

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

## **CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ESTADO COGNITIVO EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

## **CONDITIONS ASSOCIATED WITH COGNITIVE STATUS IN OLDER ADULTS ATTENDING PRIMARY HEALTH CARE**

## **CONDICIONES ASOCIADAS AL ESTADO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

Elise Cristina dos Santos Felix<sup>1</sup>, Francisco de Assis Moura Batista<sup>1</sup>,  
Nathália Priscilla Medeiros Costa<sup>1</sup>, Andreia Luiza de Oliveira<sup>1</sup>,  
Catharinne Angélica Carvalho de Farias<sup>1</sup>, Gilson de Vasconcelos Torres<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.

Recebido/Received: 21-11-2024 Aceite/Accepted: 21-11-2024 Publicado/Published: 21-11-2024

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(0\).692.58-69](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(0).692.58-69)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.  
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

## RESUMO

---

**Introdução:** O declínio cognitivo, condição frequente na população idosa, é um grave problema de saúde pública por levar a maior demanda de cuidado e dependência da pessoa idosa.

**Objetivo:** Analisar as condições associadas ao estado cognitivo em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde.

**Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde. A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2023 sendo coletados dados sociodemográficos e clínicos, que avaliaram o risco de quedas, desnutrição e declínio funcional, vulnerabilidade, fragilidade e qualidade de vida. Foi realizada análise descritiva e utilizados os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher para avaliar a associação entre o estado cognitivo e as demais variáveis, utilizando um nível de significância de 5%.

**Resultados:** Participaram do estudo 200 pessoas idosas, das quais 88,5% apresentaram função cognitiva preservada e 11,5% baixa cognição. A cognição preservada foi associada à faixa etária mais jovem (60 a 79 anos) ( $p < 0,001$ ), ser alfabetizado ( $p < 0,001$ ), não apresentar risco de declínio funcional ( $p = 0,001$ ), vulnerabilidade ( $p = 0,003$ ), depressão ( $p = 0,030$ ) e risco nutricional ( $p = 0,039$ ), enquanto a baixa função cognitiva foi associada a presença de fragilidade ( $p = 0,001$ ).

**Conclusão:** As pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde apresentam, em sua maioria, função cognitiva preservada, que está associada a condições sociodemográficas e clínicas que se apresentam como fundamentais na proposição de ações que visem a manutenção do estado cognitivo preservado.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Disfunção Cognitiva; Idoso.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Cognitive decline, a common condition among older adults, poses a serious public health problem due to its association with increased care demand and dependency on older individuals.

**Objectives:** To analyze the conditions associated with cognitive status in older adults attending Primary Health Care services.

**Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach was conducted with older adults attending Primary Health Care services. Data collection took place from July to December 2023, encompassing sociodemographic and clinical data assessing the risk of

falls, malnutrition, functional decline, vulnerability, frailty, and quality of life. Descriptive analysis was performed, and Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used to assess the association between cognitive status and other variables, using a significance level of 5%.

**Results:** The study included 200 older adults, of whom 88.5% had preserved cognitive function and 11.5% had low cognition. Preserved cognition was associated with younger age group (60 to 79 years) ( $p < 0.001$ ), literacy ( $p < 0.001$ ), absence of functional decline risk ( $p = 0.001$ ), vulnerability ( $p = 0.003$ ), depression ( $p = 0.030$ ), and nutritional risk ( $p = 0.039$ ), while low cognitive function was associated with frailty ( $p = 0.001$ ).

**Conclusion:** Older adults attending Primary Health Care services predominantly exhibit preserved cognitive function, which is associated with sociodemographic and clinical conditions that are essential in proposing actions aimed at maintaining preserved cognitive status.

**Keywords:** Aged; Cognitive Dysfunction; Primary Health Care.

## RESUMEN

**Introducción:** El deterioro cognitivo, una condición común en personas mayores, constituye un grave problema de salud pública debido a su asociación con una mayor demanda de cuidados y dependencia en personas mayores.

