

Fatores de risco para comprometimento cognitivo leve em pessoas idosas de uma comunidade.

Danyelle Sabatini da Cunha

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Paulo de Tarso Messias Sales Junior

Acadêmico de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Talita Candido Bueno

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Thais Frullani Fernandes Loureiro

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

Ana Maria Domingos

Doutora em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), anamaria_domingos@yahoo.com.br.

Resumo

O Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), se situa entre as alterações normais do envelhecimento e o início da demência. A prevalência mundial varia de 3% a 17% e a taxa de incidência anual, entre 9,9% e 21,5%. Cabe ao enfermeiro da atenção primária à saúde identificar os idosos que evoluirão para demência, pois o rastreamento dos fatores de risco possibilita uma avaliação diagnóstica mais prematura. Objetivo: identificar os fatores de risco para o CCL em idosos de uma comunidade. Metodologia: Estudo piloto de pesquisa com tipologia quase experimental com 52 idosos da Vila Residencial, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Esses assinaram o TCLE em acordo com a Resolução nº 466/12. Aplicou-se um questionário contendo, questões sociodemográficas, morbidades referidas, autopercepção da saúde, relações familiares e sociais, estilo de vida, testes rápidos de avaliação cognição/memória e humor/depressão, e avaliação funcional. Utilizou-se a análise descritiva. Resultados: Amostra de 52 idosos, idades entre 61 e 91 anos, 71% do sexo feminino. Participantes funcionalmente independentes; 39% dos homens relataram boa saúde, e 67% das mulheres saúde regular. Entre as mulheres prevaleceram os seguintes scores: 38% ensino fundamental completo, 44% com 100% de acertos no teste rápido de cognição/memória, 44% referiram a memória como regular e 62% sedentarismo. A população masculina apresentou scores maiores em relação ao uso/abuso de álcool 56%, 72% referiram sua memória como boa e 61% não participam de grupos sociais. Conclusão: Constatou-se significativa exposição aos fatores de risco do CCL na população estudada. Os resultados implicam no desenvolvimento de cuidados de monitoramento e prevenção, com vistas ao envelhecimento saudável e ativo dessa população.

DESCRITORES: Cognição; Fatores de risco; Enfermagem Geriátrica.

Risk factors for mild cognitive impairment in elderly people in a community.

Abstract

The Mild Cognitive Impairment (MCI), is among the typical changes of aging and the onset of dementia. The global prevalence varies from 3% to 17% and the annual incidence, between 9.9% and 21.5%. It is up to the nurse of primary health care to identify the elderly who will progress to dementia, because the screening of risk factors allows a diagnostic evaluation more premature. Objective: To identify the risk factors for the CCL in elderly patients at a community. Methodology: a pilot study of research with typology almost experimental with 52 elderly people in the residential town, University Federal of Rio de Janeiro. These signed the informed consent form in accordance with Resolution No. 466/12. We applied a questionnaire containing demographic issues, reported morbidities, self-perception of health, family and social relationships, life style, rapid tests for assessing cognition/memory and mood/depression, and functional evaluation. We used the descriptive analysis. Results: sample of 52 elderly, aged between 61 and 91 years, 71% female. Participants functionally independent; 39% of men reported good health, and 67% of women regular health. Among women the following scores: 38% complete basic education, 44% to 100% success rate in the quick test of cognition/memory, 44% reported the memory as regular and 62% sedentary lifestyle. Conclusion: There is significant exposure to risk factors of the CCL in the studied population. The results imply the development of care monitoring and prevention, with views to healthy aging and active population.

Keywords: Cognition; Risk Factors; Geriatric Nursing.

Introdução

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2013) o número de idosos continua crescendo e já são mais de 26,1 milhões no país, sendo o contingente feminino o que mais cresce (51,4%). A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê para 2025 que o país seja o sexto em número de idosos, e em 2030 o percentil de pessoas de 60 anos ou mais seja equiparada a de crianças e jovens.¹

No âmbito da saúde, o envelhecimento populacional traz novas exigências, por exemplo, a mudança do paradigma de saúde, que deixa de ser pautado na ausência de doença, e se explica mais pelo padrão de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença.²

O envelhecimento populacional, também, trouxe consigo uma mudança no perfil epidemiológico, houve a diminuição da proporção de óbitos por doenças infectocontagiosas e o aumento de óbitos por doenças crônicas-degenerativas não transmissíveis. Atualmente essas representam 72% das mortes,¹ e dentre elas as demências que são doenças progressivas que afetam o pensamento, a memória, a forma de agir e a habilidade de lidar com o dia-a-dia.²

No entanto, o envelhecimento é um processo não patológico natural lento, em que ocorrem mudanças relacionadas à idade como a diminuição da reserva funcional conceituado como senescência e que não precisa necessariamente ser correlacionado à senilidade.

