

DECLÍNIO COGNITIVO EM IDOSOS ACOMPANHADOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE, BRASIL

COGNITIVE DYSFUNCTION OF ELDERLY ACCOMPANIED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE CITY OF RIO BRANCO, ACRE, BRAZIL

VALGERLÂNGELA MARIA SOUSA DA SILVA¹, VALÉRIA TEIXEIRA DA COSTA², GENILDA DE ANDRADE BARBOSA³, ANDRÉIA BRAGA DA COSTA⁴, CARLOS FILGUEIRAS DE ASSIS JUNIOR⁵, ELTIENNE GEANE DE SOUZA BOTELHO⁶, ORIVALDO FLORÊNCIO DE SOUZA⁷, EMMERSON CORRÊA BRASIL DA COSTA^{8*}

1. Bióloga, Assistente Social e mestre pela Pós-graduação em Ciência da Saúde para Amazônia Ocidental pela Universidade Federal do Acre; 2. mestre pela Pós-graduação em Ciência da Saúde para Amazônia Ocidental pela Universidade Federal do Acre; 3. Biomédica e mestre pela Pós-graduação em Ciência, Inovação e Tecnologia para a Amazônia; 4. Assistente Social pela Universidade Paulista de Rio Branco, Acre; 5. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Acre; 6. Acadêmica do Curso de Graduação em Biologia pela Universidade Federal do Acre; 7. Educador Físico, Doutor pela Faculdade de Saúde Pública da USP, docente do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre; 8. Biomédico, Doutor pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, docente da Pós-graduação em Ciência da Saúde para Amazônia Ocidental e do Desporto da Universidade Federal do Acre.

* Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, BR364 KM 04, Distrito Industrial, Rio Branco, Acre. Brasil. CEP: 69920-900. costaemm.biomed@yahoo.com

Recebido em 08/11/2021. Aceito para publicação em 29/11/2021

RESUMO

Objetivo: Analisar o declínio cognitivo em idosos acompanhados pela estratégia saúde da família no município de Rio Branco-Acre. **Método:** Estudo transversal com 416 idosos de ambos os sexos acompanhados por Equipes da Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se análise descritiva através da frequência absoluta para as variáveis independentes. Para a avaliação das variáveis categóricas e associação simultânea, foram utilizados o teste qui-quadrado com nível de significância $p < 0,05$ e modelo de regressão logística, com intervalo de confiança IC (95%). **Resultados:** Na amostra prevaleceram idosos do sexo feminino (63,9%), com idade entre 60 a 69 anos (45,2%). O déficit cognitivo foi identificado em 68,5% dos idosos. Na associação da função cognitiva com as variáveis sociodemográficas, foi observado que o sexo feminino teve prevalência de 69,9% de declínio cognitivo. Indivíduos de cor parda/negra apresentaram 69,2% declínio cognitivo. Ocorreram diferenças significativas em relação à escolaridade ($p=0,012$), depressão ($p=0,030$) e osteoporose ($p=0,041$). **Conclusão:** O declínio cognitivo é frequente em idosos e está associada ao nível de escolaridade e morbidades, principalmente no sexo feminino. Os dados indicam a importância do diagnóstico precoce de declínio cognitivo, que permitirá um tratamento mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, disfunção cognitiva, testes de estado mental e demência, estratégia saúde da família.

ABSTRACT

Objective: This study aims to analyze the cognitive dysfunction of elderly accompanied by the Family Health Strategy in the city of Rio Branco, Acre. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 416 elderly individuals of both sexes, accompanied by Family Health Strategy Teams. Descriptive analysis was performed using the absolute

frequency for the independent variables. For the evaluation of categorical variables and simultaneous association was used the chi-square test with significance level $p < 0.05$ and a logistic regression model, with (95%) CI confidence interval. **Results:** In the sample prevailed elderly females (63.9%), aged 60-69 years (45.2%). Cognitive deficit was identified in 68.5% of the elderly people. In the association of cognitive function with sociodemographic variables was observed that the female gender had a prevalence of 69.9% of cognitive decline. Brown/black individuals presented a 69.2% cognitive decline. There were significant differences in relation to schooling ($p = 0.012$), depression ($p = 0.030$) and osteoporosis ($p = 0.041$). **Conclusions:** Cognitive decline is common in elderly people, and it is associated with educational level and morbidities, especially in females. The data indicate the importance of an early diagnosis of cognitive decline which will allow a more effective treatment.