**Objetivos:** Analizar las condiciones asociadas al estado cognitivo en personas mayores atendidas en Atención Primaria de Salud.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal con enfoque cuantitativo con personas mayores atendidas en servicios de Atención Primaria de Salud. La recolección de datos tuvo lugar de julio a diciembre de 2023, abarcando datos sociodemográficos y clínicos que evaluaron el riesgo de caídas, desnutrición, declive funcional, vulnerabilidad, fragilidad y calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo y se utilizaron la prueba de chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre el estado cognitivo y otras variables, utilizando un nivel de significancia del 5%.

**Resultados:** El estudio incluyó a 200 personas mayores, de las cuales el 88,5% tenían función cognitiva preservada y el 11,5% presentaban baja cognición. La cognición preservada se asoció con un grupo de edad más joven (60 a 79 años) ( $p < 0,001$ ), alfabetización ( $p < 0,001$ ), ausencia de riesgo de declive funcional ( $p = 0,001$ ), vulnerabilidad ( $p = 0,003$ ), depresión ( $p = 0,030$ ) y riesgo nutricional ( $p = 0,039$ ), mientras que la baja función cognitiva se asoció con fragilidad ( $p = 0,001$ ).

**Conclusión:** Las personas mayores atendidas en servicios de Atención Primaria de Salud muestran predominantemente una función cognitiva preservada, la cual está asociada con

condiciones sociodemográficas y clínicas que son fundamentales en la propuesta de acciones dirigidas a mantener el estado cognitivo preservado.

**Descriptor:** Anciano; Atención Primaria de Salud; Disfunción Cognitiva.

## INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população mundial vem causando uma inversão da pirâmide etária em países como o Brasil. Essa mudança demográfica está levando a mudanças no perfil de saúde, sobretudo pelas condições associadas ao envelhecimento como uma maior dependência e, conseqüentemente, maior demanda por cuidado, o que leva a transformações sociais e de saúde quanto a atenção à saúde, a fim de atender às necessidades de saúde da população mais idosa<sup>(1)</sup>.

Essas demandas são comumente observadas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ordenadora dos cuidados de saúde nas redes de atenção<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, a APS torna-se fundamental no cuidado às pessoas idosas com declínio cognitivo, sendo necessário a identificação das pessoas com essa condição, assim como a qualificação dos profissionais envolvidos no processo de cuidado.

Ademais, é comprovado que, com uma população cada vez mais envelhecida, haverá um número cada vez maior de pacientes com declínio cognitivo, com destaque para os distúrbios neurocognitivos, os quais afetam dezenas de milhões de pessoas em todo o mundo, sendo considerado um grande fardo para a sociedade atual<sup>(3)</sup>.

Dentre as deficiências cognitivas, destaca-se o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), que se trata de uma perda de habilidades cognitivas que não afeta significativamente a capacidade funcional, diferente da demência. Já o Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM) caracteriza-se por perda de habilidades cognitivas em diversos domínios, levando a comprometimento funcional significativo. Ela possui etiologias subjacentes como a doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV), mista, entre outras<sup>(4)</sup>.

A demência afeta entre seis e 50 milhões de pessoas globalmente, com estimativas crescentes<sup>(2)</sup>. Relatórios apontam que os distúrbios neurológicos são a segunda principal causa de morte, totalizando cerca de 90 milhões<sup>(5)</sup>. A Associação de Alzheimer (2021) descreve que os gastos para pessoas com demência são mais de 1 bilhão de dólares à escala global, incluindo atenção primária e de média ou alta complexidade<sup>(6)</sup>.

O declínio cognitivo torna-se, então, um grave problema de saúde pública, o que leva a necessidade de avaliar condições associadas a ele, sobretudo na APS, nível de atenção no qual se destaca as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, visando a manutenção da independência e autonomia da pessoa idosa. Dessa forma, buscou-se analisar as condições associadas ao estado cognitivo em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde.

