REUNI ATENAS
Revista de Extensão
Faculdade Atenas
Especial Valença - Ba
Ano 4 volume 2 (2026)
ISSN 3085-5780



SAÚDE COGNITIVA DA PESSOA IDOSA: IMPACTO DA ESCOLARIDADE E DOS FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

Júlia Matoso Ferreira[1], Lara Thárcila Franklin Pinheiro Lima[1], Rafael Brandão Sousa[1], Sávio Azevedo Dourado Vilela[1]

[1] Discente do curso de Medicina da Faculdade Atenas Valença

RESUMO

O envelhecimento populacional no Brasil tem gerado um aumento expressivo na prevalência de doenças crônicas e alterações na saúde cognitiva, desafiando a organização dos serviços públicos. Este estudo, desenvolvido sob a perspetiva de um projeto de extensão universitária, teve como objetivo analisar e comparar o desempenho cognitivo entre adultos de meia-idade e idosos no município de Valença, BA, avaliando o impacto da escolaridade e de fatores de risco modificáveis. A metodologia envolveu uma abordagem multicanal de recrutamento e triagem em Unidades de Saúde da Família (USF), utilizando a estratégia de amostragem em bola de neve (*Snowball Sampling*) para expansão comunitária, com uma amostra final de 30 indivíduos. Foram aplicados o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e as escalas funcionais de Katz e Lawton e Brody. Os resultados demonstraram uma predominância de participantes com mais de sete anos de escolaridade (73,3% da amostra). No estrato de maior instrução, o Teste *t* de Student revelou que não houve diferença estatisticamente significativa nos escores do MEEM entre adultos de meia-idade e idosos (p = 0,232), evidenciando o papel protetor da reserva cognitiva. A aplicação do Teste Exato de Fisher para a associação entre idade e declínio cognitivo também não alcançou significância estatística (p = 0,138), contudo, apontou uma expressiva razão de chances clínicas (*OR* = 6,65). Os únicos escores limítrofes ou inferiores aos pontos de corte concentraram-se nos estratos de menor instrução formal, com médias de 17,5 pontos para analfabetos e 22 pontos para indivíduos com 1 a 3 anos de estudo. Conclui-se que o desempenho no MEEM está estreitamente vinculado ao gradiente educacional, exigindo uma interpretação clínica estratificada. Ademais, as dificuldades de recrutamento e o perfil da amostra expuseram lacunas



na busca ativa e subdiagnóstico na Atenção Primária à Saúde, reforçando a urgência de programas contínuos de triagem e do fortalecimento da articulação comunitária.

Palavras-chave: Cognição, Envelhecimento, Atenção Primária à Saúde, Mini Exame do Estado Mental, Reserva Cognitiva.

ABSTRACT

Population aging in Brazil has led to a significant increase in the prevalence of chronic diseases and cognitive health impairments, posing major challenges to the organization of public health services. This study, developed from the perspective of a university extension project, aimed to analyze and compare cognitive performance between middle-aged adults and older adults in the municipality of Valença, Bahia, Brazil, evaluating the impact of educational level and modifiable risk factors. The methodology involved a multichannel recruitment and screening approach in Family Health Units (FHUs), using Snowball Sampling as a community expansion strategy, resulting in a final sample of 30 individuals. The Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Katz and Lawton-Brody functional scales were applied. The results demonstrated a predominance of participants with more than seven years of schooling (73.3% of the sample). In the highest educational stratum, Student's t-test revealed no statistically significant difference in MMSE scores between middle-aged adults and older adults ($p = 0.232$), highlighting the protective role of cognitive reserve. Fisher's Exact Test for the association between age and cognitive decline also did not reach statistical significance ($p = 0.138$); however, it indicated an expressive clinical odds ratio ($OR = 6.65$). The only borderline or below-cutoff scores were concentrated among individuals with lower educational levels, with mean scores of 17.5 points for illiterate participants and 22 points for individuals with 1 to 3 years of schooling. Additionally, a lack of public knowledge regarding the influence of vascular and behavioral factors on cognition was identified, which was partially mitigated through educational activities and group discussions. It is concluded that MMSE performance is strongly associated with educational level, requiring a stratified clinical interpretation. Furthermore, recruitment difficulties and the sample profile exposed gaps in active case finding and

underdiagnosis within Primary Health Care, reinforcing the urgency of continuous cognitive screening programs and strengthened community articulation.

Keywords: Cognition; Aging; Primary Health Care; Mini-Mental State Examination; Cognitive Reserve.

1. INTRODUÇÃO

A memória é um dos pilares da identidade humana, estando presente em atividades cotidianas, na tomada de decisões e na construção das experiências de vida. Nesse contexto, a promoção da saúde cerebral assume papel fundamental, especialmente diante do aumento da expectativa de vida e da crescente incidência de síndromes demenciais. Além disso, persistem importantes desafios relacionados à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao cuidado integral da saúde cognitiva da população idosa (LIVINGSTON *et al*., 2020).

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional tem se destacado como uma das principais transformações demográficas observadas no Brasil. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), a população com 60 anos ou mais passou de 22 milhões, em 2012, para 34,1 milhões de pessoas em 2024, representando um crescimento de 53,3%. Esse cenário reforça a necessidade de ampliar as discussões e as ações voltadas à promoção da saúde da pessoa idosa, especialmente no que se refere à preservação das funções cognitivas e aos cuidados com a memória. Além de favorecer a autonomia e a qualidade de vida, o envelhecimento saudável produz benefícios que se estendem às famílias, às comunidades e ao sistema de saúde, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e preparada para as demandas dessa população.