KEYWORDS: Aged, cognitive dysfunction, mental status and dementia tests, family health strategy.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade. A população idosa passará dos atuais 12,5% para aproximadamente 30% até 2050^{1,2}. O aumento do número de idosos tem como consequências o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e a modificação do perfil epidemiológico de morbidade da população, acarretando uma sobrecarga aos serviços de saúde, trazendo consequências sociais e econômicas à saúde pública do país^{3,4}.

O processo de envelhecimento caracteriza-se pelo comprometimento no funcionamento de todos os

sistemas do organismo, sendo o Sistema Nervoso Central um dos mais afetados com o desenvolvimento de alterações no sistema de neurotransmissores e hipotrofia cerebral. Essas modificações acontecem preferencialmente nas regiões responsáveis pelas funções cognitivas e, conseqüentemente, é comum observar desde mínimos até significativos prejuízos dessa função entre os indivíduos idosos⁵.

A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano^{6,7}. Dentre as síndromes incapacitantes, a demência destaca-se como uma das principais causas de comprometimento funcional e da qualidade de vida do idoso⁸. Cerca de 60% dos casos de demência ocorrem em países de baixo e médio nível de desenvolvimento, representando um grande desafio do ponto de vista do planejamento dos serviços de atenção à saúde em virtude do impacto econômico e social dessas doenças sobre os governos e familiares⁸.

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 35 milhões de pessoas no mundo apresentavam algum grau de demência, sendo que este número poderá triplicar até 2050 atingindo mais de 115 milhões de pessoas⁸. No Brasil, a prevalência de declínio cognitivo variou entre 4,9% em Pouso Alegre/MG⁹, 19,1% em Montes Claros/MG¹⁰ e 34,1% em Bagé/RS¹¹. Estudos tem demonstrado que as perdas cognitivas são mais frequentes na população feminina¹², entre indivíduos com baixa escolaridade¹³, que não praticam atividade física¹⁴ e entre aqueles de baixa condição econômica¹⁵.

A identificação do comprometimento cognitivo em idosos através do uso do instrumento minixame do estado mental, pode contribuir para um planejamento de ações que possibilitem a melhoria da assistência de saúde dos idosos, detecção precoce de declínio cognitivo, proporcionando a manutenção da capacidade funcional deste segmento populacional. O objetivo deste estudo foi de analisar o declínio cognitivo em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da família no município de Rio Branco-Acre.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, realizado em cinco comunidades acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família da Atenção Primária no município de Rio Branco-Acre, no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Este município tem uma população de 336.038 habitantes, sendo 21.620 idosos, correspondendo a 6,4% da população do município¹⁶.

A seleção dos sujeitos ocorreu por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em dois estágios. Consideraram-se como Unidade Primária de Seleção (UPS) os 11 segmentos de saúde existentes no município, e como Unidade Secundária de Seleção (USS) as Unidades Básicas de Saúde da família. Como seleção final 5 Estratégias Saúde da Família que apresentaram maior número de idosos cadastrados.

A amostra foi calculada considerando uma

prevalência de 20% para a população de 1.371 idosos, com erro amostral 0,04 e nível de confiança de 95%. Para proteger os efeitos de não resposta, considerou-se um aumento de 10% resultando no tamanho final de 422 idosos.

Como critério de inclusão, consideraram-se indivíduos com 60 anos a mais de ambos os sexos, aptos para responder ao questionário. Foram excluídos idosos acamados ou com diagnóstico de demência.

Para coleta de dados foi utilizado um questionário em blocos de variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida, atividade física, morbidades, uso de medicamentos e avaliação cognitiva.

Em relação às variáveis independentes, o bloco de dados sociodemográfico apresentou as informações sobre: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda financeira; bloco de condições de saúde: autopercepção de saúde e memória, morbidades com diagnóstico, uso de medicamentos; bloco de hábitos de vida: etilismo, tabagismo; bloco de atividade física: prática ou não da atividade física.