## MATERIAL E MÉTODO

---

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, recorte do projeto longitudinal e multicêntrico da Rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal, Espanha e França, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer n.º 4267762 e CAAE: 36278120.0.1001.5292.

Este estudo foi realizado com a população idosa atendida pela APS no município de Santa Cruz, cidade do Rio Grande do Norte (RN), localizada no nordeste do Brasil, entre julho e dezembro de 2023.

O processo de amostragem se deu por meio do método probabilístico, pelo cálculo amostral para populações finitas estimadas de pessoas idosas atendidas na APS. O cálculo amostral foi realizado considerando o nível de confiança de 95% ( $Z = 1,96$ ), erro amostral ( $e = 0,05$ ), proporção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de pessoas idosas atendidas na APS, que resultou numa amostra estimada de 200 pessoas idosas.

Foram adotados como critérios de inclusão: ter a idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado ou ser usuário de uma unidade de saúde da APS. Foram excluídas as pessoas idosas que apresentavam impedimento à sua participação no estudo, conforme avaliado pelo pesquisador e profissionais da APS. As pessoas idosas que atenderam a esses critérios e aceitaram participar do estudo foram esclarecidas sobre a pesquisa e convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A função cognitiva foi avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), na sua versão validada para o Brasil. Esse teste é composto por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal (até cinco pontos), orientação espacial (até cinco pontos), registro de palavras (até três pontos), atenção e cálculo (até cinco pontos), memória de evocação (até três pontos), linguagem (até oito pontos) e capacidade construtiva visual (até um ponto). O escore total varia de zero (mínimo) a 30 (máximo), e quanto maior o escore, mais preservado o estado cognitivo. Neste estudo, foi considerado cognição preservada quando  $\geq 17$  pontos.

A partir das informações apresentadas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, foram coletadas os seguintes dados: sexo (feminino; masculino), faixa etária em anos (60 a 79 anos;  $\geq 80$  anos), raça/cor (branca; não branca), escolaridade (alfabetizado; não alfabetizado), polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos) (sim; não), doenças auto referidas (sim; não) e ocorrência de quedas (sim; não).

Também foi avaliado o risco nutricional pela Mini Avaliação Nutricional (MAN), já para o risco de sarcopenia foi utilizada a ferramenta brasileira de rastreamento da sarcopenia validada (SARC-Calf), a presença de sintomas depressivos foi avaliada pela escala de depressão geriátrica (*Geriatric Depression Scale-15 - GDS-15*), a presença de fragilidade pela Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), o risco de quedas foi avaliado pela Escala de Risco de Queda de Downton, a qualidade de vida pelo questionário *Short Form-36 (SF-36)* e o risco de declínio funcional pelo uso do *Program of Research on the Integration of Services for the Maintenance of Autonomy*, questionário conhecido por PRISMA-7.

Os dados foram tabulados e analisados no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 23.0. Foram realizadas análises descritivas (frequências absolutas e relativas) e utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher para avaliar a associação entre o estado cognitivo e as variáveis sociodemográficas e de saúde. Foi considerado nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

---

O estudo contou com um total de 200 pessoas idosas atendidas na APS. Na Tabela 1<sup>ª</sup>, é apresentada a caracterização sociodemográfica segundo a função cognitiva. Dentre os participantes, a maioria era do sexo feminino (68,0%), com idade entre 60 e 79 anos (71,5%), de raça/cor não branca (61,0%) e alfabetizados (75,0%).

