são menos capazes de tomar decisões, inclusive sobre a terapêutica instituída, além da maior dificuldade em aderir ao tratamento

proposto e relatar possíveis efeitos colaterais. Logo, faz necessário orientação aos cuidadores para o acompanhamento rigoroso destes idosos, tendo a máxima atenção a causas que possam gerar descompensações e piora rápida do quadro clínico do paciente.

Estudos epidemiológicos recentes realizados, principalmente, em países desenvolvidos buscaram estimar dados de gastos em saúde e a prevalência atual de pacientes portadores de SD. Calcula-se que, no total, os sistemas de saúde gastaram US\$ 422 bilhões em 2009 em questões relacionadas à estes pacientes. Na União Européia, em 2005, calculou-se que existiam 5,1 milhões de pessoas convivendo com a demência e que nos próximos 50 anos, esse número aumentaria para 11,9 milhões. Estimou-se um gasto de 189 bilhões de euros ao ano com cuidados em saúdes para estes indivíduos (CIETO, 2014). O mesmo autor relata não haver dados em relação aos gastos brasileiros, referindo apenas o gasto de R\$ 307 milhões, em 2007, com o fornecimento gratuito de medicações relacionadas a variedade de SD. Esses dados corroboram com a necessidade de implementação de políticas públicas que possam gerar cuidado para essas pessoas e, ao mesmo tempo, trazer economias comparando-se ao que é gasto atualmente, em vista do que é possível verificar a falta de recursos em outras áreas da saúde que terminam por não serem priorizadas.

Um estudo que reuniu trabalhos publicados em vários países ao redor do mundo feito por Rizzi, Rosset e Roriz-Cruz (2014) identificou uma ampla margem de prevalência de demência, a qual pode ser parcialmente atribuível a alguns vieses nos estudos, como: a falta de uniformidade metodológica, diferentes critérios diagnósticos utilizados pelos pesquisadores, entre outros. Foi achado que quanto maior a expectativa de vida em um país, maior a prevalência de demências era encontrada. Nesses países, mesmo havendo um maior tempo de estudo escolar entre a população, fatores como diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemia tendem a aumentar essa prevalência, principalmente as demências vasculares (DV).

Em países desenvolvidos, problemas de saúde, como doenças crônico-degenerativas, já são estudadas amplamente, produzindo um conhecimento cada vez mais sólido. Em contrapartida, os estudos nos países em desenvolvimento carecem em termos quantitativos e qualitativos. Muitas vezes é inviável a sobreposição de dados

entre os países, haja vista as diferenças entre essas populações em todos os seus aspectos. Os instrumentos de rastreio e diagnóstico como, por exemplo, os questionários que são baseados em estudos americanos e europeus, não têm a devida validação para ser aplicados em outras populações. Se isso fosse feito, poderiam ocorrer superestimação ou subestimação tanto na incidência como na prevalência de demências em outros países. Wilkerdink (2019) afirma que o MEEM é uma importante ferramenta de triagem, de fácil e rápida aplicação. É capaz de avaliar: nível de consciência, atenção, concentração, memória, linguagem, percepção visual, práxis, cálculos, função executiva, conteúdo do humor e pensamento.

No Brasil, apenas algumas regiões do país possuem dados sobre a incidência e prevalência de demências. Um estudo de Nakamura et al. (2015) estimou a existência de 1 milhão de pacientes com quadro clínico de demências. O mesmo ainda afirma que pode haver cerca de 800 mil casos não diagnosticados. Há um grande déficit de estudos de todos os tipos nessa área, assim como ocorre em toda a América Latina.

Há muito pouco tempo apenas que foi emitido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) um documento assinado por todos os países latino-americanos se comprometendo em um futuro próximo elaborar medidas públicas que contemplem a abordagem ao paciente com demência. No Brasil, segundo Engedal e Laks (2016), essa discussão ainda é muito incipiente e necessita de uma força-tarefa público-privada para a apresentação de algum planejamento. Esses autores elaboraram uma crônica fazendo um resumo dos principais objetivos que são abordados de maneira comum pelos países europeus, debatendo formas de aplicação à realidade brasileira. São eles: melhorar o entendimento geral sobre a patologia, reduzir o estigma e prover meios de um diagnóstico adequado para início de condutas terapêuticas.

Mais estudos são necessários para que a área epidemiológica possa avançar, buscando identificar genes, fatores de risco, o que poderá trazer melhor prognóstico e qualidade de vida para os pacientes. Além disso, os gestores de saúde, em posse dessas informações, podem planejar e executar políticas públicas que permitam um acesso à saúde mais digno e especializados para essas pessoas. Isso trará benefícios aos cofres

públicos na medida em que se estabeleçam estratégias de prevenção, reconhecidamente menos dispendiosas que as ações de diagnóstico e tratamento das enfermidades.

2 REFERÊNCIAS

BALLARD, C. et al. Alzheimer's disease. *Lancet*, 377(9770): p. 1019-3, 2011
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61349-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61349-9)

BERR, C; WANCATA, J; RITCHIE, K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *European Neuropharmacology*. 15ª ed, p. 463-471, 2005.

BERTOLUCCI, P. et al. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*, 1994.

BURLÁ, C. et al.. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18(10), p. 2949-2956, 2013.

CARR, D. et al. The value of informant versus individual's complaints of memory impairment in early dementia. *Neurology*. 55(11): p. 1724-6. 2000.
<https://doi.org/10.1212/WNL.55.11.1724>

CHANDRA, V. et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in rural India. The Indo-US Study. *Neurology*; 51, p. 1000-8, 1998.

CIETO, B. et al.. Cuidados de demência em saúde pública no Brasil e no mundo: uma revisão sistemática. *Dement. neuropsychol*. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 40-46, mar 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642014000100040&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 abr. 2019.

COPELAND, J; DEWEY, M; GRIFFITH-JONES, H. A computerised psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. *Psychol Med*; 16, P. 89-99, 1986.

CORRADA, M; BROOKMEYER, R; KAWAS, C. Sources of variability in prevalence rates of Alzheimer's disease. *Int J Epidemiol*; 24, p.1000-5, 1995.

DAVIS, K. et al.. The Caregiver Activity Survey (CAS): development and validation of a new measure for caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*; 12, p. 978-88, 1997.

ENGEDAL, K; LAKS, J. Towards a Brazilian dementia plan? - Lessons to be learned from Europe. *Dement Neuropsychol*, p. 74-78. Jun 2016.

FOLSTEIN, M; FOLSTEIN, S; MCHUGH, P. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. p. 189-98, 1975.

FREITAS, D. et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v. 37, nº 1, p. 32-35, 2010.

FUENTES, P. Funcionalidad y demencia. *Rev Hosp Clín Univ Chile*. p. 324 - 9, 2008.

GAO, S. et al.. The relationship between age, sex, and the incidence of dementia and Alzheimer disease: a meta analysis. *Arch Gen Psychiatry*. p. 809-15, 1998.

GILLEARD, C. et al.. Emotional distress amongst the supporters of the elderly mentally infirm. *Br J Psychiatry*. p. 172-7, 1984.

GONDIM, A.S. et al. Prevalence of functional cognitive impairment and associated factors in Brazilian community-dwelling older adults. *Dement Neurophychol*, p. 32-39, Mar 2017.

GURLAND, B. et al.. The comprehensive assessment and referral evaluation (CARE): rationale, development and reliability. *Int J Ageing Hum Dev*. p. 9-42, 1997.

HALL, K. et al.. The development of a dementia screening interview in two distinct languages. *Int J Meth Psychiatr Res*. p. 1-28, 1993.

HENDRIE, H. et al.. Incidence of dementia and alzheimer disease in 2 communities: Yoruba residing in Ibadan, Nigeria, and African Americans residing in Indianapolis, Indiana. *JAMA*. p. 739-47, 2001.

HERRERA, E; CARAMELLI, P; NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq clín*. p. 70-3, 1998.

HOFFMAN, A. et al.. The prevalence of dementia in Europe: a collaborative study of 1980-1990 findings. Eurodem prevalence research group. *Int J Epidemiol*. p. 736-48, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/aracaju/pesquisa/23/25888?detalhes=true>. Acesso em: 05 ago. 2019.

JORM, A; JOLLY, D. The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*. p. 728-33, 1998.

KALACHE, A. Ageing is a third world problem too. *Int J Geriat Psychiatry*.p. 617-8, 1991.