A variável dependente do estudo correspondeu à presença ou ausência de incapacidade cognitiva, avaliada e mensurada por meio do teste minixame do estado mental (MEEM).

O minixame do estado mental proposto por Folstein, Folstein & McHugh (1975), validado no Brasil por Bertolucci et al. em 1994, foi aplicado com o objetivo de determinar o nível cognitivo dos idosos¹⁷⁻¹⁹. É um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo, que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais¹⁹⁻²².

Este instrumento é composto por questões agrupadas em categorias para avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, memória imediata, cálculo, memória de evocação, nomeação, repetição, comando, leitura, frase, desenho, totalizando 30 pontos¹². Para definição da presença de declínio cognitivo o ponto de corte utilizado na análise foi o recomendado por Bruckiet al., utilizando os cortes por anos de estudo: sem escolaridade= 20 pontos; 1-4 anos=25 pontos; 5-8 anos= 26,5 pontos; 9-11 anos=28 pontos; 12 anos a mais= 29 pontos¹⁸.

A coleta de dados foi realizada através de visita nos domicílios dos idosos, onde foram feitas a abordagem e explicitados o objetivo da pesquisa e aplicado o questionário.

Para procedimentos das análises estatísticas, foi utilizado o auxílio do *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20. A análise descritiva da distribuição das variáveis é apresentada por meio de frequências absolutas. Para verificar os fatores associados ao declínio cognitivo com as variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson, sendo adotado o nível de significância $p < 0,05$.

Verificou-se a magnitude da associação através da razão de chances (*oddsratio*) para cada uma das variáveis independentes em relação a variável

dependente utilizando a regressão logística binária com intervalo de confiança de (IC95%).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Hospital das Clínicas do Acre-HCA/FUNDHACRE, sobre o CAAE: 59779016.8.0000.5009, parecer nº 1.760.738.

Todos os sujeitos foram convidados a participar do estudo e após a leitura e concordância, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 422 idosos, dos quais 416 responderam ao questionário. Seis idosos selecionados não atenderam aos critérios de inclusão. Da amostra global 63,9% do sexo feminino, com a idade entre 60 a 99 anos, com média de 72,02 anos ($dp \pm 8,84$ anos). Predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos (45,2%). Quanto à situação conjugal, (42,1%) casados/com companheiros, pardos/negros (74,8%). Entre os idosos, (39,2%) sem escolaridade, renda mensal de até 1 salário-mínimo (70,2%). Renda proveniente da aposentadoria (63,5%) e 76,1% dos idosos têm de duas a mais pessoas dependendo de sua renda (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos acompanhados pela estratégia saúde da família no município de Rio Branco. Acre, 2017

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	150	36,1
Feminino	266	63,9
Idade		
60 a 69 anos	188	45,2
70 a 79 anos	143	34,4
80 anos a mais	85	20,4
Estado civil		
Casado/com companheiro	176	42,1
Solteiro/divorciado/separado	111	26,7
Viúvo	129	31,0
Cor/raça		
Parda/negra	308	74,8
Branca	87	21,1
Amarela/índigena	17	4,1
Escolaridade		
Sem escolaridade	163	9,2
Com escolaridade	253	60,8
Renda Mensal		
Até 1 salário-mínimo	285	70,2
De 2 salários-mínimos a mais	121	29,8
Fonte de renda		
Trabalho remunerado	53	12,7
Aposentadoria	264	63,3
Pensão	86	20,7
Outras rendas	61	14,6
Dependentes da renda		
Nenhuma pessoa	94	23,9
2 a mais pessoas	299	76,1

Fonte: O autor (2017)

A percepção de saúde e de memória foi referida como regular/muito ruim/ruim respectivamente, 61,5% e 60,8% pelos idosos. Com relação às morbidades, a hipertensão apresentou (66,3%) de prevalência seguida

de osteoporose (27,1%) e depressão (25,9%). Quanto aos hábitos de vida constatou-se que 77,2% nunca consumiu bebidas alcoólicas e 47%, nunca fumou e quanto a prática de atividade física de pelo menos uma caminhada de 10 minutos, 73,3% referiram não realizar (Tabela 2).

Tabela 2. Percepção de memória e saúde, presença de morbidades, hábitos de vida de idosos acompanhados pela estratégia saúde da família no município de Rio Branco. Acre, 2017.