À senescência está associada as alterações do sistema fisiológico, entre elas as cerebrais como a morte de neurônios, atrofia cerebral com dilatação de sulcos e ventrículos, diminuição da concentração de neurotransmissores, como a serotonina e a acetilcolina, degeneração granulovacuolar, placas neuríticas, levando ao envelhecimento cognitivo.³ Este é observado pelo esquecimento de fatos recentes, dificuldades de cálculo e alterações no padrão de atenção, pois a cognição engloba memória, função executiva, linguagem, praxia, gnosia e função visoespacial.

No campo das alterações da memória, o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), se situa entre as alterações cognitivas consideradas normais do envelhecimento e um estágio inicial de demência. Estima-se que a prevalência de CCL na população mundial esteja entre 3% e 17% e a taxa de incidência por ano, entre 9,9% e 21,5%.⁴

Nesses últimos anos, o comprometimento cognitivo leve tem sido um assunto muito presente e amplamente discutido na literatura, quando se trata de questões sobre o envelhecimento. Clemente (2008) afirma que *“esta condição se refere a idosos que têm algum grau de perda cognitiva quando comparados a pessoas normais da mesma faixa etária, mas que não preenchem critérios para demência.”* Os fatores de risco para o CCL são: acidente vascular encefálico; infecções; trauma craniano; encefalopatia metabólica; perda momentânea da memória; alcoolismo; sedentarismo; hipotireoidismo; câncer e uso de medicamentos.

O CCL é dividido em subtipos: amnésico de único domínio, amnésico múltiplos domínios, não amnésico de múltiplos domínios e o não amnésico de um único domínio.⁵ O diagnóstico da CCL só é possível através de uma anamnese detalhada, que inclua as pessoas próximas do idoso, observando o início e o progresso dos sintomas cognitivos.

Estudos mostram que idosos com maior escolaridade, convívio social, histórico de saúde positivo, engajamento social, estilo de vida positivo, melhor saúde autopercebida, com menos queixas subjetivas de memória, melhor saúde mental e com menos sintomas depressivos apresentam menor declínio cognitivo. Este é um dos agravos que mais comprometem a qualidade de vida, pois interfere na autonomia e na independência do idoso e pode evoluir para a Doença de Alzheimer. Assim, o uso de instrumentos para a avaliação cognitiva é essencial para busca ativa e permite que as intervenções sejam rápidas.

A porta de entrada da população idosa ao sistema de saúde definida pelo Pacto pela Vida que tem como diretrizes: o envelhecimento saudável, atenção integral e integrada, implementação de serviços de atenção domiciliar tendo a caderneta de saúde da pessoa idosa para acompanhamento dos profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso acarreta na necessidade de profissionais capacitados para o acolhimento, atendimento, promoção do envelhecimento ativo, detecção precoce de agravos, observando-se os aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais, portanto o cuidado é integral e interdisciplinar.

O desafio para os profissionais no nível primário de atenção à saúde, e entre eles do enfermeiro, é identificar os idosos que evoluirão para o processo demencial, pois os menores declínios cognitivos podem levar a grandes impactos pela limitação de suas atividades funcionais.

O rastreamento dos fatores de risco possibilita uma avaliação diagnóstica mais prematura e precisa, com a aplicação de testes neuropsicológicos, a intervenção especializada precoce, além do monitoramento, e, também, a instrumentalização da família. Assim, prevenindo a diminuição da qualidade de vida e o aumento dos custos com a saúde como o maior número de consultas, medicamento para doenças crônicas e de internações recorrentes e duradoras.

Por tudo isso essa pesquisa que teve como objetivo identificar fatores de risco para o CCL em idosos de uma comunidade.