KALACHE, A. O Mundo Envelhece: É Imperativo Criar um Pacto de Solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13(4), p. 1107-1111, 2008.

KARLAWISH, J. et al. The ability of persons with Alzheimer disease (AD) to make a decision about taking an AD treatment. *Neurology*; 64(9): p. 1514-9, 2005. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000160000.01742.9D>

KEENE, D; MONTINE, T; KULLER L. Epidemiology, pathology and pathogenesis of Alzheimer disease. Disponível em https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-alzheimer-disease?search=epidemiology,%20pathology%20and%20pathogenesis%20of%20alzheimer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 12 jun. 2019.

KENNETH, E; SCHMADER, M. Geriatric health maintenance. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/geriatric-health-maintenance?search=perda%20funci>

onal%20fisiol%C3%B3gica%20do%20envelhecimento&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10. Acesso em 5 set. 2019.

LARSON, E. Evaluation of cognitive impairment and dementia. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia?search=conceito%20de%20dist%C3%BAbios%20cognitivos%20em%20idosos&source=search_result&selectedTitle=30~150&usage_type=default&display_rank=30. Acesso em 5 set. 2019.

LENTSCK, M. et al. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. jul./set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.34261>. Acesso em: 12 jun. 2019.

LIVINGSTON, L. et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet. 390(10113): p. 2673-2734, 2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> - Acesso em 4 de set. 2019.

McKHANN, G. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*; 7(3): p. 263-9, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

MRC CFAS. Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. *Lanceta*. 357 (9251): p. 169-75, 2001. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03589-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03589-3)

MORRISON, R; SIU, A. Survival in end-stage dementia following acute illness. *JAMA*; 284(1): p. 47-52, 2000. DOI: 10.1001/jama.284.1.47

NAKAMURA, A. et al.. Dementia underdiagnosis in Brazil. *The Lancet*. Vol.385(9966), p. 418-419, Jan./Fev. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. CROSS-NATIONAL RESEARCH TO HELP COUNTRIES PREPARE FOR AN AGING POPULATION. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2001

PFEFFER, R. et al.. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. p. 323-9, 1982.

RAJKUMAR, S; KUMAR, S; THARA, R. Prevalence of dementia in a rural setting: a report from India. *Int J Geriat Psychiatry*. p. 702-7, 1997.

RECOGNITION AND INITIAL ASSESSMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE AND RELATED DEMENTIAS. Clinical Practice Guidelines, Number 19, AHCPR; U.S. Department of Health and Human Services Agency for Health Care Policy and Research, 1996.

- RIZZI, L.; ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. *BioMed Research International*, 2014.
- ROCCA, W. et al. Frequency and distribution of Alzheimer's disease in Europe: a collaborative study of 1980-1990 prevalence findings. The EURODEM Prevalence Research Group. *Ann Neurol*. p. 381-90, 1991.
- SANDOVAL, J; TURRA, C; LOSCHI, R. Tasas específicas de mortalidad adulta atribuibles a la demencia debido a la enfermedad de Alzheimer. *Brasil 2010*. Mai 2016.
- SATIZABAL, C. et al. Incidence of Dementia over Three Decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med*; 374(6): p. 523-32, 2016. DOI: 10.1056 / NEJMoa1504327
- SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. p. 12-7, 2002.
- SCAZUFCA, M. et al.. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, p. 773-8, 2002.
- SHAJI, S. et al.. An epidemiological study of dementia in a rural community in Kerala, India. *Br J Psychiatry*. p. 745-9, 1996.
- SHARP, S. et al. Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*; 26(7): p. 661-9, 2011. <https://doi.org/10.1002/gps.2572>
- STORTI, L. et al. Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e odesgaste do cuidador familiar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0580.2751>.
- VERAS, R; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *Int J Geriatr Psychiatry*. p. 285-95, 1994.
- VERAS, R. et al.. Pesquisando populações idosas - a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Rev Saúde Pública*. p. 513-8, 1988.
6. WILTERDINK, J. The mental status examination in adults. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-mental-status-examination-in-adults/print?search=conceito%20de%20dist%C3%BAbios%20cognitivos%20em%20idosos&topicRef=5083&source=see_link. Acesso em: 05 set, 2019.
- WOLK, D. Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease. 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease?search=Caracter%C3%ADsticas%20cl%C3%ADnicas%20e%20diagn%C3%B3stico%20da%20doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em: 05 set. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing And Life Course. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/en/>. Acesso em 12 jun. 2019.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Dementia: A Public Health Priority. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO, 2008,

ZARIT, S; ANTHONY, C; BOUSTELIS, M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychol Aging*. p. 502-9, 1987.

3 NORMAS PARA SUBMISSÃO DE TRABALHOS NA REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções aos Autores

1. Informações gerais
2. Categorias de artigos
3. Dados de identificação do manuscrito
4. Conflito de interesses
5. Declarações e documentos
6. Preparo do manuscrito
7. Checklist para submissão
8. Processo editorial
9. Taxa de publicação

3.1. Informações gerais

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês. Artigos submetidos em português ou espanhol são traduzidos para o inglês e publicados nesses dois idiomas. Para artigos submetidos em inglês, não há tradução para o português ou espanhol.

O texto de manuscrito de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais ou Conclusões. Outras categorias de manuscritos (revisões, comentários etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

Os estudos devem ser apresentados de forma que qualquer pesquisador interessado possa reproduzir os resultados. Para isso estimulamos o uso das seguintes recomendações, de acordo com a categoria do manuscrito submetido:

- CONSORT – checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados;
- STARD – checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica;
- MOOSE – checklist e fluxograma para metanálises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;
- PRISMA – checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e metanálises;
- STROBE – checklist para estudos observacionais em epidemiologia;
- RATS – checklist para estudos qualitativos.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos de acordo com a categoria de artigos.

Como forma de avaliação da ocorrência de plágio, todos os manuscritos recebidos são submetidos à programa de detecção de similaridade entre textos.

O ORCID do primeiro autor e de todos os coautores deverá ser informado no momento da submissão dos manuscritos, na carta de apresentação.

3.2. Categorias de artigos

a) Artigos Originais

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar o leitor quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, a avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Devem ser detalhados: a proposição, a seleção e a confecção dos itens e o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras; o trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares; e a avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto ou dimensional.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre adaptação transcultural de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, é necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem também justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente como e quais foram as etapas seguidas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Organização do manuscrito

Além das recomendações mencionadas, verificar as seguintes instruções de formatação:

a) Artigo original:

- Devem conter até 3.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras.

b) Comunicação breve

São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Formatação: Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

- Devem conter até 1.500 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 1.
- Número máximo de referências: 5.
- Resumos no formato narrativo com até 100 palavras.

c) Artigos de revisão

Revisão sistemática e meta-análise – Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder a uma pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados. Consultar:

MOOSE checklist e fluxograma para meta-análises e revisões sistemáticas de estudos observacionais;

PRISMA checklist e fluxograma para revisões sistemáticas e meta-análises.

Revisão narrativa ou crítica – Apresenta caráter descritivo-discursivo e dedica-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da saúde pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

- Devem conter até 4.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: ilimitado.
- Resumos no formato estruturado com até 300 palavras, ou narrativo com até 150 palavras.

d) Comentários

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e oxigenar controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens. A introdução deve destacar o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

- Devem conter até 2.000 palavras (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).
- Número máximo de tabelas e figuras: 5.
- Número máximo de referências: 30.
- Resumos no formato narrativo com até 150 palavras.

Publicamos também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e até 5 referências.

3.3. Dados de identificação do manuscrito

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. A contribuição de cada autor deve ser explicitada em declaração para esta finalidade. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados.

Dados de identificação dos autores (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual já é indexado nas bases de dados e constante no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: universidade, faculdade, departamento).

Coautores: Identificar os coautores do manuscrito pelo nome, sobrenome e instituição, conforme a ordem de autoria.

Financiamento da pesquisa: Se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Apresentação prévia: Tendo sido apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e ano da realização.

3.4. Conflito de interesses

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem, em parte, de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, possam influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesses que possam influir em sua opinião sobre o manuscrito e, quando couber, deve se declarar não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da RSP.