Dentre os participantes do estudo, 88,5% (n = 177) apresentaram função cognitiva preservada e 11,5% (n = 23) apresentaram baixa cognição. Na faixa etária de 60 a 79 anos, a maioria das pessoas idosas apresentaram cognição preservada (67,5%), sendo acima dos 80 anos de 21,0%. Apesar disso, dentre as pessoas idosas com baixa cognição, é observado que a maioria está na faixa etária acima de 80 anos (7,5%). Além disso, quando analisada a variável escolaridade, vê-se que as pessoas idosas alfabetizadas têm predominantemente cognição preservada (19% de 25%), enquanto a minoria apresenta baixa cognição (5,5% de 75,0%). Dentre as pessoas não alfabetizadas (25%), 6,0% apresentam baixa cognição. A cognição preservada foi associada à faixa etária mais jovem (60 a 79 anos) ( $p < 0,001$ ) e a ser alfabetizado ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1<sup>ª</sup>).

Dentre as condições de saúde avaliadas, observou-se a predominância de doenças auto referidas (81,0%), quedas (63,5%) e pior qualidade de vida (63,5%). Nas pessoas com baixa função cognitiva, houve predomínio de fragilidade (9,5%), risco de declínio funcional (9,5%), vulnerabilidade (8,5%), pior qualidade de vida (8,5%) e risco de quedas (8,0%) (Tabela 2<sup>a</sup>).

Ademais, conforme observado na Tabela 2<sup>a</sup>, a função cognitiva baixa está associada à presença de fragilidade ( $p = 0,001$ ), enquanto a cognição preservada está associada a ausência do risco de declínio funcional ( $p = 0,001$ ), ausência de vulnerabilidade ( $p = 0,003$ ), não apresentar depressão ( $p = 0,030$ ), nem risco nutricional ( $p = 0,039$ ).

## DISCUSSÃO

---

Tendo como objetivo analisar o perfil cognitivo de pessoas idosas atendidas na APS, inicialmente é fundamental associar as características sociodemográficas ao estado cognitivo, pois elas podem influenciar significativamente no declínio cognitivo das pessoas idosas. Um estudo relatou uma maior prevalência do Comprometimento Cognitivo Leve (MCI) nos idosos acima dos 80 anos, ocorrendo em menor quantidade em pessoas idosas de 60 a 64 anos<sup>(7)</sup>. Assim, observa-se que o declínio cognitivo está associado ao envelhecimento de forma diretamente proporcional, de modo que quanto maior a idade, maior o risco de declínio cognitivo, o que foi confirmado também por outras pesquisas<sup>(7-10)</sup>.

Esse dado é confirmado pelo presente estudo, uma vez que há um maior número de idosos com comprometimento cognitivo na faixa etária acima dos 80 anos de idade, quando comparado aos idosos de 60 a 79 anos. Entretanto, um estudo transversal sobre comprometimento cognitivo em idosos com doenças não transmissíveis sugeriu que a idade mais jovem era um fator de risco<sup>(11)</sup>.

Outra característica sociodemográfica importante a associar-se ao estado cognitivo é o nível de escolaridade. Nesse contexto, um estudo publicado em 2021, buscou examinar essa variável e sua contribuição diferenciada para reserva cognitiva entre raça/etnia. O estudo cita o efeito protetor do nível de escolaridade quanto à evolução para uma baixa cognição, com a idade, onde verificou que o nível escolar mais elevado protegeu a hiperdensidade da substância branca do cérebro como medida de integridade cerebral para pacientes brancos, mas o mesmo não ocorre para os não brancos. Além disso, também demonstrou que uma maior atividade ou contacto social (independente da escolaridade) também pareceu ser protetor para esse déficit<sup>(12)</sup>.

Esse, dentre outros estudos<sup>(10,13)</sup> estão coerentes com o resultado desta pesquisa, uma vez que os idosos alfabetizados (melhor nível de escolaridade) apresentaram em sua maioria cognição preservada e, apenas, uma minoria com baixa cognição. Ademais, os de nível escolar reduzido (não alfabetizados) um quantitativo considerável (um quarto) apresentou uma baixa cognição.

