

Thiago Teixeira Pereira  
Luis Henrique Almeida Castro  
Silvia Aparecida Oesterreich  
(Organizadores)



# Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 2

Thiago Teixeira Pereira  
Luis Henrique Almeida Castro  
Silvia Aparecida Oesterreich  
(Organizadores)



# Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa 2

**Atena**  
Editora  
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação:** Natália Sandrini

**Edição de Arte:** Lorena Prestes

**Revisão:** Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
 Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá  
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
 Prof<sup>a</sup> Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
 (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da saúde campo promissor em pesquisa 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Thiago Teixeira Pereira, Luis Henrique Almeida Castro, Silvia Aparecida Oesterreich. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2020.

Formato: PDF  
 Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader  
 Modo de acesso: World Wide Web  
 Inclui bibliografia  
 ISBN 978-85-7247-973-8  
 DOI 10.22533/at.ed.738203101

1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Pereira, Thiago Teixeira. II. Castro, Luis Henrique Almeida. III. Oesterreich, Silvia Aparecida.

CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

Atena Editora  
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A obra “Ciências da Saúde: Campo Promissor em Pesquisa” apresenta um panorama dos recentes estudos tecnocientíficos realizados na área da saúde por profissionais, acadêmicos e professores no Brasil. Seu conteúdo, disponibilizado neste e-book, aborda temas contemporâneos e multitemáticos apresentando um compêndio conceitual no intuito de embasar futuras pesquisas. Trata-se de um compilado de cento e cinco artigos de variadas metodologias: revisões de literatura, estudos primários, estudos-piloto, estudos populacionais e epidemiológicos, ensaios clínicos, relatos de experiência, dentre várias outras.

De modo a orientar e guiar a leitura do texto, a obra está dividida em quatro volumes: o primeiro destaca questões relacionadas à profilaxia de forma geral, apresentando possíveis tratamentos de cunho farmacológico e não farmacológico; o segundo abarca estudos focados nas afecções patológicas humanas abordando suas origens, incidências, ocorrências, causas e inferências ao indivíduo e à coletividade; o terceiro tem seu cerne nas políticas públicas, ações educacionais e ações comunitárias, buscando teorizar possíveis ações necessárias para a melhora do bem-estar e da qualidade de vida das populações; e, por fim, o quarto volume engloba trabalhos e produções no eixo temático da inter e da multidisciplinaridade discorrendo sobre como esta conjuntura pode impactar a prática clínica e da pesquisa no âmbito das ciências da saúde.

Apesar de diversos em sua abordagem, o conteúdo deste livro retrata de forma fidedigna o recente cenário científico editorial: dentre os países que compõem a Comunidade de Países de Língua de Portuguesa, o Brasil liderou em 2018, a exemplo, o ranking de maior número de produções indexadas nas bases de dados Scopus, Web of Science e MEDLINE. Tal, além de colocar a ciência brasileira em posição de destaque, vem reforçar ainda mais a área da saúde como um campo promissor em pesquisa. Desta forma, enquanto organizadores, esperamos que esta obra possa contribuir no direcionamento da investigação acadêmica de modo a inspirar a realização de novos estudos fornecendo bases teóricas compatíveis com a relevância da comunidade brasileira para a ciência na área da saúde.

Thiago Teixeira Pereira  
Luis Henrique Almeida Castro  
Silvia Aparecida Oesterreich

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1</b> .....   | <b>1</b>  |
| ADOCIMENTO PSICOSSOCIAL EM PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS, UMA BREVE REVISÃO  |           |
| César Augusto da Silva<br>Dannyel Macedo Ribeiro<br>Arsênio Pereira de Oliveira Neto<br>João Paulo Lima Duarte<br>Virgínia Oliveira Alves Passos  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.7382031011</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 2</b> .....   | <b>12</b> |
| ANGIOSSARCOMA COM APRESENTAÇÃO EXUBERANTE: RELATO DE CASO   |           |
| Amanda Brilhante Pontes<br>Juliana Lacerda Santos Reis<br>Daniel Lago Obadia<br>Leninha Valério do Nascimento   |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.7382031012</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 3</b> .....   | <b>18</b> |
| ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA: REVISÃO INTEGRATIVA  |           |
| Daniela de Aquino Freire<br>Dayane de Souza Lima<br>Viviane de Souza Brandão Lima<br>Cibelly de souza Brandão<br>Juliana da Rocha Cabral<br>Kydja Milene Souza Torres<br>Fátima Maria da Silva Abrão        |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.7382031013</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 4</b> .....   | <b>31</b> |
| CIRURGIA BARIÁTRICA E DENSIDADE MINERAL ÓSSEA: UMA REVISÃO DE LITERATURA  |           |
| Aline Calcing<br>Cristina Machado Bragança de Moraes  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.7382031014</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 5</b> .....   | <b>40</b> |
| DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS E SUAS INTER-RELAÇÕES COM VARIÁVEIS CLIMÁTICAS, VIA ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS, EM NATAL-RN   |           |
| Julio Cesar Barreto da Silva<br>Carlos José Saldanha Machado  |           |
| <b>DOI 10.22533/at.ed.7382031015</b>  |           |
| <b>CAPÍTULO 6</b> .....   | <b>51</b> |
| DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS: RASTREIO A PARTIR DO IDOSO E DE SEU INFORMANTE  |           |
| Gardênia Conceição Santos de Souza<br>Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos<br>Maria Lúcia Gurgel da Costa<br>Ana Paula de Oliveira Marques<br>Liniker Scolfild Rodrigues da Silva<br>Maria de Fátima Barbosa |           |

**CAPÍTULO 7 ..... 65**

ENFRENTAMENTO DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Thaís da Silva Oliveira  
Karyne Suênya Gonçalves Serra Leite  
Daniela de Aquino Freire  
Nauã Rodrigues de Souza  
Fátima Maria da Silva Abrão

**DOI 10.22533/at.ed.7382031017**

**CAPÍTULO 8 ..... 76**

ESTUDO DO DIMORFISMO SEXUAL E ESTIMATIVA DA IDADE POR MEIO DE MENSURAÇÕES EM TÁLUS SECOS DE ADULTOS

Amanda Santos Meneses Barreto  
Erasmus de Almeida Júnior  
Gabrielle Souza Silveira Teles  
Luís Carlos Cavalcante Galvão  
Rinaldo Alves da Silva Rolim Júnior

**DOI 10.22533/at.ed.7382031018**

**CAPÍTULO 9 ..... 78**

EXPRESSÃO DA PROTEÍNA SOX2 NO CARCINOMA ESPINOCELULAR DE BOCA: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Hevelyn Savio Ferreira  
Marielena Vogel Saivish  
Roger Luiz Rodrigues  
Maísa Ribeiro

**DOI 10.22533/at.ed.7382031019**

**CAPÍTULO 10 ..... 92**

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO DE CIRURGIA CARDÍACA

Tarcísia Domingos de Araújo Sousa  
Thaís Remigio Figueirêdo  
Paulo César da Costa Galvão  
Betânia da Mata Ribeiro Gomes  
Marília Perrelli Valença  
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

**DOI 10.22533/at.ed.73820310110**

**CAPÍTULO 11 ..... 106**

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO DIABETES *MELLITUS* GESTACIONAL