3.5. Declarações e documentos

Em conformidade com as diretrizes do *International Committee of Medical Journal Editors*, são solicitados alguns documentos e declarações do(s) autor(es) para a avaliação de seu manuscrito. Observe a relação dos documentos abaixo e, nos casos em que se aplique, anexe o documento ao processo. O momento em que tais documentos serão solicitados é variável:

Documento	Quem assina	Quando anexar
a. Carta de Apresentação	Todos os autores ou o primeiro autor assina e insere o ORCID de todos os autores informados na carta de apresentação.	Na submissão

b. Declaração de Responsabilidade pelos Agradecimentos	Autor responsável	Após a aprovação
c. Declaração de Transferência de Direitos Autorais	Todos os autores	Após a aprovação

a) Carta de apresentação

A carta deve ser assinada por todos os autores ou, ao menos, pelo primeiro autor. O ORCID de todos os autores deverá ser informado nessa carta. A carta de apresentação deve conter:

- Informações sobre os achados e as conclusões mais importantes do manuscrito e esclarecimento de seu significado para a saúde pública;
- Informação sobre a novidade do estudo e porque ele deve ser publicado nesta revista;
- Menção de até três artigos, se houver, publicados pelos autores na linha de pesquisa do manuscrito; Declaração de potenciais conflitos de interesses dos autores;
- Atestado de exclusividade da submissão do manuscrito à RSP;
- Contribuição ao manuscrito por parte de cada autor.

Segundo o critério de autoria do *International Committee of Medical Journal Editors*, autores devem contemplar todas as seguintes condições: (1) contribuir substancialmente para a concepção e planejamento, ou análise e interpretação dos dados; (2) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; e (3) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

Nos casos de grupos multicêntricos ou grande número de autores terem desenvolvido o trabalho, o grupo deve identificar os indivíduos que aceitam a responsabilidade direta pelo manuscrito. Esses indivíduos devem contemplar totalmente

A revista foi escolhida [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do manuscrito].

Contribuição dos autores (exemplo): concepção, planejamento, análise, interpretação e redação do trabalho: autor 1; interpretação e redação do trabalho: autor 2. Ambos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Certifico que este manuscrito representa um trabalho original e que nem ele, em parte ou na íntegra, nem outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Os autores não possuem conflitos de interesse ao presente trabalho. (Se houver conflito, especificar).

_____ nome completo do autor 1 + assinatura +
ORCID

_____ nome completo do autor 2 + assinatura +
ORCID

b) DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELOS AGRADECIMENTOS

Eu, (nome por extenso do autor responsável pela submissão), autor do manuscrito intitulado (título completo do artigo):

Certifico que todas as pessoas que tenham contribuído substancialmente à realização deste manuscrito, mas que não preencheram os critérios de autoria, estão nomeadas com suas contribuições específicas em Agradecimentos no manuscrito.

Certifico que todas as pessoas mencionadas nos Agradecimentos forneceram a respectiva permissão por escrito.

_____/_____/_____

DATA NOME COMPLETO E ASSINATURA

c) DECLARAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Concordo que os direitos autorais referentes ao manuscrito [TÍTULO], aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública, serão propriedade exclusiva da Faculdade de Saúde Pública, sendo possível sua reprodução, total ou parcial, em qualquer outro meio de divulgação, impresso ou eletrônico, desde que citada a fonte, conferindo os devidos créditos à Revista de Saúde Pública.

Autores: _____

Local, data NOME COMPLETO + Assinatura

3.6. Preparo do manuscrito

Título no idioma original do manuscrito

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem a recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços.

Título resumido

É o título que constará no cabeçalho do artigo. Deve conter a essência do assunto em até 45 caracteres.

Descritores

Para manuscritos escritos em português ou espanhol, devem ser indicados entre 3 a 10 descritores extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), da BVS/Bireme, no idioma original. Para manuscritos em inglês, utilizar o Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine (EUA). Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres.

Resumo

O resumo deve ser escrito em seu idioma original. As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das categorias de artigos. Como regra geral,

o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

a) Estrutura do texto

Introdução – Deve relatar o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes. O objetivo do manuscrito deve estar explícito no final da introdução.

Métodos- É imprescindível a descrição clara dos procedimentos adotados, das variáveis analisadas (com a respectiva definição, se necessário) e da hipótese a ser testada. Descrever também a população, a amostra e os instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade. É necessário que haja informações sobre a coleta e o processamento de dados. Devem ser incluídas as devidas referências para as técnicas e métodos empregados, inclusive os métodos estatísticos; é fundamental que os métodos novos ou substancialmente modificados sejam descritos, justificando-se as razões para seu uso e mencionando-se suas limitações. Os critérios éticos de pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – É preciso que sejam apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os aspectos novos e importantes observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas precisam ser esclarecidas. É necessário incluir somente hipóteses e

generalizações baseadas nos dados do trabalho. As *Conclusões* devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

b) Referências

Listagem: As referências devem ser normatizadas de acordo com o estilo *Vancouver* – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, listadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed. No caso de publicações com até seis autores, todos devem ser citados; acima de seis, devem ser citados apenas os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al.”. Sempre que possível, incluir o DOI do documento citado.

Exemplos:

Artigo de periódicos

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):44-52. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000015>

Livro

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13]. Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (Citing Medicine) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Citação no texto:

É necessário que a referência seja indicada pelo seu número na listagem, na forma de expoente (sobrescrito) antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes

ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado seguido do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos de autoria múltipla, apresentar apenas o primeiro autor, seguido de “et al.”

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.⁹ (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

c) Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve. Não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou no título. Se houver tabela extraída de outro trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

d) Quadros

Diferem das tabelas por conterem texto em vez de dados numéricos. Devem ser apresentados no final do texto, após as referências bibliográficas, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto. A cada um deve-se atribuir um título breve. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé dos quadros e não no cabeçalho ou no título. Se houver quadro extraído de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que o publicou para sua reprodução.

e) Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Elas também devem conter título e legenda apresentados em sua parte inferior. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferencialmente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3D). Se houver figura extraída de trabalho publicado previamente, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou para sua reprodução.

3.7. Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa no idioma original do manuscrito.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa no idioma original do manuscrito.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria. Deve ser assinada por todos os autores ou, pelo menos, pelo primeiro autor e conter o ORCID de todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número(s) do(s) processo(s).

9. Referências normatizadas segundo estilo Vancouver, apresentadas por ordem de citação. É necessário verificar se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, tif, jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi. Gráficos devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

3.8. Processo editorial

a) Avaliação

Pré-análise: : o Editor Científico avalia os manuscritos com base na qualidade e interesse para a área de saúde pública e decide se seleciona o manuscrito para avaliação por pares externos ou não.

Análise por pares: se selecionado na pré-análise, o manuscrito é encaminhado a um dos Editores Associados cadastrados no sistema segundo a respectiva área de especialização. O Editor Associado seleciona os revisores (dois) de acordo com a área de especialização e envia o manuscrito para avaliação. Caso o Editor Associado considere que os pareceres recebidos são insuficientes para uma conclusão, deverá indicar outro(s) relator(es). Com base nos pareceres, o Editor Associado decide por: recusa, no caso de o manuscrito ter deficiências importantes; aceite; ou possibilidade de nova submissão, devendo neste caso indicar nos seus comentários as modificações importantes para eventual reformulação, que será reavaliada por relatores.

b) Revisão da redação científica

Para ser publicado, o manuscrito aprovado é editado por uma equipe que fará à revisão da redação científica (clareza, brevidade, objetividade e solidez), gramatical e de estilo. A RSP se reserva o direito de fazer alterações visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O autor responsável terá acesso a todas as modificações sugeridas até a última prova enviada.

c) Provas

O autor responsável pela correspondência receberá uma prova, em arquivo de texto (doc, docx ou rtf), com as observações e alterações feitas pela equipe de leitura técnica. O prazo para a revisão da prova é de dois dias.

Caso ainda haja dúvidas nessa prova, a equipe editorial entrará em contato para que seja feita a revisão, até que seja alcançada uma versão final do texto.

Artigos submetidos em português ou espanhol serão vertidos para o inglês. Aproximadamente 20 dias após o autor ter finalizado a prova do artigo, a RSP enviará a versão em inglês do artigo para apreciação do autor. Nessa revisão, o autor deverá atentar-se para possíveis erros de interpretação, vocabulário da área e, principalmente, equivalência de conteúdo com a versão original aprovada. O prazo de revisão da versão em inglês é de dois dias.

A RSP adota o sistema de publicação contínua. Dessa forma, a publicação do artigo se torna mais rápida: não depende de um conjunto de artigos para fechamento de um fascículo, mas do processo individual de cada artigo. Por isso, solicitamos o cumprimento dos prazos estipulados.