Outro estudo mostra também como a baixa escolaridade deve ser considerada como um fator de risco grave, bem como o acesso aos cuidados de saúde. Ambas as variáveis são defendidas em estratégias para prevenção do déficit no estado cognitivo, de forma que mitigando esses fatores de risco, diminui-se as chances do declínio cognitivo<sup>(3)</sup>.

Tratando-se agora das variáveis clínicas, primeiramente a fragilidade, a literatura a traz como componente do comprometimento cognitivo. Nessa linha de raciocínio, a associação entre fragilidade e baixa cognição é evidenciado não só pela presente pesquisa, mas também por uma série de estudos transversais e longitudinais, os quais encontraram uma significativa ligação entre os dois fenômenos<sup>(14-16)</sup>.

Outro estudo, defende que dentre mecanismos desencadeadores da fragilidade estão a aterosclerose, sarcopenia, deterioração cognitiva e desnutrição, com suas respectivas alterações metabólicas. Assim, mais coerências da associação entre fragilidade e déficit cognitivo, bem como com a desnutrição, outra variável estudada nesta pesquisa<sup>(17)</sup>.

Quando analisada a variável estado nutricional, vê-se uma associação significativa entre essa variável e o comprometimento cognitivo. Isso vai ao encontro com uma pesquisa, a qual afirma que já se sabe que o estado nutricional inadequado predispõe à fragilidade cognitiva, mas há controvérsias acerca de qual dieta ou micronutrientes poderiam colaborar com prevenção à transição da fragilidade cognitiva para a demência<sup>(1)</sup>, confirmado também por outro estudo<sup>(18)</sup>.

Ademais, observa-se associação significativa também do risco de declínio funcional e a baixa cognição. O estudo anteriormente supracitado, de Gómez-Gómez (2019), também afirma que há associação entre a perda funcional e a fragilidade cognitiva, sendo o resultado então coerente com a literatura<sup>(1)</sup>.

Um modelo preditivo para o risco de comprometimento cognitivo em adultos comunitários de meia-idade e pessoas idosas, identifica a depressão como uma importante predição de cognição comprometida, conforme análise deste manuscrito, em que se mostra uma associação com significância estatística entre depressão e baixa cognição. Além do mais, esse modelo também afirma que a idade é a que mais contribui para o comprometimento cognitivo, bem como a escolaridade<sup>(10)</sup> – variáveis já analisadas e discutidas anteriormente. Ainda, outro estudo corrobora essa associação<sup>(19)</sup>.

Quanto ao risco de queda, a literatura refere que o próprio envelhecimento está associado a quedas<sup>(20)</sup>. Entretanto, as alterações cognitivas podem levar a condições de desequilíbrio e, assim, potencializa as chances de queda<sup>(21)</sup>. Ainda, devido às repercussões psicológicas decorrentes da baixa cognição (como estresse e depressão), isso colabora, ainda mais, para aumento do risco das quedas em pessoas idosas com comprometimento cognitivo<sup>(19)</sup>.

## CONCLUSÃO

---

Com este estudo, foi possível analisar as condições associadas ao estado cognitivo em pessoas idosas atendidas na APS. A maior parte das pessoas idosas apresentaram função cognitiva preservada, que está associada à idade entre 60 e 79 anos, ser alfabetizado, e à ausência de risco de declínio funcional, risco nutricional, vulnerabilidade e depressão, enquanto a função cognitiva baixa demonstrou associação com a presença de fragilidade.