Lenara Pereira Mota  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Iara Nadine Vieira da Paz Silva  
Raimunda Sousa da Silva Moura  
Vinícius da Silva Caetano  
Leonel Francisco de Oliveira Freire  
Aniclécio Mendes Lima  
José Nilton de Araújo Gonçalves  
Marcos Ramon Ribeiro dos Santos Mendes  
Woodyson Welson Barros da Silva Batista  
Álvaro Sepúlveda Carvalho Rocha



Ana Suênnya de Sousa Pires  
Iris Gabriela Ribeiro de Negreiros  
Maria Grazielly de Sousa Oliveira  
Taynara de Sousa Rego Mendes

**DOI 10.22533/at.ed.73820310111**

**CAPÍTULO 12 ..... 113**

FIGHT LIKE A GIRL- OS ASPECTOS REGIONAIS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E O PAPEL DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Roberto Shigueyasu Yamada  
Letícia Yabushita Rigoti  
Romana Suely Della Torre Marzarotto  
Angélica Dettoni Modzinski  
Caio Eduardo Alves de Oliveira Paes Leme Goulart  
Camila Pereira Ramos Severino  
Emanuely dos Santos Silva  
Guilherme Alfonso Vieira Adami  
Hellen Camila Marafon  
Vitor Nakayama Shiguemoto

**DOI 10.22533/at.ed.73820310112**

**CAPÍTULO 13 ..... 125**

HANSENÍASE, ASPECTOS CLÍNICOS E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Francimar Sousa Marques  
Giovanna de Oliveira Libório Dourado  
Jailson Alberto Rodrigues  
Manoel Borges da Silva Júnior  
Felipe de Sousa Moreiras  
Daniela Costa Sousa  
Anne Lázara Tavares Roldao Nunes  
Dais Nara Silva Barbosa  
Filipe Melo da Silva  
Lidya Tolstenko Nogueira

**DOI 10.22533/at.ed.73820310113**

**CAPÍTULO 14 ..... 133**

HPB! O QUE É? NÃO ENTENDI! HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA: IMPACTANDO O BEM ESTAR SOCIAL DA SAÚDE DO HOMEM

Pamela Regina dos Santos  
Simone Viana da Silva  
Iago Augusto Santana Mendes  
Márcia Regina Silvério Santana Barbosa Mendes  
Diego Santana Cação

**DOI 10.22533/at.ed.73820310114**

**CAPÍTULO 15 ..... 139**

INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES SUBMETIDAS À TRATAMENTO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA

Eduardo Kowalski Neto  
Isabel Gois Bastos  
Pedro Henrique de Oliveira Silveira

**DOI 10.22533/at.ed.73820310115**

**CAPÍTULO 16 ..... 150**

MORTALIDADE POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDE NA BAHIA, 1998-2016

Ronildo Júnior Ferreira Rodrigues  
Pérola Reis de Souza  
Silas Araujo de Cerqueira  
Francisco Clébio Otaviano Dias Júnior  
Isabelle Bomfim Santos  
Cristina Aires Brasil

**DOI 10.22533/at.ed.73820310116**

**CAPÍTULO 17 ..... 162**

O LEITE HUMANO E A INFECÇÃO PELO ZIKA VÍRUS

Tatiana Carneiro de Resende  
Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão  
Karla Oliveira Marcacine  
Maria Cristina Gabrielloni  
Kelly Pereira Coca  
Maria José Guardia Mattar  
Marcelo Nascimento Burattini

**DOI 10.22533/at.ed.73820310117**

**CAPÍTULO 18 ..... 176**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO ESTADO DO PIAUÍ

Antônio Afonso Santos Guimaraes Júnior  
Lázaro de Sousa Fideles  
Amanda Alves Feitosa  
Adriana Bezerra Leite Pereira Silva  
Camila Bantim da Cruz Diniz  
Isabel Cabral Gonçalves  
Josicleide dos Santos Frazao  
Cleidivan Afonso de Brito  
João Antônio Leal de Miranda

**DOI 10.22533/at.ed.73820310118**

**CAPÍTULO 19 ..... 188**

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE NOTIFICADOS NO ESTADO DO MARANHÃO

Francielle Borba dos Santos  
Hayla Nunes da Conceição  
Haylane Nunes da Conceição  
Brenda Rocha Sousa  
Monyka Brito Lima dos Santos  
Vitor Emanuel Sousa da Silva  
Dheymi Wilma Ramos Silva  
Joaffson Felipe Costa dos Santos  
Haylla Simone Almeida Pacheco  
Sara Ferreira Coelho  
Martha Sousa Brito Pereira  
Rosângela Nunes Almeida  
Rivaldo Lira Filho

**DOI 10.22533/at.ed.73820310119**

**CAPÍTULO 20 ..... 200**

PREVALÊNCIA DE PARASITÓSES INTESTINAIS NA MICRO ÁREA 1 SOLAR BETEL DA UNIDADE

**BÁSICA DE SAÚDE DR. ERMÍNIO PARRALEGO**

Isabelle Dias Cavalcante  
Jéssica Maisa de Oliveira Lacerda  
Lara Julia Pereira Garcia  
Mariana de Souza Castro  
Mônica Helena Gomes Kataki  
Paula Jociane de Almeida Rabelo  
Pedro Henrique Stival  
Maisa Ribeiro

**DOI 10.22533/at.ed.73820310120**

**CAPÍTULO 21 ..... 209**

**RELATO DE CASO: TRABALHADORES RURAIS EXPOSTOS A AGROTÓXICOS NO SUDOESTE GOIANO**

Marcella Fabryze Alves De Queiroz e Silva  
Andréia Cristina Rosa  
Cristian Junior da Costa  
Wanderson Sant' Ana de Almeida  
Edlaine Faria de Moura Villela

**DOI 10.22533/at.ed.73820310121**

**CAPÍTULO 22 ..... 212**

**SÍNDROME NEFRÓTICA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Mariana Almeida Sales  
Conceição Maria Santos Correia de Souza  
Jannine Granja Aguiar Muniz de Farias  
Jully Graziela Coelho Campos Couto  
Maria Ivilyn Parente Barbosa  
Maria Tayanne Parente Barbosa  
Pedro de Sousa Leite  
Rafael Rocha Andrade de Figueirêdo  
Rosália de Souza Moura

**DOI 10.22533/at.ed.73820310122**

**CAPÍTULO 23 ..... 226**

**TUBERCULOSE NO RECIFE (PE): DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS NOVOS NOTIFICADOS NO SINAN NO PERÍODO DE 2007 A 2011**

Cintia Michele Gondim de Brito  
Antonio da Cruz Gouveia Mendes  
Celivane Cavalcanti Barbosa  
Wayner Vieira de Souza

**DOI 10.22533/at.ed.73820310123**

**CAPÍTULO 24 ..... 243**

**UMA ABORDAGEM SOBRE O TEMA DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Márcia Regina Silvério Santana Barbosa Mendes  
Kamila Caroline Minosso  
Raiana Friedrich Cavalheiro  
Pamela Regina dos Santos  
Simone Viana da Silva  
Iago Augusto Santana Mendes  
Diego Santana Cação