3.9. Taxa de publicação

Embora as revistas recebam subvenções de instituições públicas, estas não são suficientes para sua manutenção. Assim, a cobrança de taxa de publicação passou a ser alternativa a fim de garantir os recursos necessários para produção da RSP.

A RSP em 2016 completa 50 anos de publicação e somente em 2012 iniciou a cobrança de taxa de artigos, fato este imperioso para garantir sua continuidade, sobretudo permitindo-lhe evoluir com tecnologias mais avançadas, que exigem também maior qualidade e recursos tecnológicos.

O valor cobrado é avaliado regularmente. Assim, para os artigos submetidos a partir de 1 de julho de 2019, o valor da taxa será de R\$ 2.400,00 para artigo original, revisão e comentário, e de R\$ 1.600,00 para comunicação breve.

A RSP fornece aos autores os documentos necessários para comprovar o pagamento da taxa perante instituições empregadoras, programas de pós-graduação ou órgãos de fomento à pesquisa.

Após aprovação do artigo, os autores deverão aguardar o envio da fatura proforma com as informações sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa.

**PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA ENTRE OS IDOSOS DO MUNICÍPIO
DE ARACAJU/SE**

**Título resumido: PREVALÊNCIA DE DEMÊNCIA SENIL EM
ARACAJU/SE**

**Autor: Roberto Cotias Silva, Prof. Orientador Dr Marco Antônio Prado
Nunes**

E-mail: betocotias@yahoo.com.br

Universidade Federal de Sergipe

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Departamento de Medicina

Financiamento da pesquisa: A pesquisa não foi subvencionada.

Declaro que não há conflitos de interesses relacionados a este artigo.

4 RESUMO

Introdução: Está ocorrendo, no mundo, um processo de mudança da pirâmide demográfica. A população idosa vem crescendo em números relativos e absolutas. Essa fato vem associado ao aumento da morbimortalidade por doenças crônicas. A demência, que é caracterizada por variados graus de declínio cognitivo, tem sua prevalência dobrada a cada cinco anos em maiores de 65 anos. O objetivo deste artigo é estimar prevalência de declínio cognitivo na população de idosos do município de Aracaju-SE. Métodos: Será um estudo transversal. A população de referência do estudo foram indivíduos a partir dos 60 anos de idade, de ambos os sexos e não institucionalizados e desenvolvido com residentes em área urbana do município. A coleta foi realizada no período de maio de 2017 a junho de 2018, utilizando-se um roteiro de entrevista estruturado com perguntas abertas e fechadas. Para a investigação foi considerado como desfecho o declínio cognitivo investigado a partir da utilização do MEEM. Resultados: Dos 66 idosos entrevistados, 62,12% pertenciam ao sexo feminino e a média de idade foi de 73,8 anos ($\pm 9,19$). Os indicadores da capacidade funcional foram avaliados a partir do seu desempenho nas AIVD e AVD. A dependência nas AIVD foi relatada por 57,58% dos idosos; já a dependência nas AVD foi referida por 12,13%. Sobre o teste realizado com o instrumento MEEM, foi percebido que 26 idosos obtiveram escore abaixo de 23 pontos, correspondendo a uma prevalência 39,39% de declínio cognitivo nessa amostra. Discussão: A prevalência de declínio cognitivo na população de Aracaju encontrada-se mais elevada do que nas cidades mais desenvolvidas do país e do mundo. Foi encontrado também uma maior associação de demências com o sexo feminino e maiores de 80 anos. Encontramos significativa incapacidade funcional nos idosos, comprometendo sua qualidade de vida e a de seus cuidadores.

PALAVRAS-CHAVE: Prevalência; demência; idoso.

5 INTRODUÇÃO

A sociedade moderna vem evoluindo desde os primórdios de sua existência. Muitas conquistas aconteceram ao longo desse tempo e a longevidade foi uma delas. O desenvolvimento industrial, tecnológico e científico trouxeram a redução da mortalidade populacional por doenças infectocontagiosas em todas as idades. Isso, associado às melhores condições de vida desfrutadas atualmente tem feito crescer a população idosa em números absolutos e relativos (Sandoval et al.¹). Dresch et al.² (2017) cita, em seu trabalho, que é preciso oferecer qualidade de vida além da longevidade a estas pessoas, sendo este um importante desafio social. O mesmo autor afirma que são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), neste contexto, as principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade.

Estudos sobre a prevalência de idosos portadores de DCNT estão sendo desenvolvidos em todo o mundo. No Brasil, porém, há uma escassez muito grande destes trabalhos. As poucas publicações existentes carecem de padronização e uniformidade de protocolos, podendo resultar em vieses de estudo. Esta informação é corroborada por Brucki e Nitrini³ (2014), que afirmam haver heterogeneidade na prevalência, pois são consideradas diferentes faixas etárias, bem como critérios diagnósticos, instrumentos de avaliação variados para produção dos estudos.

A demência, uma das DCNT, segundo Brucki e Nitrini³, é muito comum na senilidade e tem sua prevalência dobrada a cada cinco anos em maiores de 65 anos. Esta patologia, segundo o DSM-5⁴ (2014) se caracteriza por um declínio da cognição (DC) que pode acometer um ou mais domínios dos quais: aprendizagem e memória, linguagem, função executiva, atenção complexa, percepção perceptivo-motora e social.

A importância dessa pesquisa reside na alta prevalência dessa patologia, relatada na grande maioria dos artigos que abordam esse tema. Saber como esse processo de envelhecimento vem ocorrendo na cidade de Aracaju, então, se torna uma importante ferramenta para a elaboração de uma melhor intervenção biopsicossocial com ênfase na prevenção, a qual é menos onerosa ao sistema público. Em virtude disso, este estudo teve

como objetivo estimar prevalência de declínio cognitivo na população de idosos do município de Aracaju.

6 MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um estudo transversal aninhado em uma pesquisa maior do tipo caso-controle pareado.

A pesquisa foi realizada no município de Aracaju/SE e a população de referência do estudo foram indivíduos a partir dos 60 anos de idade, de ambos os sexos, não institucionalizados e que residem na área urbana do município. O presente estudo faz parte de uma investigação maior intitulada “Vulnerabilidade social e clínico-funcional da população de idosos com demência” aprovada sob o parecer 1.967.315 pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário de Aracaju – Universidade Federal de Sergipe (CEP/HU/UFS), em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque.

Como os dados sobre a prevalência variam nos estudos de base populacional, principalmente em fator da idade, foi adotado o valor amostral de 66 idosos, aleatoriamente.

Para a distribuição da seleção amostral a referência utilizada foi a divisão proporcional de idosos mediante a agregação dos 39 bairros que compõem o município, sendo realizado um sorteio aleatório dos setores censitários, considerando a proporcionalidade da amostra.

A coleta foi realizada no período de maio de 2017 a junho de 2018 utilizando-se um roteiro de entrevista estruturado com perguntas mistas (abertas e fechadas) e construído pelos pesquisadores. Foi realizada nos domicílios dos idosos, por entrevistadores selecionados e previamente treinados pelo pesquisador responsável a respeito da forma de abordagem, aplicação dos questionários e aspectos éticos que envolvem a pesquisa.

Para a investigação foi considerado como desfecho o declínio cognitivo investigado a partir da utilização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil, cujos escores variam de 0 a 30 pontos, sendo considerado como ponto

de corte para declínio cognitivo o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para analfabetos, 18 ou menos para aqueles de 1 a 9 anos de estudo e 26 para escolaridade superior a 9 anos. Wilterdink⁵ (2019) afirma que o MEEM desempenha função importante na avaliação de distúrbios cognitivos e comportamentais. É mais uma ferramenta que soma para a efetivação do diagnóstico e pesquisa científica.

Durante o procedimento de análise dos dados, as informações colhidas sobre as exposições de interesse, covariáveis (variáveis confundidoras e modificadores) e desfecho foram criteriosamente avaliadas. A análise descritiva foi obtida através de frequências e porcentagens (para as variáveis categóricas) e média (para as variáveis numéricas). Os resultados foram organizados em tabelas.