Esses achados demonstram a importância da escolaridade, do desempenho funcional, de um estado nutricional adequado e da saúde mental no desempenho cognitivo de pessoas idosas. Ações voltadas para a prevenção do declínio cognitivo devem abordar esses achados, contemplando todos os âmbitos de vida da pessoa idosa, com o intuito de manter a função cognitiva e evitar/minimizar seus efeitos, que levam à dependência e perda da autonomia e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Gómez-Gómez ME, Zapico. Fragilidade, Declínio Cognitivo, Doenças Neurodegenerativas e Intervenções Nutricionais. *International Journal of Molecular Sciences*. 11 de junho de 2019. [citado em 19 de abril de 2024];20(11):2842. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijms20112842>
2. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 745, de 14 de março de 2024. Dispõe sobre as diretrizes referentes à definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde para integrar a Programação Anual de Saúde. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3371-resolucao-n-745-de-14-de-marco-de-2024>
3. Livingston G, Huntley J., Sommerlad A. Prevenção, intervenção e cuidados com a demência: relatório de 2020 da comissão Lanceta. *Lancet Lond Engl*. 30 de julho de 2020. [citado em 19 de abril de 2024];396(10248):413-446. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
4. Anderson ND. Estado da Ciência sobre Comprometimento Cognitivo Leve (MCI). Cambridge University Press [internet]. 17 de janeiro de 2019. [citado em 19 de abril de 2024];24(1):78-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1092852918001347>
5. Feigin VL, Nichols E., Alam T., Bannick MS, Beghi E., Blake N., Culpepper WJ, Dorsey ER, Elbaz A., Ellenbogen RG, et al. Carga global, regional e nacional de distúrbios neurológicos, 1990–2016: Uma análise sistemática para o estudo da carga global de doenças 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18:459-480. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)
6. Fatos e números sobre a doença de Alzheimer em 2021. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc*. 23 de março de 2021. [citado em 20 de abril de 2024];17(3):327-406. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/alz.12328>
7. Pérez Palmer N, Trejo Ortega B, Joshi P. Comprometimento cognitivo em idosos: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Psychiatr Clin North Am*. Dezembro de 2022. [citado em 21 de abril de 2024];45(4):639-661. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.07.010>
8. Andreev A, Erdinc B, Shivaraj K, Schmutz J, Levochkina O, Bhowmik D, et al. A associação entre anemia de inflamação crônica e doença de Alzheimer e demências relacionadas. *J. Alzheimer Dis. Rep*. 18 de setembro de 2020. [citado em 21 de abril de 2024];4(1):379-391. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/ADR-200178>
9. Cetty L, Peh CX, Abdin E, Vaingankar JA, Shahwan S, Picco L, et al. Dados normativos para a bateria de testes neuropsicológicos do grupo de pesquisa em demência 10/66 da população idosa de Cingapura. *Asiático J. Psiquiatria*. Junho de 2020. [citado em 21 de abril de 2024];51(102019). Disponível em: <https://doi-org.ez18.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.ajp.2020.102019>
10. Pu L, Pan D, Wang H, He X, Zhang X, Yu Z, et al. Um modelo preditivo para o risco de comprometimento cognitivo em adultos comunitários de meia-idade e idosos. *Asian J Psychiatr*. Janeiro de 2023. [citado em 21 de abril de 2024];79(103380). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103380>