**DOI 10.22533/at.ed.73820310124**

**CAPÍTULO 25 ..... 248**

ZIKA VÍRUS: CONHECIMENTO, PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO DE GESTANTES INFECTADA

Iara Nadine Vieira da Paz Silva  
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa  
Jairo José de Moura Feitosa  
Teresinha de Jesus Alencar Barbosa  
Bruna Furtado Sena de Queiroz  
Jayris Lopes Vieira  
Lícia Apoline Santos Marques  
Ionara da Costa Castro  
Tharcia Evaristo Soares de Carvalho  
Anailda Fontenele Vasconcelos  
Francisco de Assis da Silva Sousa  
Ana Lourdes dos Reis Silva  
Paulo Henrique Alves Figueira  
José Nilton de Araújo Gonçalves  
Edna Silva Cantanhede

**DOI 10.22533/at.ed.73820310125**

**SOBRE OS ORGANIZADORES..... 256**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 258**

## DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS: RASTREIO A PARTIR DO IDOSO E DE SEU INFORMANTE

Data de aceite: 16/12/2019

### **Gardênia Conceição Santos de Souza**

Mestra em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **Maria Lúcia Gurgel da Costa**

Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **Ana Paula de Oliveira Marques**

Pós-doutorado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal; Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **Liniker Scolfild Rodrigues da Silva**

Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade Residência pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE); Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/UPE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

### **Maria de Fátima Barbosa.**

Especialista em Saúde da Mulher na modalidade Residência pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueiras (IMIP). Recife, Pernambuco (PE), Brasil.

**RESUMO:** **Objetivo:** Analisar o declínio cognitivo em idosos utilizando o rastreio a partir do idoso e seu informante. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de abordagem quantitativa. A amostra foi por estratificação aleatória. Os instrumentos de rastreio cognitivo foram o Mini Mental e o IQCODE e para testar a confiabilidade do IQCODE as escalas de confiabilidade ZARIT e CES-D. Os dados foram analisados pelo SPSS, utilizando a distribuição de frequência (relativa e absoluta), valores de média e desvio-padrão. Na análise bivariada, utilizou os testes Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher com  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** Quando aplicado os instrumentos de confiabilidade (ZARIT e CES-D) ao IQCODE o declínio foi prevalente em homens de 70 a 90 anos, brancos, solteiros e iletrados ( $p=0,002$ ). Houve associação do Mini Mental e IQ-CODE quando utilizado as escalas de confiabilidade ( $p=0,018$ ). **Conclusão:** O Mini Mental e IQ-CODE são bons instrumentos de rastreio cognitivo no idoso e quando utilizados com as escalas de confiabilidade tem comprovada sua associação com o declínio cognitivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Cognição; Testes Neuropsicológicos; Cuidadores; Geriatria; Saúde do Idoso.

## INTRODUÇÃO

O rastreio do declínio cognitivo em idosos interessa cada vez mais a pesquisadores e estudos clínicos no mundo. O diagnóstico dessa fase, conhecida como pré-demencial ou Declínio Cognitivo Leve (CCL) é um momento intermediário entre o envelhecimento normal e o início de quadro demencial, sendo importante identificar os idosos expostos a esse risco (PETERSEN et al., 2014).

Os idosos identificados com esse declínio podem apresentar futuramente o quadro de demência e a estatística mostra que essa progressão ocorre em 50% da população idosa no prazo de cinco anos (ALBERT et al., 2011). A Associação Americana de Psicologia (APA) e Acadêmica Americana de Neurologia (AAN), recomendam desde a década de 90, a identificação e monitorização dos idosos (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2012).

O objetivo de identificar pacientes com CCL é oferecer condições de intervenção neurológica precoce para prevenir ou pospor perdas cognitivas mais graves. O diagnóstico e acompanhamento precoce das síndromes demenciais se torna mais efetivo quando se utiliza um instrumento de rastreio ideal, que seja de aplicação fácil e rápida, facilmente interpretado, e que independa do nível cultural do idoso, da linguagem e da escolaridade (PETERSEN et al., 2014).

É na atenção primária a saúde que ocorre o atendimento ao idoso e a intervenção contínua pelos programas públicos de saúde, por isso esse nível de atenção é a porta de entrada para o rastreio cognitivo, sendo necessário um atendimento direcionado a essa faixa etária e suas particularidades. No entanto, algumas dificuldades são relatadas como o despreparo das instituições, desestruturação do serviço público de saúde e dificuldade de acesso a sua rede de serviço, como também pelo desconhecimento dos profissionais acerca dos testes para rastreio de demências e com isso, são raramente utilizados (BRITO et al., 2013).

Um dado preocupante foi que um quarto dos pacientes que é acompanhado na atenção primária e que apresenta o declínio cognitivo leve tende à demenciar três anos após o rastreio cognitivo leve (KADUSZKIEWICZ et al., 2014). Nessa perspectiva a identificação dos sinais e sintomas precoce, possibilita a investigação e implementação de intervenções que podem favorecer a prevenção e minimizar a progressão da doença instalada, reduzindo os custos com o tratamento (PETERSEN et al., 2014). Pois segundo o Relatório Mundial de Alzheimer de 2015 o custo anual para o tratamento das demências em todo o mundo foi de US\$ 818 bilhões e as projeções de aumento dos números de casos levam a uma estimativa dos custos na ordem de 1 trilhão de dólares até 2018.

Embora uma das abordagens mais utilizadas na prática clínica para rastreio do déficit cognitivo seja o relato do próprio paciente, esse tipo de ação se torna

inviável quando o paciente não tem condições de avaliar suas perdas cognitivas, devido ao baixo nível de compreensão por iletramento ou ainda pela presença de comprometimento cognitivo. Por esse motivo, estudos nacionais e internacionais consideram a necessidade de obter relato de um informante, elegível, por ter contato direto com o idoso e conhecer a situação cognitiva (SANCHEZ; LOURENÇO, 2009).

Portanto, esse estudo se justifica por abordar várias formas de rastrear o declínio cognitivo precocemente, identificando no idoso o perfil e as características que podem estar associadas à presença desse declínio e com isso, fornecer dados que possam favorecer ações preventivas específicas. Ante o exposto esse estudo objetivou analisar o declínio cognitivo em idosos utilizando o rastreamento a partir do idoso e seu informante.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal e de abordagem quantitativa, realizado na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. A população em estudo foi composta por idosos e seus informantes (familiares e/ou cuidadores). Foram considerados idosos todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, por ser essa a faixa etária determinada para países em desenvolvimento (BRITO et al., 2013). Essa definição cronológica foi necessária, pois expressa as variáveis de interesse para o estudo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010, a população de idosos do Distrito Sanitário (DS) IV, era de 32.960 idosos.

Para seleção da amostra foi empregado o procedimento de estratificação aleatória em dois estágios, sendo o “DS” a unidade do primeiro estágio e as “Unidades de Saúde da Família” (USF) as de segundo estágio. O DS escolhido foi o IV e as USF foram as 18 existentes. Os critérios de inclusão foram ser 60 anos ou mais anos, não apresentar quadro de demência ou comprometimento cognitivo grave, com diagnóstico estabelecido, conviver com o informante há mais de dez anos e para o informante foi possuir idade igual ou superior a 28 anos e conviver com o idoso há mais de dez anos.