Variáveis	n	%
Percepção da memória		
Regular/Ruim/muito ruim	253	60,8
Muito boa/boa	163	39,2
Percepção de Saúde		
Regular/Ruim/muito ruim	256	61,5
Muito boa/boa	160	38,5
Morbidades		
Hipertensão Arterial	276	66,3
Depressão	108	25,9
Osteoporose	113	27,1
Insuficiência renal crônica	62	14,9
Doença do coração ou cardiovascular	80	19,2
Diabetes	68	16,3
Consumo de bebidas alcoólicas		
Nunca bebeu	322	77,2
Bebeu e parou	62	14,9
Bebe atualmente	32	7,7
Hábito de fumar		
Nunca fumou	196	47,0
Fumou e parou	160	38,4
Fuma atualmente	60	14,4
Atividade física (caminhada no mínimo 10 minutos)		
Não pratica	305	73,3
Pratica	111	26,7

Fonte: O autor (2017)

Na associação da função cognitiva com as variáveis sociodemográficas, foi observado que o sexo feminino teve prevalência de 69,9% de declínio cognitivo. Idosos com idade de 80 anos a mais, solteiro/separados/divorciados/viúvos apresentaram 72,9% e 70% declínio cognitivo respectivamente (Tabela 3).

O estudo da associação entre os sexos e desempenho cognitivo mostrou que os indivíduos do sexo feminino apresentaram 1,19 vezes mais chances de desenvolvimento de declínio cognitivo (Tabela 3).

O incremento da faixa etária evidenciou um aumento do declínio cognitivo em que idosos com 80 anos a mais que apresentaram 1,29 vezes mais chances de ocorrência do desfecho quando comparados com as outras faixas etárias (Tabela 3).

Observou-se que indivíduos sem escolaridade apresentaram diferenças estatisticamente significativas associadas ao maior comprometimento cognitivo ($p=0,012$) e idosos que não realizam atividades físicas pelo menos 10 minutos de caminhada apresentaram 1,12 vezes mais chances de desenvolver declínio cognitivo (Tabela 3).

Na análise com as variáveis morbidades, as doenças que apresentaram mais chances de desenvolver declínio cognitivo foram: diabetes (OR=1,22), bronquite/asma

(OR=1,02), Insuficiência renal (OR=1,63), incontinência urinária (OR=1,23) e hipertensão arterial (OR=1,18). Ocorreram diferenças estatisticamente significativas com depressão ($p=0,030$) e osteoporose

($p=0,041$). Idosos que fazem uso de 5 ou mais medicamentos (73%) tem 1,32 chances de desenvolver declínio cognitivo (Tabela 4).

Tabela 3. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em relação às variáveis sociodemográficas e atividade física entre idosos acompanhados pela estratégia saúde da família no município de Rio Branco. Acre, 2017.

Variável	n	Com declínio %	OR/IC 95%	P
Sexo				
Masculino	150	66,0	1	
Feminino	266	69,9	1,19 (0,78-1,83)	0,408
Faixa etária				
60 a 69 anos	188	67,6	1	
70 a 79 anos	143	67,1	0,98 (0,61-1,56)	0,936
80 anos a mais	85	72,9	1,29 (0,73-2,28)	0,372
Estado civil				
Casado/ companheiro	175	66,3	1	
solteiro/divorciado/separado	240	70,0	0,84 (0,55-1,27)	0,422
viúvo				
Escolaridade				
Com escolaridade	253	73,1	1	
Sem escolaridade	163	61,3	1,71 (1,12-2,60)	<0,012*
Renda				
Sim	391	69,1	1	
Não	25	60,0	1,48 (0,65-3,40)	0,344
Arranjo familiar				
Reside com familiar	368	68,5	1	
Reside sozinho	48	68,8	1,01 (0,52-1,93)	0,970
Prática de Atividade física (caminhada no mínimo 10min)				
Sim	74	66,7	1	
Não	211	69,2	1,12 (0,70-1,78)	0,625

* $p < 0,05$

Fonte: O autor (2017)

Tabela 4. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo com morbidades e uso de medicamentos entre idosos acompanhados pela estratégia saúde da família no município de Rio Branco. Acre, 2017.