11. Verma M, Grover S, Singh T, Dahiya N, Nehra R. Triagem de comprometimento cognitivo entre idosos atendidos em clínicas de doenças não transmissíveis em uma área rural de Punjab, norte da Índia. *Asiático J. Psiquiatria*. Abril de 2020. [citado em 22 de abril de 2024];50(102001). Disponível em: <https://doi-org.ez18.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.ajp.2020.102001>
12. Ávila JF, Rentería MA, Jones RN, et al. A educação contribui de forma diferenciada para a reserva cognitiva entre grupos raciais/étnicos. *Demência de Alzheimer*. 22 de agosto de 2020. [citado em 22 de abril de 2024];17(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/alz.12176>
13. Mello BH, Lenardt MH, Moraes DC, Setoguchi LS, Seima MD, Betiolli SE. Alteração cognitiva e fragilidade física em idosos da atenção secundária à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021. [citado em 22 de abril de 2024]. 55:03687. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019029803687>
14. Cesari M, Sloane PD, Zimmerman S. A controversa condição de fragilidade cognitiva: o que é, o que deveria ser. *J Am Med Dir Assoc*. Fevereiro de 2020. [citado em 22 de abril de 2024];21(2):146-148. Disponível em: <https://doi-org.ez18.periodicos.capes.gov.br/10.1016/j.jamda.2019.12.013>
15. Panza F., Seripa D., Solfrizzi V., Tortelli R., Greco A., Pilotto A., et al. Visando a fragilidade cognitiva: roteiro clínico e neurobiológico para um único fenótipo complexo. *J. Alzheimer Dis*. 2015. [citado em 22 de abril de 2024];47(4):793-813. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JAD-150358>
16. Robertson DA, Savva GM, Kenny RA. Fragilidade e comprometimento cognitivo – Uma revisão das evidências e mecanismos causais. *Res Rev de envelhecimento*. 4 de julho de 2013. [citado em 22 de abril de 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2013.06.004>
17. Morley JE. Uma visão geral do comprometimento cognitivo. *Clin. Geriatria. Med*. Novembro de 2018. [citado em 23 de abril de 2024]; 34(4):505-513. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.06.003>
18. Chye L, Wei K, Nyunt MSZ, Gao Q, Wee SL, Ng TP. Forte relação entre desnutrição e fragilidade cognitiva nos estudos longitudinais de envelhecimento de Cingapura (SLAS-1 e SLAS-2). *J Anterior Alzheimer Dis*. 2018. [citado em 23 de abril de 2024];5(2):142-148. Disponível em: <https://doi.org/10.14283/jpad.2017.46>
19. Cuevas-Trisan, R. Problemas de equilíbrio e riscos de queda em idosos. *Clinics in Geriatric Medicine*. Maio de 2019. [citado em 23 de abril de 2024];35(2):173-183. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.01.008>
20. Elias Filho J, Borel WP, Diz JBM, Barbosa AWC, Britto RR, Felício DC. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos brasileiros residentes na comunidade: uma revisão sistemática e meta-análise. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2019;35(8):e00115718. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115718>
21. Montero-Odasso M.. Quedas em idosos com deficiência cognitiva: implicações para avaliação e prevenção de riscos. *Journal of the American Geriatrics Society*. 10 de janeiro de 2018. [citado em 24 de abril de 2024];66(2):367-375. Disponível em: <https://doi-org.ez18.periodicos.capes.gov.br/https://doi.org/10.1111/jgs.15219>

#### Autores

**Elise Cristina dos Santos Felix**

<https://orcid.org/0000-0002-2856-8525>

**Francisco de Assis Moura Batista**

<https://orcid.org/0000-0003-2403-4830>

**Nathália Priscilla Medeiros Costa Diniz**

<https://orcid.org/0000-0002-2716-0472>

**Andreia Luiza de Oliveira**

<https://orcid.org/0000-0001-8787-0444>

**Catharine Angélica Carvalho de Farias**

<https://orcid.org/0000-0002-4473-3041>

**Gilson de Vasconcelos Torres**

<https://orcid.org/0000-0003-2265-5078>

#### Autora Correspondente/Corresponding Author

Elise Cristina dos Santos Felix – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, Brasil.

[elise.santos.701@ufrn.edu.br](mailto:elise.santos.701@ufrn.edu.br)

#### Contributos dos autores/Authors' contributions

EF: Redação do manuscrito original.

FB: Redação do manuscrito original.

ND: Redação do manuscrito original.

AO: Redação do manuscrito original.

CF: Supervisão, redação – revisão e edição.

GT: Análise de dados, supervisão, redação – revisão e edição.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

#### Responsabilidades Éticas

**Conflitos de Interesse:** Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

**Suporte Financeiro:** Edital n.º 01/2020. Rede de pesquisa/ UFRN, CNPq/Brasil, edital produtividade de bolsas de pesquisa – PQ n.º 09/2020 e edital 18/2021 – Universal e CAPES PRINT/UFRN Edital 03/2022 – Bolsa professor visitante sênior no exterior.

