

Avaliação do Déficit Cognitivo em Pessoas Idosas Atendidas na Atenção Básica no Município de Jacareí, São Paulo

Evaluation of Cognitive Deficit in the Elderly Attended in Primary Care in the city of Jacareí, São Paulo

Márcia Cristina Souza dos Santos¹ Tereza Etsuko da Costa Rosa^{II}

Resumo

Analisaram-se a prevalência do déficit cognitivo e a sua associação com outras condições de saúde e com fatores sociodemográficos em idosos atendidos em nível da Atenção Básica de Saúde no município de Jacareí, SP. Selecionou-se uma amostra de conveniência intencional de 383 idosos da área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde. Utilizou-se questionário que abrangeu características sociodemográficas, do estado de saúde e estilo de vida, além de escalas para as avaliações do déficit cognitivo, da depressão e da capacidade funcional. Analisaram-se prontuários dos suspeitos de demência quanto à presença de avaliações clínicas ou de exames para o declínio cognitivo anterior ao estudo. A prevalência de déficit cognitivo foi de 33,4%, e elevações significativas foram observadas em relação a algumas características sociodemográficas, de condições de saúde e de comportamentos do estilo de vida. Mais de 90% dos prontuários não mencionaram nenhuma avaliação relacionada ao transtorno cognitivo. Estes achados devem contribuir para a implantação de um protocolo de diagnóstico e tratamento do agravo, otimizando os serviços existentes e com o planejamento de educação permanente dos profissionais de saúde nessa área.

Palavras-chaves: Idoso, Déficit Cognitivo e Demência.

Abstract

We analyzed the prevalence of cognitive deficit and its association with other health conditions and sociodemographic factors in elderly patients of primary health care in the city of Jacareí, SP. It was selected a sample of 383 elderly intentional convenience of the area covered by the four Primary Health Units. We used questionnaire which covered sociodemographic characteristics, health status and lifestyle, as well as scales for the evaluations of cognitive deficit, depression and functional capacity. We analyzed medical records of suspected dementia for the presence of clinical evaluations or examinations for cognitive decline prior to the study. The prevalence of cognitive deficit was 33.4%, with significant elevations in relation to sociodemographic characteristics, health conditions and lifestyle behaviors. Over 90% of the records did not mention any evaluation related to cognitive impairment. These findings should contribute to the implementation of a diagnosis and treatment protocol for this disease, optimizing existing attendance with its planning and permanent education of health professionals in this area.

Keywords: Elderly, Cognitive Deficit and Dementia.

¹ Márcia Cristina Souza dos Santos (crismax2008@hotmail.com) é médica, Mestre em Saúde Coletiva pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), médica da Atenção Básica da Secretaria de Municipal de Saúde de Jacareí.

^{II} Tereza Etsuko da Costa Rosa (tererosa@isaude.sp.gov.br) é psicóloga, Doutora em Saúde Pública pela USP, docente do Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Instituto de Saúde SES/SP), Pesquisadora Científica VI do Instituto de Saúde SES/SP



Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. Isso pode ser observado pela significativa elevação da esperança de vida. Uma menina e um menino nascidos em 2012 chegarão a atingir, em média, respectivamente, uma idade de 72,7 e 68,1 anos. Isso significa 6 anos a mais do que a média mundial da esperança de vida para os nascidos em 1990. Os maiores progressos foram observados nos países em desenvolvimento cuja esperança de vida aumentou 9 anos entre 1990 e 2012²⁰.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) estimou em 2012 que no Brasil a população idosa soma 24,8 milhões de brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas¹².

Paralelamente ao envelhecimento populacional, observamos um incremento das doenças crônicas e degenerativas no perfil epidemiológico

da população. A essas condições podem advir sequelas que podem comprometer o nível de independência da população idosa.