Variável	n	Com declínio %	OR/IC95%	p
Diabetes				
Não	348	67,8	1	
Sim	68	72,1	1,22 (0,68-2,17)	0,491
Bronquite/asma				
Não	360	68,3	1	
Sim	56	69,6	1,02 (0,54-1,93)	0,939
Insuficiência renal				
Não	354	66,9	1	
Sim	62	77,4	1,63 (0,85-3,13)	0,104
Osteoporose				
Não	303	65,7	1	
Sim	113	76,1	1,49 (0,89-2,48)	<0,041*
Hipertensão				
Não	140	65,7	1	
Sim	276	69,9	1,18 (0,76-1,83)	0,381
Depressão				
Não	308	65,6	1	
Sim	108	76,9	1,60 (0,96-2,68)	<0,030*
Incontinência urinária				
Não	300	73,3	1	
Sim	116	66,7	1,23 (0,75-2,02)	0,193
Uso de medicamentos (5 ou mais)				
Não	316	67,1	1	
Sim	100	73,0	1,32 (0,80-2,18)	0,267

* $p < 0,05$. Fonte: O autor (2017)

4. DISCUSSÃO

Neste estudo encontrou-se a prevalência de declínio cognitivo entre os idosos estudados, com escores abaixo do ponto de corte e com maior evidência no sexo feminino. Dados semelhantes foram encontrados em estudos nacionais em outras regiões do país^{9,11,23}.

Observou-se maior chance de ocorrência de declínio cognitivo na faixa etária de 80 anos ou mais, verificados em estudos, onde a prevalência aumenta conforme o avançar da idade^{7,9}. Estudos referentes a sintomas psiquiátricos na doença de Alzheimer e sua relação com o estado cognitivo, relata que durante o processo de envelhecimento, 15% das pessoas desenvolvem inicialmente incapacidade cognitiva progressiva. Desse total, mais ou menos 5% das pessoas acima de 65 anos e 20% acima de 80 desenvolvem demência de grau moderado a grave²³.

Neste estudo os dados revelaram que a variável escolaridade apresentou diferenças estatisticamente significativas associadas ao maior comprometimento cognitivo entre os idosos. Dados que corroboram com estudos nacionais^{4,10,22}.

As pesquisas internacionais encontraram prevalência de comprometimento cognitivo em idosos não alfabetizados, como de Xangai/China foi de 50,5% entre os que não haviam completado a escola primária do país e gradativamente foi decrescendo conforme aumentaram os anos de estudos forma²⁴.

Associação entre escolaridade e perdas cognitivas foi observada em levantamento conduzido entre a população norte-americana, em que os autores constataram que idosos que viviam em áreas onde a maioria da população não tinha atingido o ensino médio apresentavam menor capacidade cognitiva²⁵.

Idosos que não realizam atividade física apresentaram chances de ter declínio cognitivo neste estudo. Em Juiz de Fora (MG), o estudo com idosos fisicamente ativos e menos ativos, encontraram diferenças significativas em idosos menos ativos com comprometimento cognitivo²⁶.

Quanto à influência das morbidades para o desenvolvimento do declínio cognitivo, as doenças que apresentaram maiores chances de desenvolver declínio cognitivo foram: depressão, osteoporose, hipertensão arterial, diabetes, bronquite/asma, Insuficiência renal, incontinência urinária. Pesquisas têm demonstrado que há existência de um risco relativo entre má saúde e deficiência cognitiva. No estudo realizado em Rio Grande do Norte (RN)²⁷, verificaram que a possível causa de baixo escore no MEEM pode ser a presença de doenças somáticas. Já no estudo com idosos hipertensos e idosos normotensos, encontraram uma forte relação de idosos com hipertensão arterial como fator de risco para o declínio cognitivo²⁸.

Neste estudo ocorreram diferenças estatisticamente significativas com depressão e osteoporose. No estudo em Bagé no Rio Grande do Sul, a depressão aumentou o risco para comprometimento cognitivo¹². Idosos com comprometimento cognitivo apresentaram alteração de

humor, ficaram mais deprimidos, numa razão de chance de 1,81 em relação àqueles sem déficit cognitivo²⁹. No estudo em São Paulo, a depressão aumentou o risco para o declínio cognitivo em 2,2 chances, em relação aos sem declínio cognitivo⁴.