Fatores de riscos associados

Evidências científicas mostram os diversos fatores de risco para o comprometimento cognitivo leve (CCL) em idosos, porém dentre eles, existem os que devem ser destacados. Começando pela idade avançada onde se pode observar que o CCL se faz mais presente em idosos com idade igual ou superior a 90 anos. No caso do sexo, há uma maior incidência em mulheres do que em homens, tendo em vista que elas apresentam mais comorbidades - que também é um fator de risco importante que será destacado –, como por exemplo, diabetes,

deficiência visual e uso de medicamentos anti-hipertensivos. Além das comorbidades citadas, também entram nesse grupo o tabagismo, o acidente vascular cerebral, a deficiência auditiva e história de infarto do miocárdio, sendo os mais frequentes: hipertensão arterial, diabetes e acidente vascular cerebral.^{18,19,20}

A hipertensão arterial sistêmica envolve mais que números elevados da pressão, pois inclui as alterações estruturais das artérias, miocárdio, disfunções endoteliais e constrictões, e remodelamento da musculatura lisa vascular. É um fator de risco importante para as doenças cerebrovasculares como o acidente vascular encefálico que leva ao declínio da função cognitiva, bem como à insuficiência cardíaca e as doenças vasculares periféricas. Esta pode levar ao prejuízo cognitivo e até à demência, pois contribui para o aparecimento de lesões cerebrais macroscópicas, que podem ou não ser concomitantes às patologias microscópicas.¹⁴

Idosos com histórico de acidente vascular encefálico (AVE) têm maiores chances de apresentar CCL por causar lesões cerebrais não progressivas, porém prejudiciais; isso faz com que o histórico de AVE seja um fator de risco importante e não deve ser ignorado. A baixa escolaridade também tem sido relatada como um fator de risco para o CCL, uma vez que estudos indicam maior número de idosos com CCL e que são analfabetos ou que tiveram poucos anos de estudos. Outros dois fatores de risco importantes e que estão relacionados são a incapacidade funcional e o declínio do contato social; a incapacidade funcional se divide em dois tipos: as atividades básicas e instrumentais. A perda destas capacidades gera a dependência de terceiros, e essa dependência contribui para o afastamento do entorno social, ou seja, há um declínio do contato social e conseqüentemente o isolamento e a depressão.^{18,19,20}

A autopercepção da saúde é um indicador do bem-estar e qualidade de vida, e demonstra a percepção do indivíduo, sobre sua dimensão biológica, psicossocial e social. Hoje é um dos indicadores mais utilizados nos trabalhos científicos por estar intimamente ligado ao estado real e objetivo de saúde das pessoas e ser um indicador recomendado pela OMS.

A percepção negativa da saúde influi em aumento da probabilidade de comprometimento cognitivo, aumento das doenças crônicas e, também, da mortalidade. Isso porque o modo como o indivíduo percebe seu próprio estado de saúde influencia seu comportamento, suas escolhas, seu sistema imunológico, seus mediadores inflamatórios, e seu sistema imunológico.^{15,16,17}

As intervenções de enfermagem

O idoso com CCL necessita ser cuidado como um ser holístico, afinal seu processo de saúde-doença é influenciado por uma série de fatores, tais como: acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, o diabetes, alcoolismo, tabagismo e o não comprometimento com atividades físicas e mentais, porém estes eventos são potencialmente modificáveis. Os fatores biopsicossociais, econômicos e culturais são determinantes para a qualidade de vida do idoso, mas a melhora do seu quadro depende do comportamento individual.

O enfermeiro pode contribuir orientando e prescrevendo mudanças no estilo de vida deste usuário tais como: indicação para grupos (antitabagismo, hipertensão arterial, diabetes, psicossociais), orientações para modificações alimentares para atender as necessidades individuais, encaminhar para a avaliação para a possibilidade de práticas de atividades físicas, traçar estratégias para estímulo da memória diária (associar algum afazer com os horários dos remédios, identificar nas caixas o período e horário do medicamento, estimular que o usuário exercite sua memória podendo ser identificadas tais estratégias com uma escuta ativa), sempre que possível executar o atendimento com a equipe multidisciplinar para que o plano terapêutico seja o mais holístico possível, entre outras contribuições. Podemos ressaltar que a promoção da saúde e qualidade de vida é fundamental o envolvimento e a participação do usuário nas modificações de hábitos e na adesão do tratamento.⁶

A formação de recursos humanos em saúde no atendimento à pessoa idosa é de suma importância, principalmente porque a linha tênue entre a distinção da senescência (envelhecimento normal) e a senilidade com comprometimento cognitivo leve (envelhecimento patológico) representa alta relevância devido ao envelhecimento populacional e as mudanças/consequências desse fenômeno.⁶

Metodologia

Estudo piloto de uma pesquisa com tipologia quase experimental com idosos da Vila Residencial, comunidade situada no *campus* da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde já existe um trabalho de extensão com os idosos.