Entre as doenças de caráter crônico as síndromes demenciais ganham destaque, dada a magnitude de sua prevalência e a influência na perda da autonomia e independência dos idosos. Estudo de base populacional, realizado em Catanduva/SP, observou prevalências de demência que aumentam exponencialmente com a idade, passando de 1,3% no grupo etário de 65 a 69 anos a 37,8% no de 85 anos e mais. Proporções semelhantes foram constatadas em estudo de metanálise, referido por Nitri em 1999¹⁸, conduzido por Jorm e colaboradores em 1987.

Nos últimos anos, o transtorno cognitivo leve (TCL), que se refere a pacientes que apresentam déficit cognitivo, usualmente acompanhado de anormalidades em testes neuropsicológicos, que não chegam a preencher critérios diagnósticos para demência, tem sido amplamente discutido na

literatura de estudos sobre a demência. O que tem chamado a atenção dos estudiosos é que o TCL pode representar um fator de risco para a demência⁷. Pessoas com TCL podem permanecer estáveis ou voltar à normalidade ao longo do tempo, mas mais da metade progride para uma demência dentro de cinco anos. Sendo esta condição um estado de risco para demência, sua identificação pode levar a uma prevenção secundária pelo controle dos fatores de risco associados²³. Nesse sentido, este estudo objetivou conhecer a prevalência e as características associadas ao déficit cognitivo na população de idosos residente em uma área de abrangência das unidades básicas de saúde no município de Jacareí, São Paulo.

Métodos

Tratou-se de um inquérito numa amostra de conveniência intencional, de corte transversal e analítico. Com o intuito de conferir à amostra uma boa representatividade populacional do município, as unidades de saúde foram selecionadas de acordo com o porte e antiguidade de estabelecimento da unidade, bem como pelo conhecimento prévio do perfil socioeconômico diversificado da população de cobertura. A aleatoriedade dos entrevistados foi proporcionada selecionando-se um idoso a cada três arrolados em uma lista elaborada com os usuários, possíveis entrevistados, que haviam comparecido à unidade de saúde no dia da realização das entrevistas. Os pacientes idosos, usuários das unidades de saúde, com demência já diagnosticada ou com deficiência auditiva (surdo-mudez) foram excluídos do presente estudo.

As entrevistas foram realizadas por equipe composta pelo pesquisador e por profissionais de saúde de nível médio das unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Foi feito um treinamento prévio,

com ênfase na aplicação das escalas de avaliação cognitiva, de depressão e de avaliação funcional.

A capacidade cognitiva foi avaliada por meio do **MEEM** (Miniexame do Estado Mental), considerado um instrumento capaz de medir a deterioração cognitiva ou diminuição das capacidades cognitivas superior ao esperado. O MEEM é uma escala de rastreio composta por 30 itens que avaliam a orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação, memória de procedimentos e linguagem. O escore varia de 0 a 30 pontos e utilizamos como ponto de corte 24 pontos ou mais e de 21 pontos ou mais para definir normalidade em indivíduos, respectivamente, para pessoas com mais de 4 anos de escolaridade e até 4 anos de escolaridade (Portaria nº491, de 23 de setembro de 2010).

Para a avaliação da depressão foi aplicada a versão reduzida de Yesavage (GDS-15), com 15 perguntas negativas/afirmativas. O diagnóstico de depressão é feito pelo número de pontos alcançados, onde o ponto de corte para os casos positivos é 6 ou mais⁸.

O estado de saúde foi avaliado com questões sobre hábitos de saúde e presença de doenças crônicas autorreferidos. O estado funcional foi avaliado por meio da escala de Katz (Atividades básicas da Vida Diária-AVD) e a Escala de Lawton (Atividades Instrumentais da Vida Diária-AIVD). A dificuldade na realização de cada atividade foi somada, e os idosos foram classificados em quatro categorias: 1) totalmente independentes (com nenhuma incapacidade funcional); 2) dependência leve (com 1 a 3 incapacidades); 3) dependência moderada (com 4 a 6 incapacidades) e 4) com dependência grave (mais de 7 incapacidades).