Nesse contexto, o declínio cognitivo associado à perda de memória pode provocar profundas mudanças na vida dos idosos e de seus familiares. À medida que as dificuldades para realizar tarefas simples se tornam mais frequentes, cresce também a dependência para atividades do dia a dia, comprometendo a autonomia e a independência do indivíduo. Como consequência, familiares e cuidadores frequentemente enfrentam sobrecarga física e emocional, o que pode impactar

negativamente a qualidade de vida de todos os envolvidos. Em muitos casos, esse processo favorece o isolamento social, reduzindo a participação do idoso em atividades coletivas que poderiam contribuir para a estimulação cognitiva e para a manutenção das funções mentais. Nesse sentido, Krug *et al*. (2019) observaram que idosos participantes de um programa intergeracional de estimulação cognitiva relataram melhora da memória, maior interação social e percepção positiva da qualidade de vida após a participação nas atividades propostas.

Embora o comprometimento da memória seja frequentemente associado ao envelhecimento e à predisposição genética, diversos fatores de risco modificáveis desempenham papel importante no desenvolvimento e na progressão das doenças relacionadas ao declínio cognitivo. Entre eles destacam-se a hipertensão arterial, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, a privação do sono, o isolamento social e a depressão (LIVINGSTON *et al*., 2020). Diante disso, ações educativas e estratégias de promoção da saúde tornam-se ferramentas indispensáveis para a prevenção e o controle desses fatores. Medidas como a prática regular de atividades físicas, a estimulação cognitiva, a alimentação equilibrada, a manutenção de vínculos sociais, o acompanhamento profissional e a adoção de hábitos saudáveis de sono podem contribuir significativamente para a preservação da saúde cerebral ao longo do envelhecimento.

Apesar dos avanços no conhecimento científico sobre a prevenção das demências, as ações voltadas à promoção da saúde cerebral ainda não acompanham o ritmo acelerado do envelhecimento populacional. Essa realidade se reflete em lacunas importantes na assistência à saúde, uma vez que alterações cognitivas frequentemente são interpretadas como consequências naturais da idade, favorecendo o subdiagnóstico e retardando intervenções oportunas. Soma-se a isso a baixa cobertura de rastreamento cognitivo, associada à ausência de avaliações sistemáticas, às desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, à insuficiente capacitação profissional e às fragilidades da rede de atenção. Como resultado, muitos idosos deixam de receber acompanhamento adequado, comprometendo a efetivação dos direitos assegurados pelo Estatuto da Pessoa Idosa e dificultando a construção de estratégias de cuidado mais abrangentes e resolutivas (BRASIL, 2003).



2. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo geral analisar e comparar o desempenho cognitivo de adultos de meia-idade e idosos recrutados por meio de uma abordagem multicanal, por meio de ações de extensão universitária e serviços de saúde no município de Valença - BA, bem como através de expansão comunitária.

Para o alcance do objetivo principal, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico (gênero, idade e anos de estudo) da amostra total investigada;
- Avaliar o desempenho cognitivo dos participantes por meio do Mini exame do Estado Mental (MEEM), aplicando pontos de corte corrigidos e estratificados de acordo com o nível de escolaridade;
- Comparar as médias de desempenho cognitivo entre adultos de meia-idade e idosos, com ênfase no estrato de maior escolaridade (mais de 7 anos de estudo);
- Verificar a associação entre as faixas etárias investigadas e a prevalência de declínio cognitivo na amostra;
- Discutir a viabilidade de estratégias de recrutamento multicanal (clínica, extensão e amostragem em bola de neve) e o papel dessas ações para o rastreamento precoce e a promoção da saúde cognitiva.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo e Aspectos Éticos

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e analítico, desenvolvido no âmbito de um projeto de extensão universitária intitulado "Saúde do Idoso: Cuidado com a Memória". A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinki e as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, onde obteve-se o consentimento verbal esclarecido

de todos os participantes. Foi garantido a todos os participantes o sigilo das informações coletadas, a liberdade de desistência a qualquer momento e a devolutiva dos resultados obtidos durante a triagem.

3.2 Amostragem e Coleta de Dados

A amostra, composta por 30 indivíduos, foi definida por meio de uma estratégia de amostragem não probabilística, utilizando o método de conveniência. Visando superar barreiras de acesso e ampliar a representatividade populacional, adotou-se uma abordagem multicanal para o recrutamento, estruturada da seguinte forma:

- Ação de Extensão Universitária: Triagem cognitiva realizada durante atividades comunitárias na USF Novo Horizonte I e II - Valença BA de promoção à saúde, voltadas ao público idoso e atendido pela instituição.
- Ambiente de Atenção à Saúde: Coleta de dados realizada em ambiente clínico, Centro Médico da Santa Casa de Valença e USF Bolívia II e III, ambos Valença Bahia, contemplando usuários triados em atendimentos de rotina.
- Expansão Comunitária (Snowball Sampling): Por meio de amostragem não probabilística por conveniência, a coleta foi estendida à rede de contatos dos pesquisadores. Esse método permitiu alcançar um maior número de residentes na comunidade, otimizando a representatividade da amostra em ambas as faixas etárias definidas.

A coleta de dados foi realizada individualmente em locais que garantissem a privacidade e o enfoque foi idade (em anos completos), escolaridade (anos formais de estudo), gênero e a pontuação bruta no instrumento de avaliação.

3.3 Instrumento de Avaliação

Para o rastreio cognitivo, utilizou-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM), instrumento validado para a avaliação da função cognitiva, que contempla domínios de orientação temporal e espacial, registro de memória, atenção e cálculo, recordação, linguagem e praxias construtivas. Para fins de análise, a nota de corte



para a definição de déficit cognitivo foi ajustada conforme o nível de escolaridade do participante, seguindo os critérios de estratificação propostos por Bertolucci et al. (1994), conforme adotado pelo protocolo de referência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).