A osteoporose tem forte relação com quedas, fraturas e declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida do indivíduo³⁰⁻³². Idosos com osteoporose tem mais frequência de quedas, uma vez que a presença dessa doença associa-se com sexo feminino e idade avançada³²⁻³³.

A osteoporose pós-menopausa tem sido associada ao declínio cognitivo acelerado, no entanto, pouco se sabe sobre os efeitos do tratamento médico nas funções cognitivas. Os autores avaliaram os efeitos do tratamento com bifosfonatos e suplementação de cálcio e vitamina D em funções cognitivas em 45 mulheres com osteoporose pós-menopausa que foram iniciadas em tratamento médico, porém as funções cognitivas nas mulheres permaneceram inalteradas. Maiores doses de suplementos de cálcio e vitamina D provavelmente teriam melhores efeitos cognitivos em comparação com doses mais baixas³⁴.

No estudo sobre uso de ácido zoledrônico e risco de declínio cognitivo entre mulheres idosas e homens com osteoporose, e concluíram que as funções cognitivas permaneceram estáveis 12 meses após a administração do primeiro ácido zoledrônico³⁵.

Em idosos que referiram fazer uso de 5 ou mais medicamentos neste estudo, ocorreu um aumento do risco para o declínio cognitivo. O uso concomitante de múltiplos medicamentos pode trazer diversos desfechos indesejáveis à saúde como o aumento na ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas, menor adesão à terapia medicamentosa, diminuição da capacidade funcional e declínio cognitivo no idoso³⁵.

5. CONCLUSÃO

Os resultados presentes neste estudo demonstram que o desempenho cognitivo dos idosos avaliados revelou prevalência de declínio expressiva. Indivíduos com maior idade tendem a apresentar grande probabilidade de incapacidade cognitiva, devido às alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. Este é um dado que necessita ser acompanhado e tratado, pois trás impactos negativos das perdas cognitivas na saúde e bem-estar das pessoas idosas.

Foram encontrados resultados aparentemente diferentes de outros estudos nesta pesquisa como fator associado ao declínio cognitivo com indivíduos que apresentam osteoporose e devem ser alvos de futuras pesquisas.

Limitações deste estudo são reconhecidas, por se tratar de uma pesquisa com delineamento transversal, contudo, os dados deste estudo permitirão subsidiar pesquisas futuras envolvendo amostras maiores em contextos sociais diferentes.

6. AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, aos núcleos multidisciplinares de assistência (Unidade de Saúde), aos idosos cadastrados no programa Estratégia Saúde da Família localizados nas unidades de Ary Rodrigues, Vila Ivonete, São Francisco, Hidalgo de Lima, e Policlínica Barral e Barral. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Acre pelo apoio financeiro do Edital 001/2017 FAPAC/CNPq (Programa de Bolsas de Iniciação Científica-FAPAC/CNPq) e a Diretoria de Pesquisa da Universidade Federal do Acre pela concessão de bolsas PIBIC/UFAC e CNPq/UFAC.