O cálculo amostral foi realizado com o programa *Statistical Calculators* (StatCalc). Foram adotados os seguintes parâmetros: população de 32.960 idosos pertencente ao DS IV, considerando o intervalo de confiança de 95%; e efeito do delineamento de amostragem igual a 1,0. Por se tratar de estudo abrangendo a análise de múltiplas variáveis e com diferentes frequências de ocorrência, a prevalência estimada foi de 50% que resultou um total estimado de 244 idosos e seus respectivos informantes, após excluídas as perdas, o quantitativo final foi

de 220 idosos e seus respectivos informantes, totalizando a amostra final 440 indivíduos.

Os instrumentos utilizados foram divididos em duas partes, a primeira relacionava-se aos formulários que foram aplicados aos idosos, os quais seguiram a seguinte sequência: caracterização socioeconômica elaborado a partir da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) e o estado cognitivo através do teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A segunda parte relacionava-se ao informante e foi investigado a caracterização socioeconômica e o questionário do informante com declínio cognitivo em idosos - *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE), que visa identificar a percepção da cognição do idoso através das respostas dos informantes. Para aumentar a confiabilidade dos informantes, foram utilizadas concomitantemente a Escala de Rastreamento de Sintomas Depressivo na versão brasileira - *Center for Epidemiological Scale-Depression* (CES-D) e a Escala de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador na versão brasileira de ZARIT.

Antes do início da coleta de dados foi realizado um estudo piloto com 10% da amostra, perfazendo um quantitativo de 25 idosos e seus respectivos informantes totalizando 50 indivíduos em uma USF do DS IV. Esse momento ocorreu em dois momentos, no primeiro foi realizado um treinamento, com a finalidade de padronização da coleta de dados e após a compreensão de todos, os entrevistadores foram separados em dois grupos: grupo I (entrevistadores de idosos) e grupo II (entrevistadores de informantes), essa estratégia foi pensada para minimizar possíveis erros e aprimorar a aplicação através do processo de repetição.

Ao finalizar a aplicação dos instrumentos, verificou-se os possíveis vieses e limitações nos procedimentos. Além do pesquisador, participaram como auxiliares da pesquisa, 05 estudantes do último período do curso de graduação em enfermagem.

O período previsto de trinta dias para a realização do estudo piloto não foi possível, pois, durante aplicação, ocorreu o surto das Arboviroses em Pernambuco e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que acompanhavam os pesquisadores a residência dos idosos, foram escalados para ações relacionada a situação epidemiológica peculiar e grave, impossibilitando os pesquisadores de finalizar o piloto dentro do prazo previsto. Mediante esse fato, o estudo piloto teve a duração de três meses (setembro a novembro de 2015), gerando necessidade de readaptação dos prazos planejados.

Diante das dificuldades foi organizado uma nova estratégia para a coleta de dados, sendo acordado a realização de uma ação direcionada para captar um número maior de idoso e seu respectivo informante, com a finalidade de coletar os dados. Essa ação foi realizada em uma escola pública cedida pelo DS IV e o fluxo se deu com a recepção e identificação do idoso e seu informante por duas



receptionistas que coletavam os dados de identificação e após separavam cada dupla com adesivos com a mesma numeração para ambos com cores diferentes, sendo o vermelho, para o idoso e o verde, para seu informante.

Após identificação eles foram direcionados pelos receptionistas para as salas distintas, no qual foram aplicados os formulários. Em uma sala havia um coordenador e um entrevistador dos idosos e em outra sala, um coordenador e um entrevistador dos informantes. Após a coleta de dados os idosos e seus respectivos informantes foram encaminhados para uma sala de palestra com temáticas sociais, direcionadas aos interesses dos idosos e seus informantes.

Ao final todos participaram do bingo da memória, essa estratégia foi composta por perguntas e respostas sobre vários eventos e personalidades de várias épocas, gravuras de variados temas e complemento de letras de músicas, com a finalidade de ativação da memória, da função executiva e das habilidades visoespaciais.

Tal fato foi pensado como atividade pós-coleta pela pesquisadora, com intuito de retorno social e possibilidade de uma ação preventiva de melhoria da cognição dos idosos participantes do estudo, como observado no estudo de revisão sistemática de Simon, Yokomizo e Bottino (2014), que concluiu que os exercícios cognitivos promovem maior ativação cerebral, com melhora dos sintomas de depressão e ansiedade, levando ao aumento da qualidade de vida e do bem-estar do idoso. Essas estratégias vêm sendo utilizadas como tratamento não farmacológico para a prevenção do declínio cognitivo.

Ao final, os coordenadores e auxiliares de pesquisa realizaram a checagem da compatibilidade dos instrumentos de coleta do idoso e de seu informante através da numeração e a conferência dos nomes. Essa etapa foi finalizada com a revisão final da pesquisadora.

Após a ação e com o retorno paulatino dos ACS as suas funções normais, a pesquisa retornou a metodologia inicial, na qual a pesquisadora e seus auxiliares retornaram as USF para contato com as enfermeiras das unidades e agendamento das visitas domiciliares. Ao término da pesquisa foi realizada a cobertura total das USF do DS IV. A coleta de dados ocorreu no período de 07 meses (setembro/2015 – abril 2016).

O estudo seguiu as normas éticas de pesquisa com seres humanos, segundo a resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) sob o n. do CAAE: 13374513.9.0000.5207. Todos os idosos e seus informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Os dados foram processados no programa *Microsoft Excel*, através de digitação dupla e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, Estados Unidos da América,

Release 16.0.2, 2008), sendo empregada a estatística descritiva para as variáveis categóricas a distribuição de frequência (relativa e absoluta) e para as variáveis numéricas foram calculados valores de média e desvio-padrão.

Na análise bivariada inferencial, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher a fim de analisar as associações no declínio cognitivo dos idosos. Em todos os testes aplicados neste estudo foi considerada significância estatística como valor de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Participaram do estudo 220 idosos com seus respectivos cuidadores. A tabela 01 traçou o perfil dos idosos com ausência ou presença de declínio cognitivo, segundo o Mini Mental. Em média, os idosos que apresentaram o declínio cognitivo, segundo o Mini Mental, têm quase 76 anos  $\pm 9,74$ , com a faixa etária que varia de 63 a 94 anos. Já a idade média dos idosos que não apresentam declínio cognitivo é de 73 anos  $\pm 7,98$ , numa faixa que vai de 60 a 94 anos. Quanto a divisão da faixa etária não se verificou diferença estatística significativa quanto a idade dos idosos, no qual de 60 l– 70 anos 27,8% ( $p=0,463$ ); 70 l– 80 37,3% ( $p=1$ ); 80 l– 90 48% ( $p=1$ ); 90+ 71,4% ( $p= 0,176$ ).