3.4 Análise Estatística

Os dados foram tabulados no Excel e processados utilizando análise estatística inferencial por meio do *software* RStudio (versão 2026.01.1). As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio padrão. Para a definição de déficit cognitivo, foram aplicados os pontos de corte ajustados pela escolaridade, conforme os critérios de Bertolucci et al. (1994) e Caramelli e Nitrini (2000): 18 para analfabetos, 21 para 1 a 3 anos de escolaridade, 24 para 4 a 7 anos e 26 para indivíduos com mais de 7 anos de estudo.

Para a comparação das médias de desempenho cognitivo entre os grupos (Adultos de Meia-Idade: 40-59 anos; Idosos: ≥ 60 anos), utilizou-se o Teste t de Student. A comparação inferencial foi realizada prioritariamente no estrato de escolaridade "mais de sete anos", por apresentar amostragem suficiente para a análise estatística, enquanto os demais estratos foram analisados por meio de estatística descritiva. Para a comparação da prevalência de declínio cognitivo entre os grupos, aplicou-se o Teste Exato de Fisher, devido à insuficiência amostral para a aplicação do Teste do Qui-Quadrado de Pearson. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

A amostra final foi composta por 30 participantes, com média de idade de 56,3 anos (DP = 9,42), divididos em dois grupos: Adultos de Meia-Idade (n=17) e Idosos (n=13). Quanto ao perfil sociodemográfico, observou-se uma predominância de feminino (66,67%) e prevalência do nível maior que 7 anos de estudo (73,3%).

O desempenho cognitivo foi avaliado pelo MEEM, utilizando pontos de corte ajustados conforme a escolaridade (Bertolucci et al., 1994; Caramelli e Nitrini, 2000).

A Tabela 1 apresenta a estratificação detalhada do desempenho cognitivo dos participantes.

Tabela 1 - Distribuição dos escores do MEEM conforme estratificação por idade e escolaridade.

Grupo Etário	Escolaridade	Quantidade da amostra	Média de pontos do MEEM	Desvio Padrão
Idoso	Analfabeto	2	17,5	2,12
Idoso	Entre 1 e 3 anos	1	22	-
Idoso	Entre 4 e 7 anos	1	28	-
Idoso	Mais de 7 anos	9	26,9	2,09
Meia-idade	Entre 4 e 7 anos	4	27	1,63
Meia-idade	Mais de 7 anos	13	28	2,04

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Na comparação das médias de desempenho entre adultos de meia-idade e idosos no estrato de maior escolaridade (> 7 anos), o Teste *t* de Student revelou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (t = -1,238; df = 17,097; *p-value* = 0,232), indicando que, neste nível de escolaridade, os grupos apresentam desempenhos cognitivos semelhantes.

Para avaliar a associação entre a faixa etária (meia-idade *vs.* idoso) e o status cognitivo (preservado *vs.* declínio), realizou-se o Teste Exato de Fisher, devido à insuficiência amostral para a aplicação do Teste do Qui-Quadrado de Pearson. Os resultados indicaram que não há associação estatisticamente significativa entre as variáveis (p = 0,138; *OR* = 6,65; *IC 95%* [0,55; 370,64]). Portanto, embora na amostra observada os idosos tenham apresentado uma tendência à maior ocorrência de declínio, essa diferença não atingiu relevância estatística, possivelmente em decorrência do tamanho reduzido da amostra e da baixa frequência de casos de declínio mapeados.



5. DESENVOLVIMENTO

5.1 Envelhecimento populacional e impacto na saúde cognitiva

O envelhecimento populacional é um importante fenômeno demográfico observado no Brasil na última década, sendo motivado por diversos fatores, como aumento da expectativa de vida, melhora nas condições sanitárias, aumento da disponibilidade dos serviços de saúde pública e diminuição da taxa de fecundidade. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), a população brasileira com 60 anos ou mais apresentou crescimento expressivo nos últimos anos, evidenciando a necessidade de reorganização das políticas públicas e dos serviços de saúde para atender às demandas específicas desse grupo etário.

Associado a esse cenário, observa-se aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e de alterações relacionadas à saúde cognitiva, incluindo comprometimento cognitivo leve e síndromes demenciais. O envelhecimento fisiológico pode ocasionar discretas alterações em funções como memória, atenção e velocidade de processamento, sem necessariamente comprometer a independência funcional do indivíduo. Entretanto, em determinados casos, o declínio cognitivo ultrapassa os limites esperados para a senescência, passando a interferir nas atividades diárias, na autonomia e na qualidade de vida da pessoa idosa.

Nesse contexto, os resultados obtidos no presente estudo demonstraram predominância de participantes com mais de sete anos de escolaridade (73,3% da amostra) e desempenho cognitivo global preservado na maior parte dos indivíduos. Na comparação direta entre as médias de desempenho de adultos de meia-idade e idosos pertencentes ao estrato de maior escolaridade, o Teste *t* de Student revelou que não houve diferença estatisticamente significativa nos escores do MEEM (t = -1,238; df = 17,097; *p-value* = 0,232), com médias de 28 pontos para o grupo de meia-idade e 26,9 pontos para o grupo de idosos. Esses achados numéricos corroboram empiricamente o papel protetor da escolaridade sobre a função cognitiva, fenômeno frequentemente associado ao conceito de reserva cognitiva, no qual maiores níveis



educacionais contribuem para melhor adaptação cerebral frente às alterações do envelhecimento e aos processos neurodegenerativos.

Além disso, embora a análise descritiva tenha revelado uma tendência à maior ocorrência de declínio cognitivo no grupo de idosos, a aplicação do Teste Exato de Fisher demonstrou que essa associação não alcançou significância estatística (p = 0,138), apesar de apontar uma chance consideravelmente maior de declínio neste grupo (*OR* = 6,65; *IC 95%* [0,55; 370,64]). Essa ausência de significância e a amplitude do intervalo de confiança decorrem diretamente da insuficiência amostral e da baixa frequência absoluta de casos de declínio mapeados na pesquisa (n=30). Ainda assim, esses dados não devem ser minimizados; pelo contrário, eles reforçam a necessidade latente do rastreamento cognitivo contínuo na Atenção Primária à Saúde, permitindo captar precocemente as nuances do declínio que testes de amostragem piloto de conveniência podem não demonstrar como significativos.