Os prontuários médicos dos entrevistados identificados como casos suspeitos de déficit cognitivo foram analisados, explorando-se os registros médicos de possíveis sinais e sintomas que pudessem ser correlacionados com déficit

cognitivo. Por exemplo, buscaram-se queixas sobre alteração de memória, falta de atenção a atividades rotineiras, troca de ônibus, frequentes esquecimentos de objetos (como bolsas, documentos, etc.) e nomes de familiares e alterações na capacidade funcional. Quando um ou mais itens desses aspectos foram registrados no prontuário, considerou-se que o déficit cognitivo e/ou demência já havia sido relatado/reconhecido. Do contrário, considerou-se que não houve queixa por parte do paciente nem iniciativa do profissional para a identificação de possíveis alterações cognitivas. Tal análise foi realizada pelo pesquisador médico obedecendo aos critérios de avaliação diagnóstica e de sigilo médico.

Os dados obtidos foram informatizados por meio do programa Epi-info e analisados por meio do programa SPSS, versão 13.0.

O tratamento estatístico foi composto por distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis sociodemográficas, de saúde, de estilo de vida e uso de medicamentos de modo que trace o perfil dos idosos estudados. A análise inferencial das variáveis qualitativas foi realizada por meio do teste qui quadrado. O estudo admitiu o nível de significância 5% ($p \leq 0,05$).

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e todos os entrevistados assinaram voluntariamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 383 idosos usuários atendidos nas unidades básicas de saúde, e dos 406 idosos sorteados, houve 24 (5,9%) recusas, tendo como principal motivo o tempo de espera para a realização do inquérito.

A descrição e distribuição dos idosos segundo as características socioeconômicas estão

apresentadas na tabela 1, na qual se observou que a proporção de casos positivos de déficit cognitivo era significativamente maior nos grupos etários mais velhos, entre os viúvos e entre os analfabetos.

Com base na tabela 2 descrevemos o perfil de saúde da população estudada e a sua relação com o déficit cognitivo. Considerando-se a metodologia transversal da investigação, não é possível afirmar sobre a precedência das outras condições de saúde sobre o déficit cognitivo e vice-versa, entretanto, constatou-se associação estatisticamente significativa entre ser positivo para déficit cognitivo e capacidade funcional, em que as proporções de déficit cognitivo aumentavam quanto maior era o número de incapacidades. Maior proporção de déficit cognitivo foi observada no grupo de idosos que relataram quedas. Chamou a atenção que não se verificou associação estatisticamente significativa entre a positividade na escala para declínio cognitivo e a queixa autorreferida sobre problema de memória, presença de hipertensão e de diabetes.

A descrição das características de estilo de vida e a sua relação com o déficit cognitivo estão apresentadas na tabela 3. Observaram-se associações estatisticamente significativas entre déficit cognitivo e alguns comportamentos considerados negativos do estilo de vida, como não praticar atividade física, ter o hábito do fumo, não ter vida sexual ativa e não frequentar centros de convivência. Inesperadamente, o consumo de álcool se mostrou favorável à ausência de déficit cognitivo.

Considerando os 128 pacientes identificados como suspeitos para déficit cognitivo, 109 prontuários foram localizados (85,16%) e na análise deles identificaram-se apenas 7 prontuários com menção direta ao transtorno de memória (esquecimento) o que corresponde a 6,42% dos casos. Constatou-se, também, que estes casos não estavam entre os inscritos no programa de distribuição de medicamentos ao paciente com demência.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis socioeconômicas e a sua relação com o déficit cognitivo. Jacareí, 2013.