Vale ressaltar que dos 220 idosos pesquisados, apenas 94 responderam o teste Mini Mental completo. Tal característica de perda de 126 formulários, ocorreu devido aos idosos não responderem questões que apresentavam dificuldades, relacionadas ao grau de escolaridade.

| Característica | Categoria            | Ausência  |             | Presença  |             | P-Valor |
|----------------|----------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------|
|                |                      | N         | %           | N         | %           |         |
| Sexo           | Feminino             | 59        | 80,8        | 14        | 19,2        | 0,051   |
|                | Masculino            | 16        | 76,2        | 5         | 23,8        |         |
| Cor da pele    | <b>Branca</b>        | <b>20</b> | <b>76,9</b> | <b>6</b>  | <b>23,1</b> | 1       |
|                | <b>Preta</b>         | <b>16</b> | <b>94,1</b> | <b>1</b>  | <b>5,9</b>  |         |
|                | <b>Parda</b>         | <b>29</b> | <b>76,3</b> | <b>9</b>  | <b>23,7</b> |         |
|                | <b>Outros</b>        | <b>10</b> | <b>76,9</b> | <b>3</b>  | <b>23,1</b> |         |
| Estado Civil   | Casado/União Estável | 29        | 76,3        | 9         | 23,7        | 0,229   |
|                | Viúvo                | 30        | 75,0        | 10        | 25,0        |         |
|                | Outros               | 16        | 100         | 0         | 0,0         |         |
| Escolaridade   | <b>lletrado</b>      | <b>51</b> | <b>86,4</b> | <b>8</b>  | <b>13,6</b> | 0,032   |
|                | <b>Outros</b>        | <b>24</b> | <b>68,6</b> | <b>11</b> | <b>31,4</b> |         |
| Classe Social  | A e B                | 9         | 90,0        | 1         | 10,0        | 0,212   |
|                | C                    | 27        | 73,0        | 10        | 27,0        |         |
|                | D e E                | 39        | 83,0        | 8         | 17,0        |         |

Tabela 1: Perfil dos idosos com ausência ou presença de declínio cognitivo segundo o Mini Mental. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2016.

Os resultados da tabela 2 traçam o perfil dos 220 idosos, segundo a ausência ou presença de declínio cognitivo, mensurado pelo IQCODE sem confiabilidade. Em média, os idosos que apresentaram declínio cognitivo segundo o IQCODE têm quase 79 anos  $\pm$  8,5 anos, com a faixa etária que varia de 60 a 96 anos. Já a idade média dos idosos que não apresentam declínio cognitivo é de 73 anos  $\pm$  8,2 anos, numa faixa que vai de 60 a 93 anos.

Quanto a divisão da faixa etária verificou-se diferença estatística significativa nos intervalos de idade 60 l– 70 anos e 90+, porém de uma forma geral, as faixas etárias apresentaram as seguintes prevalências, entre 60 l– 70 anos 8,3% ( $p=0,000$ ); 70 l– 80 37,3% ( $p=1,000$ ); 80 l– 90 48% ( $p=1,000$ ); 90+ 71,4% ( $p= 0,176$ ).

| Característica | Categoria            | Ausência  |             | Presença  |             | P-Valor      |
|----------------|----------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|
|                |                      | N         | %           | N         | %           |              |
| Sexo           | Feminino             | 130       | 75,6        | 42        | 24,4        | 0,745        |
|                | Masculino            | 38        | 79,2        | 10        | 20,8        |              |
| Cor da pele    | <b>Branca</b>        | <b>41</b> | <b>74,5</b> | <b>14</b> | <b>25,5</b> | <b>1,000</b> |
|                | <b>Preta</b>         | <b>28</b> | <b>77,8</b> | <b>8</b>  | <b>22,2</b> |              |
|                | <b>Parda</b>         | <b>75</b> | <b>76,3</b> | <b>23</b> | <b>23,7</b> |              |
|                | <b>Outros</b>        | <b>24</b> | <b>78,1</b> | <b>7</b>  | <b>21,9</b> |              |
| Estado Civil   | Casado/União Estável | 62        | 78,5        | 17        | 21,5        | 0,698        |
|                | Viúvo                | 62        | 70,5        | 26        | 29,5        |              |
|                | Outros               | 44        | 83,0        | 9         | 17,0        |              |
| Escolaridade   | <b>Iltrado</b>       | <b>81</b> | <b>68,1</b> | <b>38</b> | <b>31,9</b> | <b>0,003</b> |
|                | <b>Outros</b>        | <b>84</b> | <b>85,7</b> | <b>14</b> | <b>14,3</b> |              |
| Classe Social  | A e B                | 17        | 81,0        | 4         | 19,0        | 0,802        |
|                | C                    | 63        | 75,9        | 20        | 24,1        |              |
|                | D e E                | 88        | 75,9        | 28        | 24,1        |              |

Tabela 2: Perfil dos idosos com ausência ou presença de declínio cognitivo segundo IQCODE. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2016.

\*Associação significativa a 5%.

A tabela 3 mostrou que entre os idosos participantes ao se identificar presença de declínio cognitivo, verificou-se que as variáveis idade e os seus intervalos 60 l– 70 anos 8,3% ( $p=0,000$ ); 70 l– 80 37,3% ( $p=1$ ); 80 l– 90 48% ( $p=1$ ); 90+ 71,4% ( $p= 0,176$ ), sexo ( $p=0,350$ ), cor ( $p=0,687$ ), estado civil ( $p=0,200$ ) e classe social ( $p=0,198$ ) não apresentaram significância estatística, no entanto a escolaridade ( $p=0,002$ ) apresentou forte associação para o declínio cognitivo.

Outros dois questionários importantes para o aumento da confiabilidade do instrumento IQCODE, são os questionários CES-D e Zarit, esses questionários são referentes ao informante, tem a finalidade de dar confiabilidade ao IQCODE,

pois, o IQCODE é um instrumento respondido pelo informante em relação ao idoso, logo, o CES-D classifica o informante quanto a uma possível depressão e o Zarit classifica o informante quanto a uma possível sobrecarga de trabalho, devido a isto, informantes que não possuem sobrecarga e nem depressão, tem a confiabilidade adquirida para responder o questionário IQCODE.

Entre os 220 informantes, o instrumento CES-D identificou que 55,5% deles possuem depressão e o instrumento ZARIT indica que 49,5% apresentam algum grau de sobrecarga. Além disso, 68 informantes (31%) não apresentaram nem um grau de depressão ou sobrecarga, resultando em 68 questionários IQCODE com confiabilidade.

| Característica | Categoria            | Ausência  | Presença    | P-Valor  |             |              |
|----------------|----------------------|-----------|-------------|----------|-------------|--------------|
| Sexo           | Feminino             | 44        | 89,8        | 5        | 10,2        | 0,350        |
|                | Masculino            | 16        | 84,2        | 3        | 15,8        |              |
| Cor da pele    | <b>Branca</b>        | <b>12</b> | <b>80,0</b> | <b>3</b> | <b>20,0</b> | <b>0,687</b> |
|                | <b>Preta</b>         | <b>12</b> | <b>92,3</b> | <b>1</b> | <b>7,7</b>  |              |
|                | <b>Parda</b>         | <b>29</b> | <b>90,6</b> | <b>3</b> | <b>9,4</b>  |              |
|                | <b>Outros</b>        | <b>7</b>  | <b>87,5</b> | <b>1</b> | <b>12,5</b> |              |
| Estado Civil   | Casado/União Estável | 20        | 87,0        | 3        | 13,0        | 0,200        |
|                | Viúvo                | 27        | 90,0        | 3        | 10,0        |              |
|                | Outros               | 13        | 86,7        | 2        | 13,3        |              |
| Escolaridade   | <b>Iltrado</b>       | <b>29</b> | <b>82,9</b> | <b>6</b> | <b>17,1</b> | <b>0,002</b> |
|                | <b>Outros</b>        | <b>31</b> | <b>93,9</b> | <b>2</b> | <b>6,1</b>  |              |
| Classe Social  | A e B                | 7         | 70,0        | 3        | 30,0        | 0,198        |
|                | C                    | 20        | 83,3        | 4        | 16,7        |              |
|                | D e E                | 33        | 97,1        | 1        | 2,9         |              |

Tabela 3: Perfil dos idosos com ausência ou presença de declínio cognitivo segundo o IQCODE com a confiabilidade da escala ZARIT e CES-D. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2016.