Dessa forma, o envelhecimento populacional deve ser compreendido não apenas como uma transformação demográfica, mas também como um importante desafio para os sistemas de saúde. A ampliação das ações de promoção da saúde cerebral, prevenção do declínio cognitivo e identificação precoce das alterações de memória torna-se fundamental para garantir envelhecimento saudável, preservação da autonomia funcional e melhor qualidade de vida da população idosa.

5.2 Escolaridade, funcionalidade e interpretação clínica do MEEM

A neuroplasticidade corresponde à capacidade do sistema nervoso central de reorganizar-se estrutural e funcionalmente diante de estímulos ambientais, experiências cognitivas e processos adaptativos. Embora esse mecanismo esteja presente ao longo de toda a vida, observa-se redução progressiva da plasticidade neuronal com o envelhecimento, fenômeno associado à diminuição da velocidade de processamento, memória operacional, atenção e funções executivas (LENT, 2022). Quando exacerbadas, essas alterações podem resultar em declínio cognitivo significativo, comprometendo a autonomia funcional e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Nesse contexto, destaca-se o conceito de reserva cognitiva, entendido como a

capacidade do cérebro de tolerar alterações estruturais e neuropatológicas sem manifestação clínica proporcional do déficit cognitivo. Fatores como escolaridade elevada, estímulo intelectual contínuo, leitura, interação social e atividades cognitivamente desafiadoras contribuem para o fortalecimento das redes neurais e para maior capacidade compensatória frente ao envelhecimento cerebral. Paralelamente, a compensação neural refere-se à habilidade do cérebro de recrutar circuitos alternativos para manutenção das funções cognitivas diante de lesões ou perdas neuronais.

A literatura demonstra que a escolaridade constitui um dos principais determinantes do desempenho em testes de rastreio cognitivo. Dessa forma, indivíduos com maior nível educacional tendem a apresentar melhores escores mesmo na presença de alterações neuropatológicas iniciais, enquanto pessoas com baixa escolaridade ou analfabetismo funcional podem apresentar desempenho reduzido independentemente da existência de demência. Segundo Bertolucci et al. (1994), o nível educacional representa o fator isolado de maior impacto sobre os resultados do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), influenciando inclusive domínios cognitivos que teoricamente não dependeriam diretamente da educação formal.

Para operacionalizar o rastreamento cognitivo na Atenção Primária à Saúde, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) permanece como o instrumento mais difundido mundialmente devido à sua rapidez, baixo custo e elevada reprodutibilidade clínica. O teste avalia múltiplos domínios cognitivos, incluindo orientação temporal e espacial, memória imediata, atenção, cálculo, evocação, linguagem e praxia construtiva (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Entretanto, a interpretação de seus escores exige rigorosa contextualização clínica e sociocultural, especialmente em países marcados por heterogeneidade educacional, como o Brasil.

Conforme descrito por Aprahamian et al. (2010), o envelhecimento cognitivo não pode ser definido exclusivamente por pontos de corte fixos em testes padronizados, visto que fatores como cultura, ocupação, escolaridade, condições ambientais, uso de medicamentos e comorbidades clínicas influenciam diretamente o desempenho cognitivo. Dessa forma, as diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e da Academia Brasileira de Neurologia (ABN) recomendam que os pontos de corte do MEEM sejam obrigatoriamente estratificados

Ano 4 volume 2 (2026)
ISSN 3085-5780

conforme os anos de estudo do indivíduo avaliado.

Esse ajuste metodológico possui grande relevância clínica, uma vez que reduz a ocorrência de resultados falso-positivos em indivíduos com baixa escolaridade e minimiza o chamado “efeito teto” em idosos com elevada reserva cognitiva. Bertolucci et al. (1994) ressaltam que a utilização inadequada de um único ponto de corte para populações heterogêneas pode ocasionar importantes falhas diagnósticas. Resultados falso-positivos podem gerar estigmatização, sofrimento psicológico familiar e realização desnecessária de exames subsidiários, enquanto resultados falso-negativos retardam o diagnóstico de condições potencialmente tratáveis, aumentando o risco de quedas, delirium, uso incorreto de medicamentos, intoxicações e perda progressiva da capacidade funcional.

Além disso, o envelhecimento cognitivo não pode ser definido exclusivamente a partir de escores numéricos isolados. Conforme estabelecido pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5), atualmente utiliza-se o termo Transtornos Neurocognitivos (TNCs) em substituição ao conceito clássico de demência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). O principal critério diferenciador entre Transtorno Neurocognitivo Leve e Transtorno Neurocognitivo Maior reside no impacto funcional dos déficits cognitivos sobre a independência do indivíduo.

No Transtorno Neurocognitivo Leve, observa-se declínio cognitivo modesto, porém com preservação relativa das atividades cotidianas e independência funcional. Já no Transtorno Neurocognitivo Maior, o comprometimento cognitivo torna-se suficientemente intenso para interferir nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), caracterizando perda progressiva da autonomia.(NITRINI; CARAMELLI, 2015).

Diante disso, a interpretação clínica do MEEM não deve ocorrer de maneira isolada, sendo indispensável sua associação a escalas funcionais complementares. A Escala de Lawton e Brody avalia as Atividades Instrumentais da Vida Diária, incluindo capacidade de administrar finanças, utilizar transporte, realizar compras e manejar medicações, frequentemente comprometidas nas fases iniciais do declínio cognitivo. Por sua vez, o Índice de Katz analisa as Atividades Básicas da Vida Diária, como alimentação, higiene pessoal, banho e vestuário, alterações tipicamente observadas

em fases moderadas e avançadas das síndromes demenciais.