A amostra foi por conveniência sendo os participantes recrutados durante uma campanha de vacinação antiinfluenza no Posto de Vacinação (PV) localizado na Associação de Moradores Amigos da Vila (AMAVILA).

Os critérios de inclusão foram: idade 60 anos ou mais, capacidade de verbalização e o aceite ao convite para participar da pesquisa. Todos assinaram o TCLE que informava sobre os riscos e os benefícios da pesquisa, em acordo com a Resolução nº 466/12, ao final a amostra foi constituída por 52 idosos.

Utilizou-se um formulário padronizado para obtenção dos dados sociodemográficos e o levantamento dos seguintes fatores de risco: morbidades referidas, autopercepção da saúde, relações familiares e sociais, estilo de vida, testes rápidos de avaliação cognição/memória e humor/depressão, e avaliação funcional²

Para a análise dos dados recorreu-se a estatística descritiva.

Resultados

De acordo com a Tabela 1, o sexo feminino prevaleceu entre os participantes (65%), sendo que 41% autodeclararam a cor parda e 26% a cor branca, 35% casadas e 35% viúvas. Já entre os homens entrevistados (35%), 44% se autodeclararam de cor branca e 33% a cor parda, 61% eram casados.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo idade, cor e estado civil, de acordo com o sexo. Vila Residencial; Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis	Feminino		Masculino		
	N	%	n	%	
<i>Idade</i>	60 - 65	7	20,59%	6	33,33%
	66 - 70	8	23,53%	5	27,78%
	71 - 75	6	0,69%	2	11,11%
	76 - 80	8	23,53%	3	16,67%
	81 - 85	3	0,69%	2	11,11%
	86 - 90	1	2,94%		
	91-95	1	2,94%		
<i>Cor</i>	Branca	9	26,47%	8	44,44%
	Parda	14	41,18%	6	33,33%
	Preta	8	23,53%	4	22,22%
	Amarela	2	5,88%		
	Indígena	1	2,94%		
<i>Estado civil</i>	Casado	12	35,29%	11	61,11%
	Solteiro	5	14,71%	1	5,56%
	Viúvo	15	35,29%	4	22,22%
	Separado/divorciado	2	5,88%	2	11,11%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Na Tabela 2 observa-se que das mulheres 82% sem ocupação empregatícia, 56% de religião católica e 38% com o ensino fundamental completo e 32% ensino fundamental incompleta. Os homens 55% possuíam ocupação empregatícia, 72% de religião católica e 28% com o ensino médio completo.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo ocupação, renda pessoal, religião e escolaridade, de acordo com o sexo. Vila Residencial; Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis		Feminino		Masculino	
		n	%	n	%
<i>Possui ocupação</i>	Sim	6	17,65%	10	55,56%
	Não	28	82,35%	8	44,44%
<i>Renda pessoal</i>	Até 1 sm	9	26,47%	1	5,56%
	1 sm - 2 sm	8	23,53%	4	22,22%
	2 sm - 3sm	6	17,65%	6	33,33%
	3 sm - 5 sm	4	11,76%	2	11,11%
	Mais de 5sm	2	5,88%	5	27,78%
	Não respondeu	5	14,71%		
<i>Religião</i>	Católica	19	55,88%	13	72,22%
	Evangélica	14	41,18%	3	16,67%
	Espírita	1	2,94%		
	Não tem		0,00%	2	11,11%
<i>Escolaridade</i>	Sem Instrução	4	11,76%		
	Fundamental Incompleto	11	32,35%	4	22,22%
	Fundamental Completo	13	38,24%	4	22,22%
	Médio Incompleto	1	2,94%	3	16,67%
	Médio Completo	4	11,76%	5	27,78%
	Superior Incompleto		0,00%		
	Superior Completo	1	2,94%	2	11,11%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Quanto aos hábitos de vida dos entrevistados, observados na Tabela 3, ambos os sexos apresentaram resultados positivos ao mostrar que 87% (94% mulheres e 72% homens) não são tabagistas, 71% (85% mulheres e 44% homens) não fazem consumo de bebida alcoólica e 73% (74% mulheres e 72% homens) relataram alguma atividade de lazer.