\*Associação significativa a 5%.

A fim de verificar se existe associação entre os instrumentos Mini Mental e IQCODE, foi utilizada uma análise bivariada para o IQCODE sem confiabilidade e com confiabilidade, a partir da aplicação do CES-D e do ZARIT.

Na análise sem confiabilidade do IQCODE, o tamanho da amostra é de 94, resultado do cruzamento dos 94 questionários Mini Mental e dos 220 questionários IQCODE. Nesta análise, o qui-quadrado de Pearson mostrou um p-valor de 0,089, não havendo indícios de associação entre os questionários.

Quando aplicada a confiabilidade dos questionários citados, o tamanho da amostra passa a ser de tamanho 33, devido ao cruzamento dos 94 questionários Mini Mental e dos 68 questionários IQCODE com confiabilidade. Neste caso, o teste exato de Fisher forneceu p-valor de 0,017, havendo associação entre os

instrumentos. Diante desse achado, é razoável relatar que é necessário que haja de fato o uso dos instrumentos CES-D e ZARIT para obter a confiabilidade no IQCODE. Conforme observado na tabela 4.

| IQCODE             |                 | Mini Mental |          | Análise Bivariada              |              |
|--------------------|-----------------|-------------|----------|--------------------------------|--------------|
|                    |                 | Ausência    | Presença | OR (IC 95%)                    | P-Valor      |
| Sem confiabilidade | Ausência        | 60          | 11       | 2,909 (0,996; 8,499)           | 0,089        |
|                    | Presença        | 15          | 8        | 1                              |              |
| Com confiabilidade | <b>Ausência</b> | <b>26</b>   | <b>2</b> | <b>19,500 (1,964; 193,639)</b> | <b>0,018</b> |
|                    | <b>Presença</b> | <b>2</b>    | <b>3</b> | <b>1</b>                       |              |

Tabela 4: Associação do Mini Mental com o IQCODE, em relação à confiabilidade do instrumento. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2016.

\* Associação significativa a 5%.

†Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

‡ Através do teste Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

O declínio cognitivo avaliado pela resposta do idoso ao Mini Mental relacionado à variável sexo, mostrou maior prevalência para o sexo masculino, porém com pouca variação quando comparado ao feminino. Esse achado pode indicar que mesmo tendo um quantitativo maior de mulheres no Brasil, verificou-se uma maior prevalência de declínio cognitivo em idosos do sexo masculino.

O estudo internacional realizado em Olmsted County em 2010 com 2.050 idosos mostrou resultado semelhante, com maior prevalência de idosos com declínio cognitivo do sexo masculino e complementa relatando que o homem possui 1,5 maior chance de apresentar declínio cognitivo na fase idosa. Tal fato pode ser explicado, pois acredita-se que o declínio cognitivo no sexo masculino se manifesta de forma mais precoce, porém menos abrupta (PETERSEN et al., 2010).

Em 2012, foi realizado um estudo longitudinal que também encontrou maior prevalência de declínio cognitivo (DC) no sexo masculino, mostrando que 43,9 homens apresentaram DC a cada 1000, no qual o resultado mostra sinergia entre o sexo e a escolaridade e propõe que homens com baixa escolaridade tem risco elevado de declínio cognitivo (ROBERTS et al., 2012).

Quanto a escolaridade, um estudo de análise multivariada no Rio Grande do Sul, concluiu uma forte associação do declínio cognitivo com idosos que possuíam menos de oito anos de estudo. E um estudo transversal realizado também no Sul do Brasil, verificou-se que o baixo nível educacional está associado ao declínio cognitivo (CABRERA et al., 2016).

No tocante as publicações internacionais, o estudo longitudinal, realizado em Manhattan, com 3.435 idosos, evidenciou que até, no máximo, 8 anos de estudo no início da vida, está associado ao declínio cognitivo no envelhecimento. Em contrapartida, o idoso que possuir entre 9-20 anos de estudo no decorrer da vida, obtêm fatores neurológicos protetivos contra o declínio (ZAHODNE; STERN; MANLYN, 2015).

No que concerne a relação do mini mental com as variáveis estado civil e classe social, não foi observado diferença estatística significativa, porém um estudo transversal com 454 idosos, em Minas Gerais, no ano 2015, aplicado na atenção primária, encontrou resultado semelhante ao presente estudo, no qual o declínio cognitivo estava relacionado a situação de viuvez, pois o impacto emocional da perda do cônjuge pode gerar efeitos que debilitem a saúde do idoso e predisponha ao comprometimento cognitivo (CRUZ et al., 2015). Resultado semelhante foi encontrado no estudo longitudinal europeu, realizado na Islândia, com 4.370 idosos, o qual mostrou que viúvos há menos 2 anos, apresentaram maior declínio cognitivo que os casados (VIDARSDOTTIR et al., 2014).

Quanto a classe social, tendo como referência a ABEP, verificou-se um resultado equivalente com o presente estudo, pois a pesquisa realizada em Minas Gerais na atenção básica, identificou a classe C como a mais prevalente quanto ao declínio cognitivo do idoso, mostrando que mesmo se tratando de regiões geográficas dispares, a renda baixa teve relação com o declínio cognitivo (CRUZ et al., 2015).

Em um estudo nacional que avaliou várias realidades brasileiras, mostrou que as cidades com menor renda foram Parnaíba no Piauí, Campina Grande na Paraíba e Belém no Pará, podendo inferir que nessas cidades o risco de declínio cognitivo em idosos são mais prevalentes (NERI et al., 2013). Desenvolver estratégias preventivas para o declínio cognitivo permite prevenir contra as demências e o mal de Alzheimer, pois o declínio cognitivo é uma fase de transição entre a função neuronal normal e o aparecimento clínico da patologia (VEJA; NEWHOUSE, 2014). Estudos internacionais já comprovaram que não existe tratamento farmacológico para o declínio cognitivo (WONG et al., 2016).

Com relação aos tratamentos não farmacológicos, os estudos internacionais direcionaram que existem três métodos já comprovadamente benéficos para a prevenção do declínio cognitivo. O primeiro, relaciona-se aos exercícios cognitivos, os quais trabalham a memória, a função executiva e as habilidades visoespaciais e concluiu que houve maior ativação cerebral e melhor resposta as escalas utilizadas, com melhora nos escores de depressão e ansiedade, levando ao aumento da qualidade de vida e do bem-estar do idoso (SIMON; YOKOMIZO; BOTTINO, 2014).