A correlação entre desempenho cognitivo e funcionalidade apresenta grande relevância clínica no acompanhamento longitudinal da pessoa idosa.Conforme demonstrado por Likourezos e Lantz (2001), escores reduzidos no MEEM associados à preservação funcional podem sugerir influência predominante da baixa escolaridade, enquanto alterações cognitivas acompanhadas de perda funcional progressiva reforçam a suspeita de transtornos neurocognitivos degenerativos. Ademais, essa avaliação integrada contribui para o diagnóstico diferencial com condições potencialmente reversíveis, como delirium e pseudodemência depressiva.

No presente estudo, observou-se predominância de indivíduos com maior escolaridade e desempenho cognitivo global preservado, fato que pode estar relacionado à maior reserva cognitiva da população analisada. Embora alguns participantes idosos tenham apresentado redução discreta dos escores do MEEM, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados. Esses achados reforçam a importância da interpretação individualizada dos resultados cognitivos, considerando simultaneamente fatores educacionais, clínicos e funcionais durante o rastreamento realizado na Atenção Primária à Saúde.Essa necessidade fica evidente ao observarmos a distribuição dos escores da pesquisa estratificados por escolaridade: os únicos participantes que obtiveram médias limítrofes ou inferiores aos pontos de corte estabelecidos por Bertolucci et al. (1994) concentraram-se nos estratos de menor instrução formal (idosos analfabetos com média de 17,5 pontos e idoso de 1 a 3 anos de estudo com 22 pontos), evidenciando que o score bruto do MEEM caminha lado a lado com o gradiente educacional, e não puramente com o declínio patológico.

5.3 Fatores de risco modificáveis observados na população estudada

O entendimento acerca dos fatores de risco modificáveis para o declínio cognitivo é essencial para a prevenção do aparecimento precoce de síndromes demenciais. Sob a perspectiva extensionista do estudo, mediante observação participante e vivência prática da equipe de pesquisadores durante as rodas de conversa e ações educativas, realizadas no projeto, observou-se o desconhecimento

dos participantes em relação à influência dessas condições sobre a saúde cognitiva. Esse achado empírico e qualitativo possui grande relevância, uma vez que tais fatores podem ser controlados e prevenidos, contribuindo para a redução do risco de perda de memória e comprometimento cognitivo.

Entre os fatores de risco abordados durante a ação destacam-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo, tabagismo, isolamento social, depressão e privação de sono. De acordo com Livingston et al. (2020), essas condições estão associadas ao aumento do risco de comprometimento cognitivo e desenvolvimento de demências, reforçando a importância de estratégias voltadas à sua prevenção e controle.

Dentre esses fatores, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus merecem destaque por serem condições frequentemente presentes entre os participantes do grupo HIPERDIA. Quando inadequadamente controladas, essas doenças podem favorecer alterações vasculares que comprometem o funcionamento cerebral e aumentam o risco de declínio cognitivo. Nesse sentido, ações educativas que promovam o conhecimento sobre essas condições tornam-se importantes ferramentas para a preservação das funções cognitivas e para a prevenção de agravos futuros.

Além das doenças crônicas, fatores como isolamento social, depressão e privação de sono também merecem atenção devido à sua relação com o funcionamento cerebral. Embora frequentemente recebam menor atenção quando comparados a condições como hipertensão arterial e diabetes mellitus, esses fatores apresentam importante associação com o declínio cognitivo e o desenvolvimento de demências. Estudos apontam que a redução das interações sociais, a presença de sintomas depressivos e a má qualidade do sono estão relacionados a um maior risco de comprometimento cognitivo (LIVINGSTON et al., 2020). No caso da depressão, pesquisas demonstram associação entre alterações cognitivas, níveis elevados de cortisol e mudanças em estruturas cerebrais relacionadas à memória, como o hipocampo, em idosos com sintomas depressivos (O'BRIEN et al., 2004). Além disso, a privação de sono pode comprometer processos importantes para a consolidação das memórias e para o aprendizado, uma vez que o sono desempenha papel

fundamental na estabilização e fortalecimento das informações adquiridas ao longo do dia (WALKER; STICKGOLD, 2004).

Nesse contexto, a realização de atividades em grupo mostrou-se uma estratégia importante, uma vez que promoveu momentos de interação social, troca de experiências e estímulo cognitivo. Além de favorecer a participação ativa dos idosos, essas atividades fortalecem vínculos sociais e incentivam hábitos relacionados ao envelhecimento saudável e à manutenção da autonomia. Os momentos de orientação também possibilitaram o esclarecimento de dúvidas frequentes e ampliaram o conhecimento dos participantes sobre os fatores associados ao declínio cognitivo. Dessa forma, ações educativas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde podem desempenhar papel relevante na prevenção dos fatores de risco modificáveis e na preservação das funções cognitivas da população idosa.

Além da identificação dos fatores de risco, a ação também enfatizou estratégias preventivas voltadas à preservação da saúde cerebral. Entre elas, destacam-se a prática regular de atividade física, a alimentação saudável, o controle adequado das doenças crônicas, a manutenção de um sono de qualidade, a estimulação cognitiva e o fortalecimento das relações sociais. Segundo Livingston et al. (2020), a adoção desses hábitos pode contribuir para a redução do risco de declínio cognitivo e desenvolvimento de demências.