No entanto, foi observado que 52% dos entrevistados não realizam exercícios físicos, hábito que comprovadamente poderia ajudar na manutenção da boa qualidade de vida e melhor saúde cardiovascular dos idosos, e evitando assim casos de sedentarismo e doença cardiovasculares que podem levar a um decréscimo cognitivo.⁷

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo tabagista, bebida alcoólica, exercício físico e atividade de lazer, de acordo com o sexo. Vila Residencial; Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis		Feminino		Masculino	
		N	%	n	%
<i>Tabagista</i>	Não	32	94,12%	13	72,22%
	Sim	2	5,88%	5	27,78%
<i>Bebida alcoólica</i>	Não	29	85,29%	8	44,44%
	Sim	5	14,71%	10	55,56%
<i>Exercício físico</i>	Sim	13	38,24%	12	66,67%
	Não	21	61,76%	6	33,33%
<i>Atividade de lazer</i>	Sim	25	73,53%	13	72,22%
	Não	9	26,47%	5	27,78%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nas autopercepções de saúde e memória, Tabela 4, dos idosos entrevistados foi possível perceber a tendência para uma visão mais negativa por parte das mulheres e mais positivas dos homens. Houve diferença significativa nas percepções entre homens e mulheres, 68% das mulheres definiram sua saúde como regular enquanto 39% dos homens definiram sua saúde como boa.⁸

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo autorpercepção da saúde e memória de acordo com o sexo. Vila Residencial; Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis		Feminino		Masculino	
		N	%	n	%
<i>Saúde</i>	Ótima	3	8,82%	4	22,22%
	Boa	7	20,59%	7	38,89%
	Regular	23	67,65%	6	33,33%
	Ruim	1	2,94%	1	5,56%
<i>Memória</i>	Ótima	3	8,82%	1	5,56%
	Boa	14	41,18%	13	72,22%
	Regular	15	44,12%	4	22,22%
	Ruim	2	5,88%		

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Nos testes de cognição/memória e humor/depressão, incluídos na Tabela 5, as mulheres apresentaram melhor desempenho: 44% acertaram 2 palavras do teste de cognição/memória, enquanto 39% dos homens acertaram 1 palavra. Quanto aos sinais de depressão 30% responderam não se sentir desanimado.

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo testes e relações familiares e sociais, de acordo com o sexo. Vila Residencial; Rio de Janeiro, 2015.

Variáveis	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Testes					
<i>Cognição/memória</i>	0	1	2,94%	1	5,56%
	1	5	14,71%	7	38,89%
	2	13	38,24%	5	27,78%
	3	15	44,12%	5	27,78%
	Não realizou				
<i>Humor/depressão (sente-se desanimado)</i>	Sim	9	26,47%	7	38,89%
	Não	25	73,53%	11	61,11%
Relações familiares e sociais					
<i>Mora Sozinho</i>	Sim	7	20,59%	4	22,22%
	Não	27	79,41%	14	77,78%
<i>Familiares Conectáveis</i>	Sim	34	100%	14	77,78%
	Não			2	11,11%
	Sem resposta			2	11,11%
<i>Apoio familiar</i>	Sim	31	91,18%	16	88,89%
	Não	3	8,82%		0,00%
	Sem resposta			2	11,11%
<i>Sente solidão</i>	Sim	13	38,24%	4	22,22%
	Não	21	61,76%	14	77,78%
<i>Participa de grupos sociais</i>	Sim	18	52,94%	7	38,89%
	Não	16	47,06%	11	61,11%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Todos os idosos entrevistados relataram ter algum tipo de relação social ou familiar, é possível que esta rede de apoio seja um fator benéfico ao idoso, principalmente no âmbito emocional, uma vez que, tem sido notado que adultos e idosos tendem a apresentar maior satisfação com a vida quando recebem mais suporte afetivo, e que podem contar com outras pessoas para suporte instrumental. A ajuda recebida e a ajuda dada contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico.^{9,10}