Variáveis	Casos suspeitos de déficit cognitivo			
	N	%	Sim	p
Grupos etários				
60-64	126	33,0	23,8%	0,003
65-69	97	25,4	33,0%	
70-74	78	20,4	34,6%	
75-79	45	11,8	37,8%	
80+	36	9,4	58,3%	
Total	382	100,0		
Sexo				
Masculino	165	43,1	28,5	0,075
Feminino	218	56,9	37,2	
Total	383	100,0		
Cor da pele				
Branca	302	78,9	31,1%	0,256
Negra (parda+preta)	70	18,3	41,4%	
Amarela	6	1,6	33,3%	
Total	382	100,0		
Estado civil				
Casado	204	53,3	26,5%	0,006
Solteiro	25	6,5	36,0%	
Separado	46	12,0	32,6%	
Viúvo	108	28,2	46,3%	
Total	383	100,0		
Escolaridade				
Analfabeto funcional*	85	22,2	71,8%	< 0,001
Primário	204	53,3	25,0%	
Ginásio	48	12,5	22,9%	
Colegial ou mais	46	12,0	10,9%	
Total	383	100,0		
Mora sozinho				
Sim	53	13,8	32,1%	0,823
Não	330	86,2	33,6%	
Total	383	100,0		

*Considerou-se analfabeto funcional pessoa que se autodeclarou analfabeto ou que frequentou até o 3º ano do ensino fundamental

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo variáveis de saúde e a sua relação com o déficit cognitivo. Jacareí, 2013.

Variáveis	Casos suspeitos de déficit cognitivo			
	N	%	Sim	p
Déficit cognitivo				
Não	255	66,6		
Sim	128	33,4		
Total	383	100,0		
Depressão				
Não	309	80,7	32,0%	0,242
Sim	74	19,3	39,2%	
Total	383	100,0		
Avaliação subjetiva de saúde				
Ótima	28	7,9	35,7%	0,469
Boa	240	67,6	30,4%	
Má	64	18,0	40,6%	
Péssima	23	6,5	34,8%	
Total	355	100,0		
Hipertensão				
Sim	261	70,5	36,0%	0,115
Não	109	29,5	27,5%	
Total	370	100,0		
Diabetes				
Sim	131	35,9	30,5%	0,299
Não	234	64,1	35,9%	
Total	365	100,0		
Doença cardíaca				
Sim	80	24,1	32,5%	0,789
Não	252	75,9	34,1%	
Total	332	100,0		
Doença nervosa				
Sim	177	47,1	35,6%	0,482
Não	199	52,9	32,2%	
Total	376	100,0		
Insônia				
Sim	152	40,2	36,8%	0,315
Não	226	59,8	31,9%	
Total	378	100,0		
Capacidade funcional				
Nenhuma incapacidade	196	51,9	24,5%	< 0,001
1-3 incapacidade	120	31,7	36,7%	
4-6 incapacidade	40	10,6	55,0%	
7+ incapacidade	22	5,8	59,1%	
Total	378	100,0		
Problema de memória				
Sim	172	45,1	35,5%	0,483
Não	209	54,9	32,1%	
Total	381	100,0		
Quedas				
Sim	82	21,5	42,7%	0,037
Não	299	78,5	30,4%	
Total	381	100,0		

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo variáveis de estilo de vida e a sua relação com o déficit cognitivo. Jacareí, 2013.

Variáveis	N	%	Casos suspeitos de déficit cognitivo	
			Sim	p
Prática atividade física				
Sim	142	37,3	26,1%	0,020
Não	239	62,7	37,7%	
Total	381	100,0		
Fumo				
Fuma atualmente	45	11,8	44,4%	0,031
Já fumou, agora não fuma	131	34,5	25,2%	
Nunca fumou	204	53,7	35,8%	
Total	380	100,0		
Consumo de álcool				
Sim	49	12,9	14,3%	0,008
Não	255	66,9	37,3%	
Já bebeu, agora não	77	20,2	33,8%	
Total	381	100,0		
Vida sexual ativa				
Sim	161	42,3	27,3%	0,027
Não	220	57,7	38,2%	
Total	381	100,0		
Atividade de lazer				
Sim	232	61,5	31,0%	0,214
Não	145	38,5	37,2%	
Total	377	100,0		
Frequenta bailes				
Sim	18	13,2	16,7%	0,087
Não	118	86,8	37,3%	
Total	136	100,0		
Frequenta centro de convivência				
Sim	19	14,2	10,5%	0,018
Não	115	85,8	38,3%	
Total	134	100,0		
Frequenta igreja				
Sim	214	82,9	32,7%	0,640
Não	44	17,1	36,4%	
Total	258	100,0		