A prática de exercícios físicos auxilia na melhora da circulação sanguínea cerebral e da oxigenação dos tecidos nervosos, enquanto uma alimentação equilibrada, especialmente baseada nos princípios da dieta mediterrânea, está associada à redução de processos inflamatórios e do estresse oxidativo. Da mesma forma, o controle de fatores vasculares, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, contribui para a preservação das funções cerebrais. Além disso, o estímulo cognitivo e a interação social favorecem a manutenção das funções mentais e podem auxiliar no fortalecimento das conexões neurais. O sono adequado também desempenha papel fundamental nos processos de consolidação da memória, além de contribuir para a manutenção do funcionamento cerebral (LIVINGSTON et al., 2020).

Nesse contexto, o médico da Atenção Primária à Saúde desempenha papel fundamental na prevenção do declínio cognitivo e na preservação da autonomia funcional dos idosos. Além de atuar na identificação e no controle dos fatores de risco

modificáveis, cabe a esse profissional diferenciar alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento fisiológico dos sinais sugestivos de doenças neurodegenerativas. Para isso, podem ser utilizados instrumentos de rastreio, como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), que auxiliam no reconhecimento precoce de possíveis alterações cognitivas. O médico também exerce importante função na coordenação do cuidado multiprofissional, articulando o acompanhamento com outros profissionais da equipe de saúde e promovendo orientações aos familiares e cuidadores acerca da doença, do tratamento e das estratégias para manutenção da autonomia e da qualidade de vida do idoso (BRASIL, 2006). Entretanto, apesar da relevância dessas atribuições, ainda existem desafios importantes para a efetivação do rastreio e do acompanhamento cognitivo na Atenção Primária à Saúde.

5.4 Importância da APS no rastreio cognitivo

Apesar da importância da prevenção e da identificação precoce do declínio cognitivo, ainda existem importantes desafios para a efetivação dessas ações na Atenção Primária à Saúde. Um dos principais problemas observados é o subdiagnóstico, uma vez que os sinais iniciais de comprometimento cognitivo frequentemente são confundidos com alterações naturais do envelhecimento. Muitas vezes, os próprios familiares percebem mudanças relacionadas à memória, atenção ou comportamento, porém não procuram avaliação especializada por acreditarem tratar-se de um processo normal da idade. Como consequência, o diagnóstico pode ocorrer apenas em fases mais avançadas da doença, reduzindo as possibilidades de intervenção precoce.

Outro desafio relevante refere-se à baixa cobertura de rastreio cognitivo. Durante as atividades de extensão e triagem realizadas nas USFs Novo Horizonte I e II, bem como nos atendimentos de rotina e busca ativa nas USFs Bolívia II e III, observou-se a inexistência de um programa estruturado para avaliação e acompanhamento contínuo de alterações cognitivas. O fato de a amostra final ter contado com apenas 30 indivíduos, mesmo utilizando uma abordagem multicanal, reflete a dificuldade prática de engajar e recrutar essa população para avaliações preventivas em ambientes sobrecarregados. Ademais, a concentração da amostra

consiste principalmente por indivíduos altamente escolarizados (73,3%), evidencia que as parcelas populacionais mais vulneráveis e de menor instrução, teoricamente mais expostas ao risco de declínio patológico, encontram-se marginalizadas e sub-representadas nas buscas ativas convencionais.

A sobrecarga da Atenção Primária também representa um fator limitante. Grande parte da demanda da unidade está relacionada ao manejo de doenças crônicas e à renovação de receitas, fazendo com que condições consideradas mais urgentes recebam maior atenção durante as consultas. Nesse contexto, avaliações voltadas à saúde cognitiva podem acabar sendo postergadas ou não realizadas de forma sistemática, dificultando a detecção precoce de alterações cognitivas.

Outro aspecto identificado foi a dificuldade de acesso à avaliação especializada. Segundo informações obtidas na unidade, os encaminhamentos para neurologia são realizados por meio do sistema regulador e podem apresentar tempo de espera superior a três meses, o que compromete a continuidade do cuidado e pode retardar intervenções importantes. Essa realidade torna-se ainda mais preocupante quando considerada a desigualdade no acesso aos serviços especializados, especialmente para indivíduos residentes em áreas com menor oferta de profissionais, como neurologistas e geriatras.

Somam-se a esses desafios a fragilidade da rede assistencial, a limitada integração entre os diferentes níveis de atenção e a necessidade de maior capacitação dos profissionais para o reconhecimento precoce dos sinais de declínio cognitivo. Diante desse cenário, torna-se necessário fortalecer estratégias de rastreio cognitivo na Atenção Primária, ampliar as ações de educação em saúde e promover maior articulação entre os serviços da rede de atenção. Tais medidas podem contribuir para diagnósticos mais precoces, intervenções oportunas e melhor qualidade de vida para a população idosa.

5.5 Políticas Públicas e desafios assistenciais

O cuidado com a memória da pessoa idosa está diretamente relacionado às políticas públicas brasileiras voltadas à promoção de um envelhecimento saudável e à garantia da atenção integral à saúde. Com o aumento da expectativa de vida da

população, associado à crescente prevalência de alterações cognitivas e síndromes neurocognitivas, como declínio cognitivo leve, demências e doença de Alzheimer, passou a ser indispensável elaborar programas e estratégias capazes de prevenir, identificar precocemente e acompanhar alterações na cognição. Tais ações são fundamentais para preservar a autonomia, a independência funcional e a qualidade de vida dos idosos.

Nesse contexto, a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842, de 1994, representa um dos primeiros marcos legais voltados à proteção dos direitos da população idosa no Brasil. Essa política estabelece fundamentos voltados à promoção da autonomia, da participação social e da integração dos idosos à sociedade, reconhecendo o envelhecimento como uma questão de prioridade da saúde pública. No contexto do cuidado com a memória, a Política Nacional do Idoso reforça a necessidade de medidas preventivas, de assistência integral e de apoio às famílias, especialmente diante das limitações funcionais decorrentes do declínio da memória e de outras funções cognitivas.