Conclusões

Os fatores de risco, idade avançada, baixa escolaridade, hipertensão, a autopercepção da saúde e da memória como regular foram prevalentes nas mulheres. Com relação aos homens foram identificados o sedentarismo, o uso/abuso do álcool e o baixo percentual de acertos no teste rápido de cognição /memória. A autoavaliação da saúde é um indicativo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pois é um dado subjetivo que inclui os aspectos físicos, cognitivos e emocionais. As variáveis socioeconômicas, demográficas, gênero, escolaridade entre outras, modulam essa autoavaliação.¹¹ Observou-se que as mulheres, de baixa renda e de menor grau de instrução, que correspondem respectivamente a 72%, 26% e 39% da população estudada revelaram a percepção mais negativa de sua saúde, e isso condiz com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde.¹² A percepção negativa da saúde influi em aumento da probabilidade de comprometimento cognitivo, aumento das doenças crônicas e, também, da mortalidade. No entanto, as mulheres participavam mais de grupos sociais e religiosos, o que assegura as relações sociais e esses laços sociais influenciam no estado de saúde, assim dispor de uma rede de suporte social, beneficia a saúde e o bem-estar.¹³

Concluiu-se que foi significativa a exposição aos fatores de risco do CCL na população estudada, particularmente entre as mulheres. Tendo em vista os resultados, a Enfermagem deve incorporar à sua prática junto a população idosa da comunidade, ações de promoção, prevenção, controle dos fatores de risco para o CCL e utilizar ferramentas de identificação precoce.

Referências

1. Malta DC, Moura L De, Prado RR Do, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2014;23(4):599–608. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Martin Prince A, Albanese E, Guerchet M, Prina M, Richard Pender C, Ferri C, et al. World Alzheimer Report 2014 Dementia and Risk Reduction an Analysis of Protective and Modifiable Factors Supported. 2014;102.
3. Pinto D, Luciana. Estudos de complexos de cobre(II) com aminoácidos de interesse para a química do cérebro[monografia].Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica PUC; 2010.

4. Costa Ana Rita Dias SC. Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Déficit Cognitivo Ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2013;14–20. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602013000100003&lng=pt.
5. Simon SS, Ribeiro MPDO. Comprometimento cognitivo leve e reabilitação neuropsicológica: uma revisão bibliográfica Mild cognitive impairment and neuropsychological rehabilitation: a systematic review. *Psicol Rev.* 2011;20:93–122.
- 6 Talarico, Juliana Nery de Souza. Estresse, concentrações de cortisol e estratégias de coping no desempenho da memória de idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2009 [Accessed 2015-09-17]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-20052009-143507/>.
7. Diniz, MA; Tavares, DMS. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. *Texto contexto - enferm.* vol.22 no.4 Florianópolis Oct./Dec. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de set 2015.
8. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333–41.
9. Resende, MC; Bones, VM ; Souza, IS; Guimarães, NK. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicol. Am. Lat.* n.5 México fev. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2006000100015&script=sci_arttext&lng=es Acesso em 20 de set de 2015.
10. Ramos, MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf> Acesso em 20 de set 2015.
11. Dos Santos Ferreira PC, Dos Santos Tavares DM, Rodrigues R a P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *ACTA Paul Enferm.* 2011;24(1):29–35.
12. Brasil. Ibge. Pesquisa Nacional de Saúde - 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. 2014. 181 p.
13. Jesus IS De, Sena ELDS, Meira EC, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(2):285–92.
14. Sashida VT, Fontes SV, Driusso P. Relação entre hipertensão arterial e cognição. 2008;152–6.
15. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2005;17(5-6):333–41.
16. Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo Self-rated health: a study in an elderly low income population of São Paulo. *Med Prev.* 2007;86(1):28–38.
17. Original A. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. 2014;35(4):35–41.

18. Ribeiro-filho ST. Comprometimento Cognitivo Leve: Aspectos Conceituais, Abordagem Clínica e Diagnóstica. :68–77.
19. Renata T, Brito P De, Cristina S, Pavarini I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com. 2012;20(4).
20. Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: Importance of evaluating activities of daily living. Arq Neuropsiquiatr. 2005;63(2):207–12.
21. Costa Ana Rita Dias SC. Efetividade de um Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos com Déficit Cognitivo Ligeiro. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [Internet]. 2013;14–20. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16471602013000100003&lng=pt.
22. Vance DE, Kaur J, Fazeli PL, Talley MH, Yuen HK, Kitchin B, et al. Neuroplasticity and Successful Cognitive Aging: A Brief Overview for Nursing. J Neurosci Nurs [Internet]. 2012;44(4). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828033/> \n<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828033/pdf/nihms-510990.pdf>