Discussão

Na presente pesquisa, a suspeita de déficit cognitivo foi observada em 33,4% dos idosos, achado que se assemelha a outros estudos brasileiros descritos na literatura^{5,9,11,14}, onde se

utilizaram o mesmo instrumento de avaliação. No entanto, em estudo populacional de idosos no município de São Paulo constatou-se, pelo miniexame do Estado Mental, 6,9% de deterioração cognitiva¹³ e em estudo com idosos frequentadores de um programa de exercício físico a prevalência observada foi de 9,1%⁴. A variabilidade na prevalência de déficit cognitivo nos diferentes estudos, até empregando-se o mesmo instrumento de avaliação, pode ser explicada pelo perfil da população na qual foi feita a avaliação, dado que investigações já evidenciaram que escores de tal instrumento sofrem influência da idade² e do nível de escolaridade^{2,3}.

De qualquer forma, pelos resultados desta pesquisa, a prevalência de aproximadamente 30,0% de casos suspeitos no grupo etário entre 60 e 69 anos é bastante preocupante por seus possíveis impactos sociais, no tocante ao suporte financeiro e social em seus núcleos familiares. Esta impressão é sustentada considerando-se as informações da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD-2002) que na população de 60 anos e mais, respectivamente, 41% e 13% dos homens e das mulheres eram economicamente ativos²⁷.

Os resultados deste trabalho mostraram a associação significativa entre a presença de déficit cognitivo e idade, estado civil e escolaridade. Os achados são consistentes com a literatura que também indica que a prevalência de déficit cognitivo aumenta gradativamente conforme aumenta a idade e é maior naqueles que possuem baixo nível de escolaridade e entre os que vivem sozinhos^{15,26}. Esses achados são preocupantes na medida em que observamos na amostra estudada um número considerável de idosos maiores de 80 anos (10%) e de idosos morando sós (14%), situações em que, respectivamente, mais da metade e mais de um terço dos idosos foram

identificados como caso suspeito de demência. Entretanto, podemos considerar como quadro mais alarmante a situação dos idosos que apresentaram muito baixa escolarização, grupo no qual os casos suspeitos de demência ultrapassam os 70%. Seria desejável que os profissionais de saúde fossem capacitados para um olhar mais atento para esses idosos identificados como grupos de risco para a disfunção cognitiva.

Além da demência, a depressão, também por sua magnitude, tem grande relevância e impacto na qualidade de vida dos idosos, comprometendo a independência e autonomia do indivíduo. A associação entre depressão e déficit cognitivo é relatada em diversos estudos^{4,9,22}, no entanto o presente estudo não concordou com tais achados. Adicionalmente, outras investigações, que focalizam a percepção subjetiva de perda de memória, observaram que essa queixa estava associada a sintomas depressivos^{10,28}, embora outros contrariem esses resultados²¹. Isso sugere que ainda não há consenso entre a relação entre estado cognitivo e sintomas depressivos, indicando que outros fatores do processo de envelhecimento podem estar influenciando em ambas as condições.

A forte relação encontrada entre certos comportamentos de estilo de vida e a deterioração cognitiva, tais como ausência de lazer e de vida sexual, sedentarismo e o hábito de tabaco, também, é consistente em outros estudos²³. Este autor mostra, ainda, que intervenções que promovam a realização de algumas dessas atividades, com apoio psicológico ou de outros especialistas durante a reabilitação neuropsicológica, têm impacto na redução do risco de desenvolver demência²³. Nesse sentido, o desenvolvimento de ações ou programas que promovam o acesso de maior número de idosos a essas atividades podem trazer benefícios prevenindo ou postergando o declínio do déficit cognitivo em idosos.