Outro instrumento legal importante é o Estatuto da Pessoa Idosa, que consolidou direitos fundamentais das pessoas com 60 anos ou mais nas áreas da saúde, cidadania e assistência social. O Estatuto garante atendimento prioritário no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo serviços de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Para os idosos com alterações de memória ou demência, o Estatuto assegura acompanhamento multiprofissional, acesso a medicamentos e suporte aos cuidadores, medidas fundamentais para a manutenção da funcionalidade, da dignidade e do bem-estar dessa população.

No âmbito da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) constitui o principal instrumento orientador das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para a população idosa. Seu objetivo principal é promover o envelhecimento ativo e saudável, preservar a capacidade funcional e garantir atenção integral, contínua e articulada entre os diferentes níveis de assistência à saúde. A PNSPI destaca que as alterações cognitivas devem ser reconhecidas de forma precoce, permitindo intervenções capazes de retardar a progressão do comprometimento e de diminuir impactos sobre autonomia e participação social.

Diante dessa situação, a Estratégia Saúde da Família realiza um papel fundamental na implementação de políticas voltadas ao envelhecimento saudável, por ser a principal porta de entrada da Atenção Primária à Saúde. Por meio do acompanhamento longitudinal, das visitas domiciliares e da atuação integrada de equipes multiprofissionais, torna-se possível identificar de maneira precoce sinais iniciais de declínio cognitivo, orientar familiares e cuidadores e promover ações educativas sobre fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, isolamento social e sedentarismo. Esse acompanhamento contínuo contribui para o diagnóstico precoce e para o manejo adequado das síndromes neurocognitivas.

Em nível internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a saúde cognitiva como um dos componentes fundamentais do envelhecimento saudável. No Plano Global de Ação para a Resposta à Demência 2017-2025, a OMS destaca a importância de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, ampliar o apoio às pessoas com demência e aos seus cuidadores e desenvolver estratégias voltadas à conscientização, redução de riscos e promoção do cuidado integral. Essas medidas contribuem para a preservação da memória, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa idosa, reforçando a importância de políticas públicas direcionadas à saúde cognitiva e ao envelhecimento saudável.

Apesar dos avanços observados no campo legislativo direcionados ao envelhecimento, ainda existem desafios significativos na implementação dessas políticas, como o subdiagnóstico das demências, a insuficiente capacitação dos profissionais de saúde, as desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde e a fragilidade da rede de apoio destinada aos cuidadores. Dessa forma, o cuidado com a memória da pessoa idosa exige não apenas a existência de dispositivos legais, mas também de investimentos contínuos em educação permanente, rastreamento cognitivo e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, garantindo que o envelhecimento ocorra com dignidade, autonomia e melhor qualidade de vida.

Não obstante, a necessidade de o presente estudo ter recorrido à estratégia metodológica de expansão comunitária (*Snowball Sampling*) para alcançar um maior número de residentes na comunidade evidencia, de forma prática, uma lacuna na capacidade de busca ativa e monitoramento sistemático por parte das redes formais

de assistência, reforçando que a articulação comunitária e civil ainda se faz indispensável para cobrir os vazios assistenciais deixados pela fragmentação das políticas públicas de saúde mental e geriatria.

5.6 Limitações do estudo

Apesar da relevância dos achados obtidos, o presente estudo apresenta limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A principal limitação refere-se ao tamanho reduzido da amostra (n=30), fator que diminui o poder estatístico das análises inferenciais e amplia os intervalos de confiança observados, dificultando a generalização dos resultados para outras populações.

Além disso, a utilização de amostragem não probabilística por conveniência, associada à estratégia de expansão comunitária por Snowball Sampling, pode introduzir viés de seleção, uma vez que indivíduos mais acessíveis, socialmente ativos ou mais engajados com ações de saúde tendem a participar com maior frequência das atividades propostas. Esse aspecto pode ter contribuído para a predominância de participantes com maior escolaridade na amostra (73,3%), reduzindo a representatividade de grupos socialmente mais vulneráveis e potencialmente mais suscetíveis ao declínio cognitivo.

Outro fator limitante consiste no delineamento transversal do estudo, que impossibilita estabelecer relações de causalidade entre escolaridade, fatores de risco modificáveis e desempenho cognitivo. Dessa forma, os achados observados devem ser interpretados como associações clínicas e epidemiológicas, e não como relações causais definitivas.

Adicionalmente, embora o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) seja amplamente utilizado no rastreio cognitivo, trata-se de um instrumento de triagem, não sendo suficiente para estabelecer diagnóstico definitivo de transtornos neurocognitivos. A ausência de avaliação neuropsicológica aprofundada e de acompanhamento longitudinal também limita a capacidade de identificar alterações cognitivas subtis ou progressão clínica ao longo do tempo.

Ano 4 volume 2 (2026)
ISSN 3085-5780

Por fim, as dificuldades de recrutamento observadas durante a execução da pesquisa evidenciam desafios estruturais importantes relacionados à busca ativa, ao rastreamento cognitivo sistemático e ao acesso da população às ações preventivas na Atenção Primária à Saúde. Apesar dessas limitações, o estudo apresenta relevância científica e extensionista ao integrar promoção da saúde, educação em saúde e rastreio cognitivo comunitário, contribuindo para o fortalecimento das discussões sobre envelhecimento saudável e saúde cognitiva no contexto da saúde pública brasileira.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu analisar e comparar o desempenho cognitivo entre adultos de meia-idade e idosos no município de Valença, BA, evidenciando o papel preponderante dos determinantes educacionais e sociais sobre a saúde cognitiva. Os resultados inferenciais demonstraram que, no estrato de maior escolaridade (mais de 7 anos de estudo), as médias do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias investigadas. Esse achado corrobora empiricamente a relevância do conceito de reserva cognitiva, demonstrando que maiores níveis educacionais atuam como um fator protetor, contribuindo para uma melhor adaptação cerebral frente ao envelhecimento fisiológico. Adicionalmente, embora a associação entre a idade avançada e a prevalência de declínio cognitivo não tenha atingido significância estatística devido às limitações do tamanho amostral (n=30), a expressiva razão de chances obtida (*OR* = 6,65) sinaliza uma forte tendência clínica de vulnerabilidade no grupo idoso que não deve ser negligenciada pelos serviços de saúde.