7. REFERÊNCIAS

- [1] Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF/OPAS. 2015.
- [2] Araújo LF, Coelho CG, de Mendonça ET, Vaz AV, Siqueira-Batista R, Cotta RM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 30(1):80-86.
- [3] Andrade FLJP, Lima JMR, Fidelis KNM, Raig JJ, Lima KC. Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017; 20(2):186-197.
- [4] Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(2):87-94.
- [5] Cruz DT, Cruz FM, Ribeiro AL, Veiga CL, Leite ICG. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. *Cad Saúde Colet*. 2015; 23(4):386-93.
- [6] Moraes, EM. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde. 2. ed. Brasília. 2012; 10-11.
- [7] Sonia E, Bustamante Z, Bottino CCM, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J, Filho WJ. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. *Arq Neuro-psiquiatr*. 2003; 61(3A):601-6.
- [8] Dias EG Andrade FB, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Atividade avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2015; 31(8):1623-1635.
- [9] Faria EC, Silva SA, Farias KRA, Cintra A. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na estratégia saúde da família: município do Sul de Minas. *Rev. Esc. Enferm-USP*. 2011; 45(2):1748-52.
- [10] Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN, Souza JGS, Sá MAB, Oliveira LFB. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2014; 19(8):3417-28.
- [11] Holz AW, Nunes 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):880-888.
- [12] Santos AA, Mansano-Schlosser TCS, Ceolim MF, Pavarini SCI. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. *Rev. Bras Enferm*. 2013; 66(3):351-357.
- [13] Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter. Mov* [online]. 2013; 26(2):281-289.
- [14] Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev. Psiquiatr Clín* [online]. 2010; 37(1):32-35.
- [15] Macêdo AML, Cerchiarri EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paul Enferm* [online]. 2012; 25(3):358-363.
- [16] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo de 2010 [Internet] IBGE. 2014. [acesso em 15 Set. 2017]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia>.
- [17] Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini Mental state: a practical method for grading the cognitive state for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12:189-98.
- [18] Brucki SMD, Nitri R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do Estado mental no Brasil. *Arq-Neuropsiquiatr*. [online]. 2003; 31:777-81.
- [19] Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuro-psiquiatr*. [online] 1994; 52(1):1-7.
- [20] Castro CE, Dewey ME, Uchôa E, Firmo JO, Lima Costa MF, Stewart R. Validade de construção do minixame do estado mental ao longo do tempo em uma amostra com baixos níveis de escolaridade: acompanhamento de 10 anos do Estudo de Coorte de Bambuí sobre Envelhecimento. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014; 29(12):1294-1303.
- [21] Almeida O. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 1998; 56(3B):605-612.
- [22] Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40(4):712-719.
- [23] Gurian MBF, Oliveira RC, Laprega MR, Rodrigues Júnior AL. Rastreamento da função cognitiva de idosos não institucionalizados. *Rev. Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2):275-83.
- [24] Ding D, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Wang B, Luo J. Prevalence of mild cognitive impairment in an urban community in China: a cross-sectional analysis of the Shanghai Aging Study. *Alzheimers Dement*. 2014; 1(10):1-12.
- [25] Wight RG, Aneshensel CS, Miller-Martinez D, Botticello AL, Cummings JR, Karlamangla AS. Urban neighborhood context, educational attainment, and cognitive function among older adults. *Am J Epidemiol*. 2006; 163(12):1071-8.
- [26] Albuquerque APA, Ferreira MEC. The influence of the physical activity in the senior's memory. *Geriatrics, Gerontology Aging*. 2013 7(2):130-135.
- [27] Fratiglioni L, Viitanen M, Willard B. Very old women at highest risk of dementia and Alzheimer disease: incidence data from the Kung sholmenn Project Stockholm. *Neurology*. 1997; 48:132-8.
- [28] Santos CCC, Pedrosa R, Costa FA, Mendonça KMP,

- Holanda GM. Análise da função cognitiva e capacidade funcional em idosos Hipertensos. *Rev. Bras Geriatr Gerontol.* [online]. 2011; 14(2):241-250.
- [29] Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à simatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2009; 58(1):1-7.
- [30] Fabrício SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública.* [online]. 2004; 38(1):93-9.
- [31] Pinheiro MM, Ciconelli RM, Jacques NO, Genaro PS, Martini LA, Ferraz MB. O impacto da osteoporose no Brasil: dados regionais das fraturas em homens e mulheres adultos - The Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS). *Rev. Bras Reumatol.* [online]. 2010; 50(2):113-27.
- [32] Riera R, Trevisani VFM, Ribeiro JPN. Osteoporose: a importância da prevenção de quedas. *Rev. Bras Reumatol.* [online]. 2003; 43(6):364-8.
- [33] Safer U, Safer VB, Demir SO, Yanikoglu I. Effects of bisphosphonates and calcium plus vitamin-d supplements on cognitive function in postmenopausal osteoporosis. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2016; 16(1):56-60.
- [34] Ilker T, Umut S, Umit C, Ergun B, Ilkin N, Aydogan A, Coskun M, Huseyin D. Zoledronic Acid Use and Risk of Cognitive Decline among Elderly Women and Men with Osteoporosis. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets.* 2016; 16(1):33-37.
- [35] Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras Gerontol.* 2017; 20(1):143-153.