Neste estudo não se observaram associações significativas entre déficit cognitivo e as doenças não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes melito), cardiopatias, queixas de memória ou outros transtornos mentais (insônia, doença nervosa). A relação entre hipertensão arterial e a função cognitiva tem sido bastante focada em diversos estudos, embora os resultados não tenham sido conclusivos. Sashida e colaboradores (2008)²⁴ conduziram um estudo de revisão de onze trabalhos publicados no período compreendido entre 1996 e 2006 e externava que a maioria deles relatava relação positiva entre hipertensão arterial e déficit cognitivo. No entanto, congruentes com o presente estudo, outros autores refutam tal relação^{3,5}. Banhato e Guedes (2011)³ mostraram que a escolaridade exerce um papel preponderante na relação entre hipertensão arterial e déficit cognitivo. Quando os grupos de idosos com baixa e com alta escolarização foram analisados separadamente, obtiveram como resultado que a relação dos agravos foi positiva somente no grupo de pior escolaridade, sugerindo que esta está relacionada tanto com o déficit cognitivo quanto com a hipertensão arterial. Da mesma forma, Cesarino e col. (2008)⁶, em estudo com objetivo de identificar fatores de risco dos hipertensos em São José do Rio Preto/SP, estimaram maiores prevalências da condição entre indivíduos menos escolarizados.

Esses achados, aliados às consideráveis prevalências de analfabetismo funcional e de altas prevalências de ausência de comportamentos saudáveis nos idosos estudados, corroboram a necessidade de investimentos em intervenções que favoreçam a adesão de comportamentos saudáveis e em atividades sociais, educacionais e de lazer²³.

Salientamos a associação significativa entre disfunção cognitiva e incapacidade funcional, na

qual observamos que a prevalência de casos positivos de demência aumenta gradativamente conforme aumenta o número de incapacidades, chegando ao dobro a prevalência de demência entre idosos com sete ou mais incapacidades em relação àqueles sem nenhuma incapacidade. Levando em conta a metodologia transversal do presente estudo, chamamos a atenção para a hipótese da causalidade reversa, que é a impossibilidade de afirmarmos sobre a precedência temporal do declínio cognitivo sobre a condição de incapacidade funcional ou vice-versa. No entanto, diversos estudos confirmam a associação entre as duas condições^{19,25} de tal sorte que a combinação da avaliação e monitoramento tanto das habilidades cognitivas quanto das capacidades funcionais para o desempenho de atividades da vida diária é imprescindível^{1,2}.

Conhecer e quantificar o grau de autonomia e independência de um idoso podem qualificar as condições do idoso para que intervenções específicas possam ser indicadas para a manutenção da qualidade de vida dele.

No que tange à análise dos prontuários, em alguns deles observou-se que apareciam queixas sugestivas de déficit cognitivo, mas em nenhum momento houve um aprofundamento a respeito da queixa ou investigação diagnóstica pelo profissional de saúde. Tal fato reafirma a ausência de um olhar diferenciado às especificidades dos idosos. Além disso, o fato de os possíveis casos identificados pelos profissionais não constarem entre os pacientes em tratamento medicamentoso confirma que não foram encaminhados para tal tratamento. A pergunta que é preciso ser feita é: mesmo que esses pacientes não tenham sido encaminhados para o tratamento medicamentoso por não necessitarem dele, qual o cuidado que foi ou está sendo prestado a eles pelos serviços existentes no município?

Considerações e recomendações

Em que pesem a magnitude do problema da demência entre idosos e a necessidade de ações específicas para atender ao agravo, cabe lembrar que no âmbito da Agenda de Compromisso pela Saúde do Ministério da Saúde foi pactuada a saúde do idoso como uma das prioridades, e as principais diretrizes de atenção à saúde do idoso já estão traçadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹⁷.