A análise estratificada dos escores brutos revelou que as pontuações limítrofes ou inferiores aos pontos de corte propostos pela literatura concentraram-se unicamente nos participantes pertencentes aos estratos de menor instrução formal (idosos analfabetos e com 1 a 3 anos de estudo). Esse cenário ratifica a necessidade de uma interpretação clínica individualizada e rigorosa do MEEM, pautada obrigatoriamente em notas de corte corrigidas pela escolaridade, de modo a mitigar a ocorrência de erros diagnósticos, como resultados falso-positivos em indivíduos de

baixa instrução e o "efeito teto" em idosos com elevada reserva cognitiva. Ademais, reforça-se a imprescindibilidade de associar o rastreio cognitivo a escalas funcionais complementares (como Lawton & Brody e Katz) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que o impacto funcional nas atividades diárias constitui o principal critério diferenciador entre os transtornos neurocognitivos leves e maiores.

Sob a perspectiva extensionista, a observação participante e a vivência prática junto à comunidade evidenciaram um expressivo desconhecimento dos idosos acerca dos fatores de risco modificáveis para o declínio cognitivo, tais como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o isolamento social e a privação do sono. Desse modo, as ações educativas, as rodas de conversa e as atividades em grupo desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família mostraram-se ferramentas fundamentais de intervenção em saúde coletiva, sendo capazes de promover a literacia em saúde, estimular funções mentais, esclarecer dúvidas e fortalecer vínculos sociais protetivos na comunidade.

Por fim, a operacionalização da estratégia de recrutamento multicanal expôs desafios assistenciais crónicos e estruturais da APS, incluindo o subdiagnóstico das demências, a sobrecarga das equipas de saúde com demandas burocráticas e as severas barreiras no acesso à avaliação especializada na rede regulada. A acentuada concentração de indivíduos altamente escolarizados na amostra triada e a necessidade de recorrer à amostragem em bola de neve (*Snowball Sampling*) para expandir o alcance do estudo evidenciaram, na prática, uma lacuna na capacidade de busca ativa e monitorização sistemática por parte das redes formais de assistência.

Conclui-se que, para além da consolidação de aparatos legislativos avançados, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, faz-se urgente estruturar programas contínuos de triagem cognitiva na atenção primária, capacitar os profissionais de saúde e investir no fortalecimento da articulação comunitária e civil. Tais medidas são indispensáveis para mitigar os vazios assistenciais gerados pela fragmentação das políticas públicas e para assegurar que a transição demográfica brasileira seja acompanhada de dignidade, preservação da autonomia funcional e qualidade de vida para a população idosa.

7. REFERÊNCIAS

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Consenso brasileiro de neurologia cognitiva e do envelhecimento. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, supl. 1, p. 1-112, 2022. Disponível em: https://www.demneuropsy.com.br/. Acesso em: 14 mar. 2026.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders:** DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais:** DSM-5-TR. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

APRAHAMIAN, Ivan et al. Screening for cognitive impairment in older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 74-78, 2010. Disponível em: https://ggaging.com/. Acesso em: 08 abr. 2026.

BERTOLUCCI, Paulo H. F.; BRUCKI, Sonia M. D.; CAMPACCI, Sandra R.; JULIANO, Yara. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/j/anp/. Acesso em: 22 mar. 2026.

BRASIL. [Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994]. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 3, p. 97-99, 5 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. [Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003]. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano 140, n. 192, p. 1-4, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 142, 20 out. 2006. Disponível em: http://www.saude.gov.br. Acesso em: 15 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília**, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRUCKI, Sonia M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/anp/. Acesso em: 05 maio 2026.

FOLSTEIN, Marshall F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH, Paul R. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022:** número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 28 abr. 2026.



KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KRUG, R. R. et al. Oficina da lembrança: benefícios relatados por idosos participantes de um programa de estimulação cognitiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 35, e35417, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/. Acesso em: 11 maio 2026.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Oxford, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LENT, Roberto. **Cem bilhões de neurônios?** Conceitos fundamentais de neurociência. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2022.

LIKOUREZOS, Alexander; LANTZ, Mark. Cognitive impairment and functional decline in the elderly. **Geriatrics**, New York, v. 56, n. 6, p. 55-56, jun. 2001.

LIVINGSTON, Gill et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **The Lancet**, London, v. 396, n. 10248, p. 413-446, 2020. Disponível em: https://www.thelancet.com. Acesso em: 02 maio 2026.

LIVINGSTON, Gill et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. **The Lancet**, v. 404, n. 10452, p. 572-628, 2024. Disponível em: https://www.thelancet.com. Acesso em: 19 maio 2026.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo. **Demências**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

O'BRIEN, J. T. et al. A longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels, and cognition in older depressed subjects. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 161, n. 11, p. 2081-2090, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 12 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Decade of Healthy Ageing 2021–2030**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 15 maio 2026.

PAPALIA, Diane E.; MARTORELL, Gabriela. **Desenvolvimento humano**. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

SARMENTO, C. V. R. et al. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in low-educated populations: a systematic review. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 14, n. 3, p. 301-309, 2020. Disponível em: https://www.demneuropsy.com.br/. Acesso em: 26 mar. 2026.

WALKER, M. P.; STICKGOLD, R. Sleep-dependent learning and memory consolidation. **Neuron**, Cambridge, v. 44, n. 1, p. 121-133, 2004.