O segundo tratamento, utilizou a meditação, como forma de prevenção e retardo da progressão da doença, pois verificou-se que o processo da concentração

e do treino da atenção pode aumentar a área cinzenta cerebral do hipocampo e a área pré-frontal, favorecendo uma melhor conectividade neuronal. O terceiro método interventivo favorece o exercício físico como um fator protetor contra o declínio cognitivo para o idoso, pois mostrou associação com a preservação da cognição no envelhecimento, sendo potencializado se o idoso não tiver depressão e estiver socializado (PETERSEN et al., 2014).

Na tabela 02 verificou-se quanto à idade, verificou-se que o declínio cognitivo ocorreu nos longevos. Tal característica também foi encontrada no estudo internacional Suíço com 172 idosos, a média de  $71,05 \pm 8,8$  anos, não sendo observado grandes variações na faixa etária (EHRENSPERGER et al., 2010).

No tocante ao sexo, pode-se verificar que o estudo realizado na Turquia com 900 idosos que houve um predomínio do declínio cognitivo no sexo feminino (ARGUVANLI et al., 2010). Essa característica da feminilização no declínio cognitivo, segundo a percepção do informante, pode-se inferir que a similaridade do gênero, propicie maior troca de informações, levando esse cuidador a uma maior percepção do estado cognitivo desse idoso.

No que concerne a relação escolaridade/declínio cognitivo em estudos internacionais, verificou-se semelhança com os achados nacionais, pois em um estudo longitudinal desenvolvido nos Estados Unidos, concluiu que o idoso com menos de 8 anos de estudo, apresentava maior risco de desenvolver o declínio cognitivo no envelhecimento (ZAHODNE, STERN; MANLYN, 2015).

Quanto ao IQCODE, verificou-se em uma revisão sistemática, que o IQCODE é um questionário que pode ser utilizado para rastreamento do déficit cognitivo, pois é pouco afetado pelo nível educacional, capacidade pré-mórbida, cultura e língua dominante. No entanto, é afetado pelas características dos informantes, como a saúde mental e a qualidade de relação entre o informante e o idoso. E recomenda-se que devem ser realizados testes complementares para aumentar a confiabilidade do instrumento, pois o informante com sintomas depressivos apresenta redução da motivação, atenção e concentração (STEFFENS; POTTER, 2008).

Ainda com a finalidade de melhoria da confiabilidade, outra característica precisa ser verificada, como a influência da sobrecarga do cuidador na resposta sobre a cognição do idoso. Diante dessas informações, verifica-se que o nível de sobrecarga e dos estados de humor do informante são fatores que podem comprometer a informação, por isso da necessidade de selecionar os informantes quanto a sintomas depressivos e a sobrecarga, pois assim, minimiza o risco de diminuição da confiabilidade da informação sobre o estado mental (SANCHEZ, 2007).

O estudo espanhol com 416 idosos que utilizou o teste complementar cruzando o IQCODE e o CES-D para aumentar a confiabilidade, concluiu que para

o rastreio do declínio cognitivo deve ser utilizado rigorosamente os instrumentos que aumentem a credibilidade das respostas (DEL SER QUIJANO et al., 2004).

Diante desse indicativo de utilização de vários instrumentos, verificou-se em um estudo transversal realizado em 19 municípios de grande, médio e pequeno porte da Noruega, com 998 idosos, de regiões urbanas e rurais, que houve associação forte entre o MMSE e o IQCODE. Essa associação mostrou que o IQCODE aplicado de forma isolada, capta os idosos com declínio cognitivo, a partir da percepção do informante e o MMSE identifica a partir da resposta do idoso, contudo realizando o cruzamento entre as ferramentas citadas, ocorreu uma ampliação do rastreio cognitivo, possibilitando identificar todos os casos possíveis (KIRKEVOLD; SELBÆK, 2015).

O MMSE depende do grau de escolaridade, etnia e capacidade mental, por isso pode identificar erroneamente pessoas com menos de 8 anos de estudo (Pedraza et al., 2012). No entanto, pessoas com o maior nível de escolaridade, pode ter uma capacidade da memória preservada, porém deficiência na personalidade, comportamento e no desempenho das atividades de vida diária (AVD), impossibilitando o rastreio pelo MMSE, sendo necessário a aplicação concomitante do IQCODE para rastrear os idosos que estão em declínio, mas que possui memória preservada (KIRKEVOLD; SELBÆK, 2015).

Quanto ao instrumento IQCODE, o estudo realizado no Rio de Janeiro reconheceu a relevância da utilização, concomitante, do MMSE e do IQCODE, para triar o declínio cognitivo de idosos e alerta sobre o cuidado necessário quanto a aplicação do IQCODE, pois os informantes não podem estar com sintomas depressivos e/ou sobrecarga, devido essas condições resultarem em possíveis respostas errôneas acerca da condição cognitiva do idoso e recomenda, a aplicação de instrumentos, como as escalas CES-D e ZARIT, para identificar essas condições e aumentar a confiabilidade das respostas pelo IQCODE (Del Ser Quijano et al., 2004).

## CONCLUSÃO

Foi identificado mudança no perfil dos idosos quando comparado com ou sem confiabilidade, demonstrando a necessidade de associar o rastreio do declínio cognitivo com as escalas que minimizem o risco de erro. No entanto, faz se necessário realizar mais estudos que possam identificar essa causalidade.

Ao se verificar a associação do Mini Mental e o IQCODE, a estatística mostrou forte associação quando utilizado os instrumentos de confiabilidade, excluindo os informantes com sintomas depressivos e sobrecarga. Logo, a aplicabilidade dos instrumentos para a confiabilidade no declínio cognitivo deve ser estimulada, pois



minimiza riscos de vieses.

Espera-se com esse estudo que novas pesquisas sejam realizadas pelo método longitudinal investigando o declínio cognitivo em grupos específicos, separando-os por gênero, classe social e faixa etária na busca de esmiuçar os fatores predominantes no declínio cognitivo nessa dada população. Que seja realizada a rastreio do declínio cognitivo com a combinação de instrumentos variados para aumenta ou refutar a combinação de testes utilizados, com intuito de testagem e que possa revelar as causalidades.

## REFERÊNCIAS

Albert MS, Dekosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimers Dement.* [Internet]. 2011 Mar [cited Mar 28, 2015];7(3):270-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312027/>

American Psychological Association. Presidential task force on the assessment of age-consistent memory decline and dementia: Guidelines for the evaluation of dementia and age-related cognitive decline. *American Psychologist.* 67:1-9. 2012.

Arguvanli S, Akin S, Deniz Safak E, Mucuk S, Öztürk A, Mazicioğlu MM, et al. Prevalence of cognitive impairment and related risk factors in community-dwelling elderly in Kayseri, Turkey. *Turk J Med Sci.* [Internet]. 2015 Oct [cited July 12, 2016];45(5):1167-1167. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-015-0337-0>.

Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde pública: análise da produção científica. *Revista Kairós Gerontologia.* [Internet]. 2013 [cited Nov 28, 2015];16(3):161-178. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552/13738>

Cabrera MAS, Bortoletto MAS, Souza RKT, Prina DMC, Vieira MCU, Silva AMR. Cognitive and functional decline among individuals 50 years of age or older in cambé, Paraná, Brasil: a population-based study. *Dement Geriatric Cogn Dis Extra.* [Internet]. 2016 [cited May 19, 2016];6(2):185-193. doi: <https://doi.org/10.1159/000444705>

Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2015 [cited June 10, 2016];23(4):386-393. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-386.pdf>

Del Ser Quijano T, Sánchez F, García de Yébenes MJ, Otero Puime A, Zunzunegui MV, Muñoz DG. Spanish version of the 7 Minute screening neurocognitive battery. Normative data of an elderly population sample over 70. *Neurologia.* 2004 [cited Aug 15, 2016];19(7):344-58.

Ehrensperger MM, Berres M, Taylor KI, Monsch AU. Screening properties of the German IQCODE with a two-year time frame in MCI and early Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* [Internet]. 2010 [cited July 12, 2016];22(1):91-100. doi: <https://doi.org/10.1017/S1041610209990962>.

Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Lupp M, Luck T, et al. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the german agecode study. *Ann Fam Med.* [Internet]. 2014 [cited Mar 20, 2015];12(2):158-165. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948763/>

Kirkevoid Ø; Selbæk G. The Agreement between the MMSE and IQCODE tests in a community-based

sample of subjects aged  $\geq 70$  receiving in-home nursing. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. [Internet]. 2015 Jan-Apr [cited Aug 15, 2016];5(1):32-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574614/>

Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2013 [cited June 10, 2016];29(4):778-792. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>

Pedraza O, Clark JH, O'Bryant SE, Smith GE, Ivnik RJ, Graff-Radford NR, et al. Diagnostic validity of age and schooling corrections for the Mini Mental State Examination (MMSE) in African American Elders. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2012 [cited Aug 15, 2016];60(2):328-331. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3288600/>

Petersen RC, Caracciolo B, Brayne C, Gauthier S, Jelic V, Fratiglioni L. Mild cognitive impairment: a concept in evolution. *J Intern Med*. [Internet]. 2014 [cited Mar 28, 2015];275(3):214-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3967548/>

Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Geda YE, Cha RH, Pankratz VS, et al. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. *Neurology*. [Internet]. 2010 [cited May 18, 2016];75(10):889-897. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2938972/>

Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Pankratz VS, Boeve BF, Tangalos EG, et al. The incidence of mci differs by subtype and is higher in men: the mayo clinic study of aging. *Neurology*. [Internet]. 2012 [cited May 18, 2016];78(5):342-351. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280046/>

Sanchez MA, Lourenço RA. Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): cross-cultural adaptation for use in Brazil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2009 [cited Mar 23, 2015];25(7):1455-1465. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/03.pdf>

Sanchez MAS. Questionário baseado no relato do informante para detecção de declínio cognitivo em idosos: tradução, adaptação transcultural e estudo da confiabilidade. [Dissertação]. Rio de Janeiro. 2007.

Simon SS, Yokomizo JE, Bottino CM. Cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. [Internet]. 2014 [cited Mar 28, 2015];36(4):1163-1178. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.01.007>

Steffens DC, Potter GG. Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med*. [Internet]. 2008 Feb [cited July 12, 2016];38(2):163-75. doi: <https://doi.org/10.1017/S003329170700102X>

Vega JN, Newhouse PA. Mild cognitive impairment: diagnosis, longitudinal course, and emerging treatments. *Curr Psychiatry Rep*. [Internet]. 2014 [cited June 10, 2016];16(10):1-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4169219/>

Vidarsdottir H, Fang F, Chang M, Aspelund T, Fall K, Jonsdottir MK, et al. Spousal loss and cognitive function in later life: a 25-year follow-up in the AGES-Reykjavik study. *Am J Epidemiol*. [Internet]. 2014 [cited June 10, 2016];179(6):674-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3939848/>

Wong WP, Hassed C, Chambers R, Coles J. The effects of mindfulness on persons with mild cognitive impairment: protocol for a mixed-methods longitudinal study. *Front Aging Neurosci*. [Internet]. 2016 [cited July 12, 2016];28(8):156. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4923201/>

Zahodne LB, Stern Y, Manly JJ. Differing effects of education on cognitive decline in diverse elders with low versus high educational attainment. *Neuropsychology*. [Internet]. 2015 [cited May 19, 2016];29(4):649-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362867/>

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Agrotóxicos 209, 210, 211  
Análise Espacial 227, 229, 239, 241  
Aneurisma 151, 152, 157, 158, 159, 160  
Arboviroses 54, 248, 249, 251, 255

### C

Câncer de Colo 139, 140, 141, 142, 149, 177, 178, 181, 182, 185, 186, 187  
Carcinoma Espinocelular 78, 86  
Cirurgia Bariátrica 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38  
Cirurgia Cardíaca 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 104, 105

### D

Declínio Cognitivo 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64  
Densidade Mineral Óssea 31, 34, 36, 37, 225  
Doença Crônica 31, 139, 244  
Doenças Infecciosas 40, 41

### E

Endemias 189, 190  
Enfrentamento 1, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 231  
Envelhecimento Populacional 63, 244  
Epidemiologia 29, 48, 81, 102, 126, 149, 187, 189, 209, 210, 211, 238, 239, 240, 241, 247  
Espiritualidade 65, 71, 74  
Estigmatização 1, 3, 7, 72, 73

### H

Hemangiossarcoma 12  
Hemorragia Subaracnóideia 159, 160  
Hiperplasia Prostática 133, 137  
HIV 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 191, 194, 197, 199, 219, 240  
Humor 27, 61, 141, 145, 146, 147, 148, 244

### I

Identificação Humana 77  
Infecção 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 65, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 147, 149, 162, 163, 164, 165, 166, 170, 171, 172, 174, 186, 194, 195, 196, 198, 199, 212, 220, 227, 247, 250, 252, 253, 254

Infecção de Sítio Cirúrgico 92, 93, 104, 105

Infecção Hospitalar 93, 94, 104

## M

Mudanças climáticas 40, 41

## N

Notificação de Doenças 189

## P

Parasitoses Intestinais 200, 201, 207, 208

Prevenção 4, 5, 7, 9, 29, 33, 34, 52, 55, 60, 74, 93, 102, 103, 104, 105, 108, 115, 136, 153, 159, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 184, 185, 186, 199, 201, 207, 221, 223, 224, 247

## Q

Qualidade de Vida 6, 8, 9, 11, 26, 29, 33, 38, 55, 60, 67, 71, 73, 74, 80, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 134, 135, 136, 141, 185, 200, 214, 220, 225, 245

## S

Saúde do Idoso 51, 60, 243, 244, 245

Síndrome Nefrótica 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225

Sintomas de Ansiedade 21, 23, 24, 25, 26, 28

## T

Tabaco 78, 81, 82

Teste de Papanicolaou 176, 178

Trabalhadores Rurais 209, 210, 211

Trato Urinário 135, 212, 220

Tuberculose 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 220, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241

## V

Verminoses 200, 207, 208

Violência Contra a Mulher 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124

## Z

Zika virus 162, 168, 169, 171, 173, 174, 175, 249, 250, 254

 **Atena**  
Editora

**2 0 2 0**