Nesse contexto, recomendamos aos gestores municipais um conjunto de ações e de cuidados ao idoso, tendo o déficit cognitivo como agravo norteador e com ênfase em ações de prevenção e de reabilitação, e a atenção integral à saúde do idoso como pano de fundo em todo o processo de produção do cuidado. No caso do município protagonista deste estudo, esse plano de intervenção consistiu em estruturar um conjunto de ações de cuidado aos idosos, levando em consideração grupos específicos apontados pelo presente estudo, com destaque na manutenção da sua independência e autonomia. Nesta estratégia pretende-se apontar as possibilidades da implantação na atenção básica de programas de reabilitação neuropsicológica, com atividades como oficina de memória, treinamento nas atividades de vida diárias e estímulo a atividades físicas e de lazer com intuito de impactar na progressão do transtorno cognitivo. Além disso, faz parte do programa a sensibilização e formação dos profissionais de saúde e cuidadores familiares de idosos com quadro demencial.

Esperamos, com os achados do presente estudo, contribuir de forma importante para subsidiar outros trabalhos e intervenções na área dos cuidados à população idosa.

Referências

1. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2005; 32 (3): 131-136.
2. Almeida OP, Nitrini R. Demência. São Paulo: Fundação Byk, 1998.
3. Banhato EFC, Guedes DV. Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. *Est Psicol.* 2011; 28(2): 143-151.
4. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(4): 273-279.
5. Cavalini LT, Chor D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6(1):7-17.
6. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorla LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91(1):31-35.
7. Clemente RSG, Ribeiro-Filho ST. Comprometimento cognitivo leve: aspectos conceituais, abordagem clínica e diagnóstica. *Rev Hosp Univer Pedro Ernesto.* 2008; 7(1): 68-77.
8. Delacorte RR, Ferrari JF. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Med.* 2007; 17(1): 3-8.
9. Gomes JEM, Ruiz T, Corrente JE. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. *Rev Bras Med Fam Comun.* 2011; 6(19): 125-32.
10. Guerreiro TC, Veras SR, Motta LB, Veronesi A, Schmidt S. Queixa de memória e disfunção objetiva em idosos que ingressam na oficina da memória Unati/UERJ. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2006; 9(1):7-20.
11. Holz AW, Numes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2013; 16(4):880-8.
12. IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Brasil. [atualizado em 12 nov 2013; acesso em 12 nov 2013]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=pnad&o=3&i=P&c=261>
13. Laurenti R, Lebrão ML. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 127-41.
14. Macedo AML, Cerchiarri EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(3):358-63.
15. Marques PRB, Cabral Filho, JE. Influence of age and schooling on the performance in a modified mini-mental state examination version: a study in Brazil Northeast. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2005; 63(3-A):583-587.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 491, de 23 de setembro de 2010. Institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença de Alzheimer - Secretaria de Atenção à Saúde. [acesso em 10 mar 2014]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0491_23_09_2010.html
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde de 19 de Outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.
18. Nitrini R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín.* 1999; 26(5): 1-10.
19. Oliveira DLC, Goretti LC, Pereira LSM. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo-piloto. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10(1): 91-96.
20. OMS - Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial [monografia na internet]. 2014. [acesso em 1 jul 2014]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1
21. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín.* 2010; 37(1):23-6.
22. Porto P, Hermolin M, Ventura P. Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Rev Bras Ter Cognit* [periódico na internet]. 2002 [acesso em 6 jun 2014]; 4(1):63-70. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt.
23. Rabelo DF. Comprometimento cognitivo leve em idosos: avaliação, fatores associados e possibilidades de intervenção. *Rev Kairós Gerontol.* 2009;12(2): 65-79.
24. Sashida VT, Fontes SV, Driusso P. Relação entre hipertensão arterial e cognição. *Rev Neurociên.* 2008; 16(2):152-156.
25. Soares E, Coelho MO, Carvalho SMR. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Rev Kairós Gerontol.* 2012; 15(5): 117-139.
26. Valle EA, Costa EC, Firmino JOA. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no *Mini Exame do Estado Mental* entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Publ.* 2009; 25(4):918-926.
27. Wajzman S, Oliveira AMHC, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p. 453-480.
28. Xavier F, Ferraz MPT, Argimon I, Moriguchi EH. A relevância clínica da percepção subjetiva de perda de memória por pessoas de idade. *Rev Bras Neurol.* 2001;37(1):24-28.