7 RESULTADOS

A prevalência de declínio cognitivo na população idosa do município de Aracaju foi de 39,39%. Sobre o teste realizado com o instrumento MEEM, foi percebido que 26 idosos obtiveram escore abaixo de 23 pontos. Vale ressaltar que este instrumento de maneira isolada, não deve ser considerado com um parâmetro suficiente para diagnosticar pacientes com alguma subdivisão das SD. A média de pontuação no MEEM da amostra total foi de 22,12 pontos. Considerando o declínio cognitivo por anos de estudo, os resultados podem ser observados na Tabela 1:

Tabela 1. Comprometimento cognitivo obtido pelo MEEM, segundo escolaridade, dos idosos, Aracaju/Sergipe-Brasil, 2018.

Escolaridade	Comprometimento Cognitivo				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Analfabeto	5	7,57	7	10,62	12	18,18
Entre 1 e 4 anos	12	18,18	15	22,72	27	40,92
Entre 5 e 8 anos	6	9,09	6	9,09	12	18,18
9 anos ou mais	3	4,55	12	18,18	15	22,72
Total	26	39,39	58	60,61	66	100,00

Neste trabalho foi encontrada uma menor prevalência de declínio cognitivo nos idosos que tiveram nove ou mais anos de estudo (4,54%) comparando com os níveis de escolaridade. Dos 66 idosos entrevistados, 62,12% pertenciam ao sexo feminino e a média de idade foi de 73,8 anos ($\pm 9,19$). Proporções equivalentes de indivíduos eram casados ou tinham uma união estável e eram viúvos, 39,39% e 34,84%, respectivamente. Em torno de 85% dos idosos conviviam com mais alguém no domicílio, podendo ser o cônjuge, filhos, netos ou outros. Cerca de 20% referiram nunca ter estudado ou era analfabeto e 40% estudaram até três anos. Quarenta e nove idosos (74,24%) são aposentados recebendo seus rendimentos pela previdência, sendo 35 deles (53,03%) com rendimento individual entre um e dois salários mínimos. No que diz respeito à renda mensal, 35 idosos recebiam de um a dois salários mínimos (53,03%), sendo importante

ressaltar que 25% recebiam menos de um salário mínimo. Quando observada a renda familiar, quase metade dos idosos têm renda familiar entre um e dois salários mínimos. Esses dados podem ser visualizados na tabela 2.

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos idosos residentes no município de Aracaju/SE, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	25	37,88
Feminino	41	62,12
Idade (em anos)		
Média ±desvio padrão	73,8 ± 9,19	
Estado Conjugal		
Casado (a) ou união estável	26	39,39
Nunca se casou (a)/Solteiro	4	6,06
Viúvo (a)	23	34,84
Separado (a) ou divorciado (a)	13	19,69
Arranjo Familiar		
Mora só	10	15,16
Mora com alguém	56	84,84
Escolaridade		
Nunca estudou /Analfabeto	12	18,20
Até 3 anos de estudo	27	40,90
Entre 4 e 10 anos de estudo	27	40,90
Situação Previdenciária		
Aposentado(a)	49	74,24
Pensionista	9	13,63
Aposentado e Pensionista	3	4,54
Não é aposentado	4	6,06
Benefício	1	1,51
Renda Individual		
Menos de um salário mínimo	17	25,75
De um a dois salários mínimos	35	53,03
De dois a quatro salários	6	9,09
Mais de quatro salários	8	12,12
Renda Familiar		
Menos de um salário mínimo	4	6,06
De um a dois salários mínimos	32	48,48
De dois a quatro salários	16	24,24
Mais de quatro salários	14	21,21
TOTAL	66	100

Em relação às condições de saúde, verificou-se que a maioria dos idosos percebia sua condição de saúde como regular 42,42% (n=28). As morbidades crônicas mais prevalentes encontradas na pesquisa foram hipertensão (69,69%), dislipidemias (50,00%), artrite e osteoartrite (46,96%), diabetes (34,84%) e osteoporose (25,75%). Salienta-se que essa variável pode ser cumulativa, uma vez que alguns idosos relataram ter mais de um tipo de morbidade crônica. Destaca-se que o uso de medicamentos foi bastante elevado, pois, 81,81% dos idosos utilizavam medicamentos e com uma média de $2,93 \pm 2,38$ drogas diferentes por dia. A prática de atividade física foi relatada por apenas 22,73% dos idosos entrevistados. Os indicadores da capacidade funcional foram avaliados a partir do seu desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades básicas de vida diária (AVD). A dependência nas AIVD foi relatada por 57,58% dos idosos (seja parcial ou totalmente); já a dependência nas AVD foi referida por 12,13% (seja parcial ou totalmente).

A tabela 3 sistematiza essas informações:

Tabela 3. Perfil das condições de saúde e funcionalidade dos idosos residentes no município de Aracaju/SE, 2018.

Variáveis	N	%
Saúde auto percebida		
Excelente	2	3,03
Muito boa	3	4,54
Boa	20	30,30
Regular	28	42,42
Ruim	13	19,69
Morbidade crônica referida*		
Hipertensão	46	69,69
Infarto	9	13,63
Insuficiência cardíaca	7	10,60
Pneumonia	4	6,06
Asma	4	6,06
Enfisema	1	1,51
Tuberculose	1	1,51
Depressão	7	10,60
AVC	7	10,60
Parkinson	3	4,54
Alzheimer	2	3,03
Artite/Osteoartrite	31	46,96
Osteoporose	17	25,75
Fraturas	13	19,69
Diabetes	23	34,84
Dislipidemia	33	50,00
Uso de medicamentos		
Sim	54	81,81
Não	12	18,19
Quantidade de medicamentos		
Média ±desvio padrão	2,93 ± 2,38	
Prática de Atividade Física		
Sim	15	22,73
Não	51	77,27
Hospitalização (último ano)		
Sim	10	15,16
Não	56	84,84
Desempenho nas Atividades Instrumentais de Vida Diária		
Independente	28	42,42
Dependente parcialmente	33	50,00
Dependente totalmente	5	7,58
Desempenho nas Atividades de Vida Diária		
Independente	58	87,88
Dependente parcialmente	2	3,03
Dependente totalmente	6	9,09
TOTAL	66	100

8 DISCUSSÃO

A prevalência de declínio cognitivo na população de Aracaju encontrada neste estudo foi de 39,39%, portanto mais elevada do que em cidades mais desenvolvidas do país, bem como acima da média encontrada em países desenvolvidos do mundo, assim como foi relatado pelo trabalho realizado por Burlá et al.⁶ (2013). Neste mesmo estudo, também foi observado maior percentual de mulheres com declínio cognitivo do que em homens, justificando-se de que este achado guarda relação com uma maior sobrevivência do sexo feminino comparado ao masculino, o que pode refletir um tempo maior de convivência com essas patologias e não necessariamente quer dizer que o sexo feminino é um fator de risco. Esta opinião é ratificada neste artigo, sendo necessário mais estudos para que se possa ter uma melhor elucidação dessa questão.

No estudo de Lentsck et al.⁷ (2015) foi encontrada uma prevalência de sinais de demências em 37,6% dos 359 idosos entrevistados, valor relativo muito próximo do que foi percebido neste estudo. Foi encontrado também, no mesmo trabalho, uma maior associação de quadros demenciais com o sexo feminino e maiores de 80 anos, viuvez, analfabetismo, morar só ou em zona rural. Esses autores perceberam que essas síndromes, no estudo deles, afetaram mais o estado de atenção e memória recente dos idosos, dentre os diversos espectros da cognição avaliadas. Fato este partilhado também pelo nosso achado quando, no MEEM, os avaliados tinham grande dificuldade de repetir às três palavras que foram solicitadas para que memorizassem. Esse teste, segundo Bateman⁸ et al (2017), é o mais utilizado na prática clínica e tem como objetivo avaliar a capacidade de memorização de curto prazo, bem como a atenção, já que é necessário utilizar este atributo ao receber o comando de memorização para posterior resgate da informação, assim que solicitado. Outros testes que utilizamos são descrito por Daffner⁹ (2015), o primeiro consiste em operações seriadas de subtração e o segundo em soletrar palavras de trás para frente. O autor infere que a interpretação destes dados é limitada devido a efeitos de idade do paciente, gênero e nível educacional.

Já o trabalho realizado por Gondim et al.¹⁰ (2017) não mostrou relação entre o gênero feminino e a prevalência de quadros demenciais. Essas divergências talvez possam ser explicadas pela falta de padronização dos métodos de pesquisas nos diversos trabalhos, resultando em possíveis vieses de pesquisas que acabam por influenciar os resultados obtidos.