**Proveniência e Revisão por Pares:** Não comissionado; revisão externa por pares.

#### Ethical Disclosures

**Conflicts of Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Financial Support:** Public Notice No. 01/2020. Research network/UFRN, CNPq/Brazil, public notice productivity of research grants – PQ no. 09/ 2020 and public notice 18/2021 – Universal and CAPES PRINT/ UFRN Public Notice 03/2022 – Senior visiting professor abroad scholarship.

**Provenance and Peer Review:** Not commissioned; externally peer reviewed.

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024.

Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024.

Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de pessoas idosas atendidas na APS segundo o estado cognitivo. Santa Cruz, Brasil, 2024.<sup>κκ</sup>

Características sociodemográficas		Função cognitiva		Total n (%)	p-valor
		Baixa n (%)	Preservada n (%)		
Sexo	Feminino	14 (7,0)	122 (61,0)	136 (68,0)	<b>0,479</b>
	Masculino	9 (4,5)	55 (27,5)	64 (32,0)	
Faixa etária	60 a 79 anos	8 (4,0)	135 (67,5)	143 (71,5)	< 0,001
	80 anos ou mais	15 (7,5)	42 (21,0)	57 (28,5)	
Raça/cor	Branca	9 (4,5)	69 (34,5)	78 (39,0)	0,989
	Não branca	14 (7,0)	108 (54,0)	122 (61,0)	
Escolaridade	Alfabetizado	11 (5,5)	139 (69,5)	150 (75,0)	< 0,001
	Não alfabetizado	12 (6,0)	38 (19,0)	50 (25,0)	

Tabela 2 – Caracterização clínica/de saúde de pessoas idosas atendidas na APS segundo o estado cognitivo. Santa Cruz, Brasil, 2024.<sup>κκ</sup>

Características clínicas		Função cognitiva		Total n (%)	p-valor
		Baixa n (%)	Preservada n (%)		
Doenças auto referidas	Sim	20 (10,0)	142 (71,0)	162 (81,0)	0,578*
	Não	03 (01,5)	35 (17,5)	38 (19,0)	
Quedas	Sim	14 (07,0)	113 (56,5)	127 (63,5)	0,781
	Não	09 (04,5)	64 (32,0)	73 (36,5)	
Qualidade de Vida	Pior	17 (08,5)	110 (55,0)	127 (63,5)	0,270
	Melhor	06 (03,0)	67 (33,5)	73 (36,5)	
Fragilidade	Sim	19 (09,5)	81 (40,5)	100 (50,0)	0,001*
	Não	04 (02,0)	96 (48,0)	100 (50,0)	
Risco de Declínio Funcional	Sim	18 (09,0)	73 (36,5)	91 (45,5)	0,001
	Não	05 (02,5)	104 (52,0)	109 (54,5)	
Vulnerabilidade	Sim	17 (08,5)	73 (36,5)	90 (45,0)	0,003
	Não	06 (03,0)	104 (52,0)	110 (55,0)	
Risco Nutricional	Sim	13 (06,5)	61 (30,5)	74 (37,0)	0,039
	Não	10 (05,0)	116 (58,0)	126 (63,0)	
Risco de Queda	Sim	16 (08,0)	55 (27,5)	71 (35,5)	0,001
	Não	07 (03,5)	122 (61,0)	129 (64,5)	
Risco de Sarcopenia	Sim	10 (05,0)	60 (30,0)	70 (35,0)	0,365
	Não	13 (06,5)	117 (58,5)	130 (65,0)	
Depressão	Sim	10 (05,0)	40 (20,0)	50 (25,0)	0,030
	Não	13 (11,3)	137 (68,5)	150 (75,0)	
Polifarmácia	Sim	06 (03,0)	25 (12,5)	31 (15,5)	0,137
	Não	17 (08,5)	152 (76,0)	169 (84,5)	