Na grande maioria das publicações há concordância no que tange ao aumento da prevalência quando avaliada em idades mais avançadas. Para Gondim et al.¹⁰ que utilizou o MEEM, o teste de fluência verbal e o teste do relógio a prevalência de 13,64% foi encontrada quando considerado idosos acima de 60 anos e 15,48% para acima de 65 anos. O mesmo autor também percebeu que em relação ao estado civil, os solteiros, viúvos ou separados tiveram maiores correlações com o declínio da cognição.

Foi possível perceber, que o nível de escolaridade, bem como os indicadores socioeconômicos podem ser fatores de proteção contra síndromes demenciais. Neste trabalho, foi encontrado uma menor prevalência de declínio cognitivo nos idosos que tiveram nove ou mais anos de estudo (4,54%) comparando com os demais níveis de escolaridade. Porém Lentsck et al.⁷ levantaram a possibilidade de que, ao invés de ser um fator de proteção, nível de escolaridade e indicadores socioeconômicos se traduziriam, na realidade, em fatores confundidores, em virtude desses indivíduos desfrutarem de melhor qualidade de vida e menor exposição à toxinas ambientais, havendo uma compensação do cérebro sobre as ações dessas patologias.

A falta de atividade física e uma maior frequência de autopercepção ruim de seu estado de saúde também foi maior nos idosos com declínio cognitivo no nosso estudo. Foram identificados apenas 15 idosos praticantes de atividade física (22,73%) e 13 indivíduos (19,69%) tiveram sua autopercepção de saúde considerada ruim. Freitas et al.¹¹ (2010) afirmam que a medida em que o quadro demencial progride há uma diminuição da capacidade de integração de estímulos ambientais e internos, fazendo com que o idoso avalie como bom seu estado de saúde, apesar de ser acometido por essa e outras comorbidades. Este dado apresenta uma clara discordância do que foi encontrado no nosso artigo, onde foi percebido que a tendência dos idosos, de uma maneira geral, foi

de autodepreciar-se. Mais estudos precisam ser feitos para avaliar melhor essas variáveis, no intuito de elucidar este ponto.

Quarenta e nove idosos (74,24%) são aposentados recebendo seus rendimentos pela previdência, sendo 35 deles (53,03%) com rendimento individual entre um e dois salários mínimos. Isso nos permite imaginar, com o envelhecimento da população, associado a melhores condições de vida, que os sistemas previdenciários, não só do Brasil, mas também dos demais países do mundo, precisarão sofrer adequações em vista de um período maior de pagamento de aposentadorias e pensões. Além disso, segundo Veras¹² (2012), haverá uma maior procura aos serviços de saúde por partes destas pessoas, gerando de aumento importante de gastos neste setor, sendo outro importante desafio fiscal para o futuro próximo.

Aliada a alta prevalência de declínio cognitivo encontrada neste estudo, percebemos também que os indicadores da capacidade funcional desses idosos estavam comprometidas nas atividades instrumentais em 57,58%, seja parcial ou totalmente e, nas atividades diárias 12,13%, referidos por meio de comprometimento motor e nas diversas áreas da cognição. Essas variáveis expressam o grau de independência dos idosos frente a possibilidade de realizar tarefas comuns do cotidiano, sem precisarem da ajuda de familiares ou cuidadores. Há, então, significativa perda desta capacidade, comprometendo a qualidade de vida dessas pessoas. Alves et al.¹³ (2010) afirmam que as doenças crônicas são um importante fator para que haja incapacidade funcional entre essas pessoas, mas que esse prejuízo na autonomia da população mais velha também apresenta estreita relação com a falta de acesso à educação e trabalho, refletindo as diferenças sociais existentes no país.

Neste artigo foi possível identificar que a prevalência de declínio cognitivo nos idosos de Aracaju apresenta-se alta. Deve-se considerar a gravidade desse dado, principalmente porque a população acima dos 60 anos de idade vem aumentando cada vez mais e isso tem sido acompanhado pelo aumento de doenças crônico-degenerativas que diminuem a qualidade de vida e a autonomia desses idosos, fato este que possui ampla concordância na literatura atual. Espera-se com este estudo, além de enriquecer o conhecimento científico acerca desse tema, que ele também possa de alguma maneira ser

base para formulações de políticas públicas que contemplem uma melhora na saúde dos idosos acometidos por déficits cognitivos, englobando a prevenção, o rastreamento e o diagnóstico precoce, com instrumentos adaptados à realidade brasileira, especificamente nordestina. Em seu estudo realizado na Argentina, Bartoloni et al.¹⁴ (2014) afirmaram que a presença de fatores de risco modificáveis por políticas de saúde com caráter preventivo podem alterar a apresentação e progressão de diferentes quadros cognitivos. Essa informação é corroborada pela imensa maioria dos estudos, trazendo benefícios aos pacientes, bem como ao próprio sistema previdenciário, tanto público como privado.

Por fim, é válido ressaltar a importância de aprofundamento dos estudos acadêmicos acerca do tema, principalmente nos países em desenvolvimento, em especial o Brasil e, mais especificamente ainda, a região nordestina, a qual carece de informações sobre a prevalência de demências em seus idosos.

9 REFERÊNCIAS

- 1.Sandoval JJ, Turra CM, Loschi RH. Tasas corregidas de mortalidad atribuible a la demencia por la enfermedad de Alzheimer, Brasill, 2009-2013. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(6): 1-16. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00091918>
- 2.Dresch FK, Barcelos ARG, Cunha GL, Santos GA. Condição de saúde auto-percebida e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos atendidos pela estratégia da Saúde da Família. *Rev. Conhecimento OnLine*. 2017; 9(2): 118-127. <https://doi.org/10.25112/rco.v2i0.1183>
- 3.Brucki SMD, Nitrini R. Comprometimento cognitivo em indivíduos com baixo nível educacional e formação sociocultural homogênea. 2014. *Dement. neuropsicol*; 8(4): 345-350. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642014DN84000007>
- 4.Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf> - Acesso em 04 set. 2019.
- 5.WILTERDINK, J. The mental status examination in adults. 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-mental-status-examination-in-adults/print?search=conceito%20de%20dist%C3%BAbios%20cognitivos%20em%20idosos&topicRef=5083&source=see_link. Acesso em: 05 set, 2019.
- 6.Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(10): 2949-2956. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000019>
- 7.Lentsck MH, Pilger C, Schoereder, EP, Prezotto KH, Mathias TAF. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2015; 17(3) [Internet]. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.34261>.
- 8.Bateman J, Daffner KR, Gale SA, Barrett AM, Boeve BF, Finney GR, et al. Do we practice what we preach regarding clinical cognitive testing? Results from an AAN Behavioral Neurology Section Survey. *Neurology*. 2017; 88(16). Disponível em: https://n.neurology.org/content/88/16_Supplement/S18.003. Acesso em 05 set. 2019.
- 9.Daffner KR, Gale SA, Barrett AM, Boeve BF, Chatterjee A, Coslett HB, et al. Improving clinical cognitive testing: report of the AAN Behavioral Neurology Section Workgroup. *Neurology*. 2015; 85(10): 910-8. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001763>
- 10.Gondim AS, Filho JMC, Cavalcanti AA, Filho JSR, Nogueira CB, Junior AAP, et al. Prevalence of functional cognitive impairment and associated factors in Brazilian community-dwelling older adults. *Dement Neurophychol*. 2017; 11(1): 32-39. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-010006>

11. Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev. de Psiquiatr. Clín.* 2010; 37(1): 32-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100007>
12. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(10): 1834-1840. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>.
13. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(3): 468-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000009>
14. Bartoloni L, Blatt G, Insua I, Furman M, González MA, Hermann B, et al. A population-based study of cognitive impairment in socially vulnerable adults in Argentina. *Dement Neuropsychol.* 2014; 8(4): 339-344. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642014DN84000006>

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Questionário Número:
Entrevistador:

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

Setor Censitário:	Bairro:
Respondente: (1) Idoso (2) Informante	
Nome do idoso:	
Endereço:	
CEP:	
Telefone:	

B) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo	(1) Masculino	(2) Feminino
---------	---------------	--------------

2. Data de nascimento: _____

3. Estado conjugal

(1) Casado ou união estável	(2) Nunca se casou ou morou com companheiro/Solteiro	(3) Viúvo	(4) Separado ou divorciado
--------------------------------	---	-----------	-------------------------------

4. Co-habitantes (1) Mora com alguém (2) Mora sozinho

	Quantidade		Quantidade
--	------------	--	------------

Esposo /companheiro (a)		Irmão (a)	
Filho(a)		Outros parentes	
Pais		Amigo (a)	
Neto (a)			

5. Escolaridade (Anos de estudo)

(1) Nunca estudou /analfabeto (a)	(2) Entre 1 e 4 anos	(3) Entre 5 e 8 anos	(4) Entre 9 e 11 anos	(5) \geq 12 anos
-----------------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	--------------------

6. Situação Previdenciária

(1) Aposentado	(2) Pensionista	(3) Aposentado(a) e pensionista	(4) Não é aposentado(a)	(5) Benefício
----------------	-----------------	---------------------------------	-------------------------	---------------

7. Renda Individual (ISM – R\$937,00)

(1) Menos de 1SM	(2) De 1 a 2 SM	(3) De dois a quatro SM	(4) Mais de 4 SM
------------------	-----------------	-------------------------	------------------

8. Renda Familiar (ISM – R\$937,00)

(1) Menos de 1SM	(2) De 1 a 2 SM	(3) De dois a quatro SM	(4) Mais de 4 SM
------------------	-----------------	-------------------------	------------------

C) CONDIÇÕES DE SAÚDE

9. Saúde auto percebida

(1) Excelente	(2) Muito Boa	(3) Boa	(4) Regular	(5) Ruim
---------------	---------------	---------	-------------	----------

10. Morbidade crônica auto referida

	S	N		S	N
	im	ão		im	ão
Hipertensão	(1)	(2)	Artrite – Osteoartrite	(1)	(2)
Infarto	(1)	(2)	Fraturas	(1)	(2)

Insuficiência cardíaca	1) (	2) (	Diabetes Mellitus	1) (	(2)
Pneumonia	1) (	2) (	Dislipidemia	1) (	(2)
Bronquite	1) (	2) (	Osteoporose	1) (	(2)
Asma	1) (	2) (	Déficit Visual	1) (	(2)
Enfisema	1) (	2) (	Déficit Auditivo	1) (	(2)
Tuberculose	1) (	2) (	AVC	1) (	(2)
AVC	1) (	2) (-----	-	--
Parkinson	1) (	2) (-----	-	--
Alzheimer	1) (	2) (-----	-	--

11. Quantidade de medicamentos: _____

Nomes:

Atendimento de Saúde nos últimos 12 meses

12. Hospitalização (1) Sim (2) Não_ Em caso positivo: especificar serviço e especialidade.

13. Número de consultas médicas _____

14. Prática de Atividade Física (1)Sim (2) Não

Quantidade de vezes por semana _____.

D) FUNCIONALIDADE

15. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

(1) Independente – 27 pontos	(2) Dependente parcialmente – entre 10 e 26 pontos	(3) Dependente totalmente – 9 pontos
---------------------------------	---	---

Atividades Instrumentais de Vida Diária – Lawton

Uso do telefone

Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2)
Não consegue (1)

Ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Fazer compras	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Preparar suas próprias refeições	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Arrumar a casa	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Fazer trabalhos manuais domésticos – pequenos reparos	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Lavar e passar sua roupa	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Tomar remédios na dose e horários corretos	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)
Cuidar das finanças	Sem ajuda (3) Ajuda parcial (2) Não consegue (1)

16. Atividades Básicas da Vida Diária (AVD)

(1) Independente – 6 pontos	(2) Dependente parcialmente – 4 pontos	(3) Dependente totalmente – 2 pontos
--------------------------------	--	--------------------------------------

Atividades Básicas de Vida Diária – Índice de Katz

Atividade	Descrição	i m	ã o
Banhar-se	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
Continência	Controla completamente urina e fezes		
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

17. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF)

(1) Baixo Risco – 0 a 6 pontos	(2) Moderado Risco – 7 a 14 pontos	(3) Alto Risco \geq 15 pontos
--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

IVCF -20	Pontos
----------	--------

IDADE		1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰	
			() 75 a 84 anos ¹	
			() ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é?	() Excelente, muito boa ou boa ⁰	
			() Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIAS	AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		Máximo pontos
		4. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		
		5. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
	AVD Básica	6. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não		
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não		
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não		
MOBILIDADE	Alcance, apreensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não		
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? - Perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6kg nos últimos 6 meses ou 3kg no último mês (); - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22kg/m ² (); - Circunferência da panturrilha a < 31cm ();		

		- Tempo gasto na velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () ()Sim ² ()Não	
	M a r c h a	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ()Sim ² ()Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ()Sim ² ()Não	
	C o n t i n ê n c i a e s f i n c t e r i a n a	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ()Sim ² ()Não	
C O M U N I C A Ç Ã O	V i s ã o	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato ()Sim ² ()Não	
	A u d i ç ã o	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição ()Sim ² ()Não	
C O M O R B I D A D E S M Ú L T I P L A S	P o l i p a t o l o g i a	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? - Cinco ou mais doenças crônicas (); - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); - Internação recente, nos últimos 6 meses (). ()Sim ⁴ ()Não	M á x i m o p o n t o s
	P o l i f a r m á c i a		
	I n t e r n a ç ã o r e c e n t e (6 m e s e s)		
Pontuação final (40 pontos)			

18. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

(1) Sem comprometimento Analfabeto: 21 ou mais 1-4anos: 26 ou mais 5-8 anos: 27 ou mais 9-11 anos: 29 ou mais ≥12 anos: 30 pontos	(2) Comprometimento Leve Analfabeto: 20 pontos 1-4anos: 25 pontos 5-8 anos: 26 ou mais 9-11 anos: 28 ou mais ≥12 anos: 29 pontos	(3) Comprometimento Moderado 10 - 15 pontos	(4) Comprometimento Severo < 10 pontos
--	---	--	---

Orientação Temporal	-	Memória de Evocação	-
Ano	(1) E(0)	Vaso	(1) C

Dia do mês	(1) E(0)	C	Carro	(1) E(0)	C
Mês	(1) E(0)	C	Tijolo	(1) E(0)	C
Dia da semana	(1) E(0)	C	Linguagem	----- -----	-
Hora aproximada	(1) E(0)	C	Relógio	(1) E(0)	C
Orientação Espacial	----- -----	-	Caneta	(1) E(0)	C
Local genérico	(1) E(0)	C	Nem aqui, nem ali, nem lá	(1) E(0)	C
Local específico	(1) E(0)	C	Pegue este papel com a mão direita	(1) E(0)	C
Bairro ou rua	(1) E(0)	C	Dobre ao meio	(1) E(0)	C
Cidade	(1) E(0)	C	Ponha no chão	(1) E(0)	C
Estado	(1) E(0)	C	Feche os olhos	(1) E(0)	C
Memória Imediata	----- -----	-	Frase	(1) E(0)	C
Vaso	(1) E(0)	C	Desenho	(1) E(0)	C
Carro	(1) E(0)	C	Total		
Tijolo	(1) E(0)	C			
Atenção e Cálculo	----- -----	-			
100-7 = 93() - 7 = 86() - 7 = 79() - 7 = 72() = 65() ou O () D () N () U () M ()	(1) (2) (3) (4) (5)	C			

	E
(0)	

19. Apgar de família

(1) Elevada disfunção familiar – 0 a 4

(2) Moderada disfunção familiar – 5 e 6

(3) Boa funcionalidade familiar – 7 a 10

Dimensões Avaliadas	Perguntas a serem realizadas	S	A	unc
		empre	lgumas vezes	a
		2	1	
A= Adaptation (Adaptação)	Estou satisfeito pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
P= Partnersip (Companheirismo)	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.			
G= Growth (Desenvolvimento)	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família aceita e apoia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou decisões.			
A= Affection (Afetividade)	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage as minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
R= Resolve (Capacidade resolutiva)	Estou satisfeito com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos o tempo juntos.			

20. Avaliação de sobrecarga de cuidadores

or principal (1) Sim (2) Não	)Masculino (2)Feminino	
iliar	familiar remunerado	familiar não-remunerado
ção Zarit:		

	un	ar	lg	re	e
	ca	a	u	qu	m
		a	m	en	p
		m	as	te	r
		en	ve	m	e
		te	ze	en	
			s	te	

1. O sr sente que ----- pede mais ajuda do que ele necessita?					
2. O sr sente que por causa do tempo que o sr gasta com ----- não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3. O sr se sente estressado entre cuidar de ----- e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O sr sente envergonhado com o comportamento de -----?					
5. O sr sente irritado quando ----- está por perto?					
6. O sr sente que ----- afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O sr sente receio pelo futuro de -----?					
8. O sr sente que ----- depende do sr?					
9. O sr se sente tenso quando ----- está por perto?					
10. O sr sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com -----?					
11. O sr sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de -----?					
12. O sr sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de -----?					
13. O sr não se sente a vontade para receber visitas em casa por causa de -----?					
14. O sr sente que ----- espera que o sr cuide dele como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?					
15. O sr sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de ----- somando-se às suas outras despesas?					
16. O sr sente que será incapaz de cuidar de ----- por muito mais tempo?					
17. O sr sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de -----?					
18. O sr gostaria simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de -----?					
19. O sr se sente em dúvida sobre o que fazer por -----?					
20. O sr sente que deveria estar fazendo mais por -----?					
21. O sr sente que poderia cuidar melhor de -----?					
22. De uma maneira geral, quanto o sr se sente sobrecarregado por cuidar de -----?					

APÊNDICE B - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

AOS IDOSOS

É com muito respeito que vimos por meio deste solicitar sua participação na pesquisa intitulada: "Vulnerabilidade social e clínico-funcional: uma análise da população de idosos com demência". Trata-se de uma pesquisa da Professora Andrezza Marques Duque, aluna do Doutorado em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Sergipe, sob orientação do Professor Doutor Marco Antônio Prado Nunes. Nosso objetivo geral será avaliar os fatores relacionados à vulnerabilidade social e a vulnerabilidade clínico-funcional em população de idosos com demência, residentes no município de Aracaju/SE. Trata-se de um estudo com coleta de dados dos idosos do município de Aracaju com o objetivo de identificar aqueles que apresentam demência, como também para avaliar as condições de saúde e sociais destes idosos. A sua participação será feita através da resposta do questionário elaborado para esta pesquisa, através de testes e perguntas feitas ao senhor(a).

Serão incluídos 544 indivíduos, a partir dos 60 anos, de ambos os sexos. A coleta será realizada com o uso de questionário contendo questões a serem respondidas pelo idoso, sendo utilizada para avaliação de possível demência a Escala Clínica de Demência (CDR). Para tanto, necessitamos da sua cooperação e aprovação em participar do respectivo estudo. Adiantamos que, em nenhum momento, haverá qualquer identificação dos participantes, serão guardadas e resguardadas as informações obtidas, não sendo revelada, sob qualquer pretexto, a

identificação dos participantes. Os dados obtidos serão confidenciais e serão utilizados apenas para fins científicos. Os gastos para a realização do presente estudo serão custeados totalmente pela pesquisadora responsável, não sendo previsível qualquer forma de ressarcimento.

Descrição dos riscos: O risco desta pesquisa é mínimo e decorre do desconforto e/ou constrangimento em participar de entrevista para fornecer informações sobre a vida pessoal e saúde o que poderá causar cansaço e insegurança em algumas avaliações. Para contornar, garantimos que os testes serão interrompidos, que garantimos o direito a não responder perguntas que julgar desconfortável e que seu nome na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será substituído por um número quando formos analisar as respostas.

Descrição dos benefícios: O benefício indireto se refere à ampliação dos conhecimentos na área do envelhecimento humano para diminuir a exposição dos idosos aos fatores que prejudicam seu desempenho mental e físico. O benefício direto será a devolução dos achados da pesquisa para que os parentes ou participantes adquiram o conhecimento sobre a prevenção.

Agradecemos a sua atenção, importantíssima para cumprirmos de forma correta os objetivos de nosso trabalho, ao mesmo tempo em que nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Após a leitura conjunta, com o pesquisador, do presente termo de consentimento livre e esclarecido, ciente e consciente de seu teor e suas consequências, inclusive que não receberá nenhum benefício financeiro por sua participação e que poderá retirar esta declaração de concordância em participar do presente estudo, em qualquer época, aceito o convite para participar da pesquisa "Vulnerabilidade social e clínico-funcional: uma análise da população de idosos com demência" de livre e espontânea vontade. Entendi os objetivos e todos os procedimentos da pesquisa descritos acima e concordo em participar. Sei também do meu direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com os pesquisadores e a outra com o(a) senhor(a).



Aracaju, ____ de _____ de 20____.

Impressão digital

Assinatura do participante

Andrezza Marques Duque
Pesquisadora

Prof. Dr. Marco Antônio
Prado Nunes
Orientador

Pesquisadora Responsável: Andrezza Marques Duque – (79) 98160132. Departamento de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Sergipe. Campus Universitário Antônio Garcia Filho, Lagarto/SE.

Comitê de Ética em Pesquisa: Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe (CEP-HU-UFS)

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE SOCIAL E CLÍNICO-FUNCIONAL DA POPULAÇÃO DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

Pesquisador: Andrezza Marques Duque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59628516.0.0000.5546

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Ciências Aplicadas a Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.967.315

Apresentação do Projeto:

O Projeto se destina ao doutorado em Ciências da Saúde e pretende estudar o envelhecimento humano com enfoque à presença de demência, vulnerabilidade clínica e social.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os fatores relacionados à vulnerabilidade social e a vulnerabilidade clínico-funcional em população de idosos com demência, residentes no município de Aracaju/SE.

Objetivo Secundário:

1. Elaborar o Índice de Vulnerabilidade Social aplicado a Saúde para o estado de Sergipe; 2. Identificar as áreas de vulnerabilidade social do município de Aracaju/SE;
3. Caracterizar a população estudada conforme as variáveis de investigação (vulnerabilidade clínico-funcional, sociodemográficas e de avaliação da saúde);
4. Estimar a prevalência de demência entre os idosos do município de Aracaju/SE;
5. Investigar a relação entre demência e vulnerabilidade (social e clínico-funcional) em idosos residentes no município de Aracaju;
6. Correlacionar o nível de vulnerabilidade (social e clínico-funcional) com o grau de demência (leve, moderada e grave) e comparar com o grupo controle;
7. Distribuir especialmente, pela base cartográfica municipal, as áreas de vulnerabilidade social,

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Santíssimo

Cep: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1505

E-mail: cephu@ufs.br

Continuação do Parecer: 1.907.315

decomência dos riscos de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos com e sem demência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco desta pesquisa é mínimo e decorre do desconforto e ou constrangimento em participar de entrevista para fornecer informações sobre vida pessoal e saúde o que poderá causar cansaço e insegurança em algumas avaliações, para contornar garantimos que os testes serão interrompidos, que garantimos o direito a não responder perguntas que julgar desconfortável e que seu nome na assinatura do TCLE será substituído por um número quando formos analisar as respostas. O benefício indireto se refere à ampliação dos conhecimentos na área do envelhecimento humano para diminuir a exposição dos idosos aos fatores que prejudicam seu desempenho mental e físico. O benefício direto será a devolução dos achados da pesquisa para que os parentes ou participantes adquiram o conhecimento sobre a prevenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa relevante que contará com três etapas: desenvolvimento do Índice de Vulnerabilidade Social aplicado à Saúde para o estado de Sergipe; caso-controle com idosos residentes no município de Aracaju, por meio de entrevista estruturada e instrumentos específicos de avaliação; e a terceira, um estudo ecológico com desenho de múltiplos grupos, para identificar os padrões espaciais das vulnerabilidades e prevalência de demência e a relação entre essas variáveis e a taxa do desfecho considerando os diferentes grupos. Serão estudados 544 idosos em dois grupos com e sem demência, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em Aracaju-SE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_773405.pdf	26/02/2017 22:36:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_773405.pdf	26/02/2017 22:30:09		Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº
Bairro: Senatário Cep: 49.060-110
UF: SE Município: ARACAJU E-mail: cephu@ufs.br
Telefone: (79)2105-1805

**UFS - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE ARACAJÚ
DA UNIVERSIDADE FEDERAL**



Continuação do Parecer: 1.987.315

Outros	Recomendacao_parecerista.docx	26/02/2017 22:19:35	Andreza Marques Dugue	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_CEP_idoso.docx	26/02/2017 22:15:19	Andreza Marques Dugue	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido_CEP_representante.docx	26/02/2017 22:15:00	Andreza Marques Dugue	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAndrezaComiteDeEtica.docx	10/09/2016 10:00:41	Andreza Marques Dugue	Aceito
Folha de Rosto	FRassinada.pdf	10/09/2016 09:55:53	Andreza Marques Dugue	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 16 de Março de 2017

**Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)**

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sertãozinho

Cep: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)2105-1805

E-mail: cephu@ufs.br

